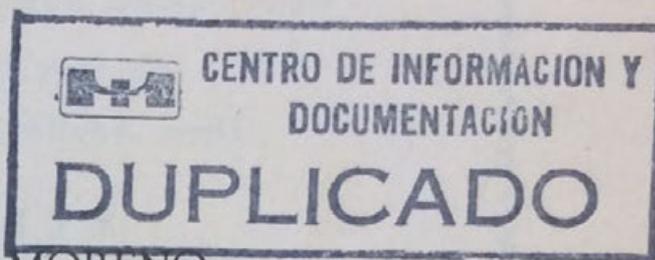


# REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL



DIRECTOR:  
Dr. SAMUEL RAMIREZ MORENO

EDITOR Y JEFE DE REDACCION:  
Dr. JUAN PEON DEL VALLE

**PUBLICACION BIMESTRAL**

VOLUMEN VII. NUM. 37. 1o. DE MAYO DE 1940 MEXICO, D. F.

Registrada como artículo de 2a. clase en la Administración de Correos de México, D. F., con fecha 11 de marzo de 1939.

SE SOLICITA EL CANJE CON PUBLICACIONES SIMILARES

Los profesionistas que no reciban esta Revista y se interesen por ella pueden enviar su dirección para que se les remita.

La Redacción no se hace responsable de los conceptos vertidos por los autores. Solamente consideramos el prestigio y la honradez de nuestros colaboradores. Por lo tanto, invitamos a los señores médicos a que, siempre que lo deseen y en especial cuando estén en desacuerdo con el contenido de algún artículo, dispongan de las páginas de esta Revista para contribuir al mejor estudio de la neuropsiquiatría y ramas afines.

TODA CORRESPONDENCIA DIRIJASE A LA REDACCION:

GENOVA, 39

MEXICO, D. F.

# SECCIONES:

## PSIQUIATRIA

Dres. Samuel Ramírez Moreno y Juan Peón del Valle.

## NEUROLOGIA

Dres. Adolfo M. Nieto y Santiago Ramírez.

## MEDICINA LEGAL

Dres. José Torres Torija y José Rojo de la Vega.

---

## RAMAS AFINES:

NEURO-ENDOCRINOLOGIA: Dr. Fernando Ocaranza.  
HISTOLOGIA DEL SISTEMA NERVIOSO: Prof. I. Ochoterena.  
PSICOPEDAGOGIA: Dr. Lauro Ortega.  
CRIMINOLOGIA: Dr. José Gómez Robleda.  
NEURO-CIRUGIA: Dres. Conrado Zuckermann y Darío Fernández.  
HIGIENE MENTAL: Dr. Fernando Rosales.  
PSIQUIATRIA INFANTIL: Dr. Manuel Neimann.  
PALUDOTERAPIA: Dr. Luis Vargas.  
TOXICOMANIAS: Dr. Juan Peón del Valle y Varona.  
TERAPEUTICA DEL SISTEMA NERVIOSO: Dr. Antonio Tena.  
NEUROLOGIA OCULAR: Dr. Raúl A. Chavira.  
FISIOTERAPIA: Dr. Guido Torres Martínez.  
LABORATORIO: Dres. Luis Gutiérrez Villegas y Alberto Lezama.  
PSIQUIATRIA JURIDICA: Gustavo Serrano y Felipe Gómez Mont.

---

## COLABORADORES REPRESENTANTES EN LA REPUBLICA:

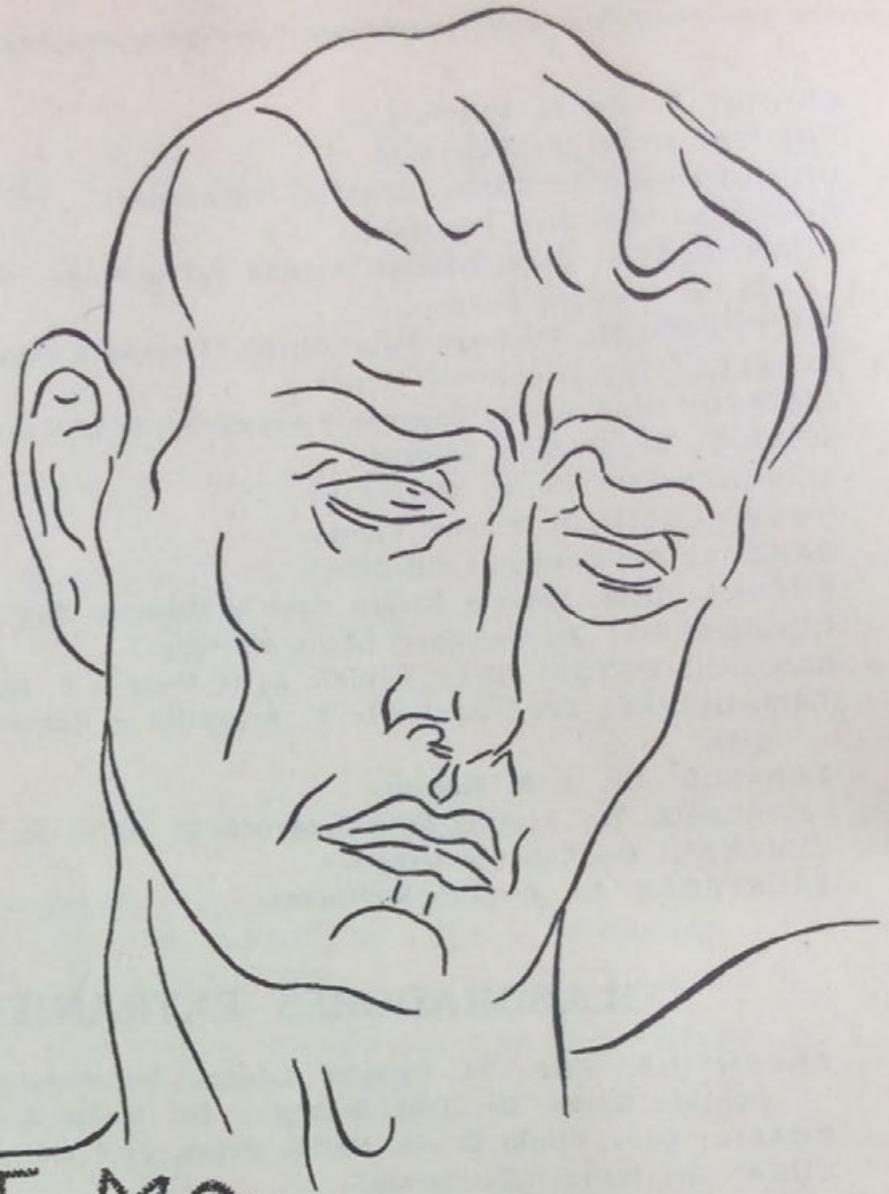
DISTRITO FEDERAL: Dres. José León Martínez, Arturo Baledón Gil,  
Antonio Tena Ruiz y Miguel Lavallo.  
AGUASCALIENTES: Dr. Salvador Martínez Morones.  
BAJA CALIFORNIA: Dr. Raúl López Engellking.  
CAMPECHE: Dr. Tomás Quijano.

COAHUILA: Dr. M. Elizondo C.  
COLIMA: Dr. Max Linares M.  
CHIHUAHUA: Dr. Carlos González Fernández.  
DURANGO: Dr. José Peschard.  
GUANAJUATO: Dres. Alberto Aranda de la Parra, Octavio Lizardi y Carlos Ramírez Prado.  
GUERRERO: Dr. Baltasar Miranda, Dr. Alejandro Aguirre.  
HIDALGO: Dr. José Efrén Méndez.  
JALISCO: Dres. Adolfo Saucedo y Fernando de la Cueva.  
MEXICO: Dr. Rodolfo Salgado.  
MORELOS: Dr. Carlos Merino E.  
NUEVO LEON: Dr. Manuel Camelo.  
OAXACA: Dr. Fernando Bustillos.  
PUEBLA: Dres. Ignacio Rivero Caso y Gustavo Domínguez V.  
QUERETARO: Dr. Salvador López Herrera.  
SAN LUIS POTOSI: Dres. Antonio de la Maza y T. Agundis.  
TAMAULIPAS: Dres. Adalberto F. Argüelles y Roberto Morelos Zaragoza.  
TABASCO: Dr. J. A. Mansur.  
VERACRUZ: Dr. Vicente Ortiz Lagunes  
YUCATAN: Dr. Eduardo Urzáis.  
ZACATECAS: Dr. Arnulfo Rodríguez.

### COLABORADORES EXTRANJEROS:

ARGENTINA: Prof. Dr. Osvaldo Loudet, Dr. Helvio Fernández, Dr. Gonzalo Bosch, Dr. José Belbey y Dr. Mario A. Sbarbi.  
BRASIL: Dres. Plinio Olinto, Heitor Péres, José Mariz y José Lucena.  
CUBA: Dr. Manuel Galigarcía.  
COSTA RICA: Dr. Roberto Chacón Paut.  
CHILE: Dr. Juan Garafulic.  
ECUADOR: Dr. Julio Endara.  
ESPAÑA: Dr. Antonio Torres López.  
ESTADOS UNIDOS: Dres. I. S. Wechsler, M. M. Kessler, G. S. Waraich, William C. Menninger, Ralph M. Fellows, Leo Stone, Karl Menninger y Maurice N. Walsh.  
FRANCIA: Prof. Dr. Henri Claude, Prof. Dr. Genil-Perrin y Dr. Paul Schiff.  
ISLAS FILIPINAS: Dr. Sixto de los Angeles.  
NICARAGUA: Dr. Emllio Lacayo.  
PERU: Dr. Honorio Delgado y Dr. Baltasar Caravedo.  
URUGUAY: Dr. Antonio Sicco.  
VENEZUELA: Dr. León Mir y Dr. J. N. Palis.

En el exterior, se invita principalmente a todos los médicos mexicanos, de manera extensiva y particular a los especialistas de habla castellana y en general a todos los neuropsiquiatras que deseen el intercambio.



EN VEZ DE MORFINA

Prop. No. 15.602

# Eucodal

(Marca Registrada)

ampolletas de 0.01g y 0.02g

**Merck**

Reg. No. 260-D. S. P.

ESTE PRODUCTO ESTA SUJETO PARA SU VENTA A LAS DISPOSICIONES LEGALES QUE RIGEN SOBRE PRODUCTOS ENERVANTES Y SOLO DEBE USARSE POR PRESCRIPCION Y BAJO LA VIGILANCIA MEDICA.

MERCK-MEXICO, S. A. Versalles 15 - México, D. F.

# Palabras del Profesor Dr. Honorio Delgado

de Lima, Perú.

La intensidad del movimiento psiquiátrico que se observa al presente en México tiene el prestigio de honrosos antecedentes, que ha puntualizado el Dr. Samuel Ramírez Moreno <sup>6</sup>, y de los cuales nos complacemos en recordar dos hechos importantes. Uno es que el primer hospital de todo el Continente Americano dedicado de modo especial a la asistencia de insanos fué el de San Hipólito, fundado en México el 2 de noviembre de 1566 por Bernardino Alvarez, uno de los conquistadores españoles, que hizo fortuna en el Perú antes de establecerse allá. El otro hecho digno de nota es que México se cuenta entre los pocos países de la América Latina en los cuales se inicia la enseñanza universitaria de la psiquiatría en el siglo XIX. En efecto, el Dr. José Peón Contreras, médico y poeta de renombre, dicta el primer curso en la Facultad de Medicina de la capital el año de 1897.

En el mundo entero la psiquiatría, la neuropatología y también la medicina legal han adquirido creciente valor en los últimos años. El proceso se explica en el caso de las disciplinas neuro-psiquiátricas por el notable perfeccionamiento de los métodos de diagnóstico, sobre todo en el aspecto somático, y por la eficacia de los nuevos procedimientos terapéuticos, tanto para las enfermedades de origen orgánico cuanto para las reacciones y desarrollos psicógenos. A principios del siglo actual, el psiquiatra y el neurólogo apenas podían hacer algo más que diagnósticos, a menudo discutibles, como médicos de enfermos incurables. Desde entonces las cosas han cambiado tan sensiblemente que hoy su especialidad soporta el parangón con otras ramas de la medicina, por lo menos en lo tocante a eficiencia curativa. En el caso de la medicina legal, históricamente vinculada con la psiquiatría por haber sido dominante el aspecto forense de ésta, los progresos científicos y técnicos de la medicina en su conjunto, desde el siglo pasado, han ofrecido base cada vez más segura, a la solución de los problemas que plantea el compromiso entre las normas jurídicas y el criterio médico.

En la América Latina se manifiesta con ritmo acelerado el movimiento innovador de las tres disciplinas, con frecuencia asociadas en la enseñanza, en instituciones y revistas órganos de expresión y de estímulo del saber correspondiente. Aunque escasa la investigación científica y débil todavía la producción original en nuestros países, lo que se advierte en ellos es principalmente un vivo interés por asimilar, aplicar y difundir los conocimientos

de las especialidades que nos ocupan. Y en los últimos años se destaca con plausible energía el esfuerzo de cultores aislados que no se contentan con ser eco de las ideas nuevas ni meros constructores teóricos sin la substancia empírica de la propia labor y la crítica basada en el conocimiento profundo de los problemas.

La REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL, cuya publicación se iniciara en mayo de 1934, representa este movimiento en sus mejores aspectos. Una revista especializada como la mexicana no nace y se mantiene durante seis años, con apreciable contenido en fascículos bimestrales, sino cuando es órgano de la vida de un grupo preparado y vigoroso. Ciertamente, lo que la sostiene de inmediato siempre o casi siempre es la voluntad de uno o dos hombres de estudio con vocación de constructores de cultura. Pero ese aliento se frustraría después de poco tiempo si no hubiese proporción entre la voluntad activa y la competencia científica de los promotores o si a pesar de tal correspondencia no existiese detrás de ellos la constelación de colaboradores idóneos. Los años de existencia de la REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL y la calidad de los trabajos nacionales que publica evidencian esa doble consistencia. Y la época de su aparición muestra que los cultores mexicanos de la especialidad en referencia no se cuentan entre los promotores tardíos del auge de las ramas más elevadas y complejas del conocimiento médico. Cuando apareció su Revista apenas existían dos o tres publicaciones similares en toda la América Latina. Después han aparecido en los diversos países de nuestra América por lo menos diez periódicos de neuro-psiquiatría, además de otros tantos dedicados exclusivamente a neurología, asistencia de alienados, higiene mental, medicina legal, etc.

No se puede negar que a la prensa científica es tan aplicable como a la política la definición goethiana: instrumento para facilitar la difusión del error. Ni la mejor revista médica deja de ser vehículo de lo contrario a que propende. De ahí la alta importancia de la dirección de un periódico para reducir lo más posible tal desvío. En el caso de la REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL el criterio de su Director y de su Editor y Jefe de Redacción ha probado su superioridad. Ambos son un ejemplo digno de aplauso: dos maestros jóvenes, llenos de energía eficaz en las labores del pensamiento y de la acción, amplios de espíritu sin descuidar la medida, con señorío de su especialidad y comprensión de las conexiones de ésta con el conjunto del saber y de sus límites respecto del mundo con los valores y posibilidades humanas.

Congratulamos cordialmente a los Dres. Samuel Ramírez Moreno y Juan Peón del Valle por la obra realizada con la publicación de los treinta y seis números de su Revista y hacemos votos porque la prosigan, libre de todo contratiempo, con creciente perfección.

# Estado actual del Síndrome de Luxación del Disco

Por los Dres.

W. McK. CRAIG y MAURICE N. WALSH

Sección de Neurología de la Clínica Mayo  
(Rochester, Minnesota, E. U. A.)

Actualmente una de las causas más discutidas del lumbago y la ciática es la luxación posterior de los discos intervertebrales en la región lumbar, que puede o no estar asociada a la hipertrofia del ligamento.

*Etiología.*—Las causas posibles o factores contribuyentes en la producción del dolor lumbar o ciático son las anomalías congénitas, traumatismos, tumores, infecciones, defectos posturales y factores psicógenos. Es importante anotar que los síntomas y signos presentados por el paciente pueden tener múltiples causas y que más de uno de los factores mencionados puede entrar en juego. Las anomalías congénitas del esqueleto no son raras en las regiones lumbar y sacra de la columna espinal. Frecuentemente son benignas y frecuentemente parecen no tener significación. En la Clínica Mayo, en más de 300 casos en que la dislocación posterior de un menisco intervertebral se comprobó en la operación, se vieron con frecuencia pequeñas anomalías del esqueleto. Se vieron eventualmente anomalías congénitas vasculares intraespinales, y habitualmente presentaron cuadro clínico de tumor de la médula o de la cola de caballo. Por consecuencia, el hallazgo de una anomalía congénita en los estudios roentgenológicos de las regiones lumbar y sacra, no indicaría necesariamente que la causa del lumbago y de la ciática hubiera sido encontrado.

El traumatismo es una causa importante de este tipo de dolor, y de nuestra experiencia parece desprenderse que

la luxación posterior de los discos intervertebrales es traumática en su origen y que en algunos casos es probablemente el resultado de repetidos golpes más bien que de un golpe intenso. La explicación de esto es que el estrecho anillo fibroso se rompe o debilita por los esfuerzos inadecuados y la tensión, siguiéndose la salida o hernia del núcleo pulposo hacia el canal espinal, con subsecuente compresión de los nervios.

Los discos intervertebrales, que obran como amortiguadores de choque entre las vértebras, están compuestos de un núcleo pulposo rodeado de una estructura fibrocartilaginosa conocida como anillo fibroso. Cuando la columna espinal está sujeta a esfuerzos y tensiones, el disco bascula en todas direcciones pero normalmente vuelve a su posición natural, en donde es mantenido por los ligamentos vertebrales, principalmente por el ligamento longitudinal anterior y posterior. Siguiendo a un traumatismo de la columna vertebral o durante tracciones y esfuerzos desusados el disco mismo o su centro, el núcleo pulposo, puede ser comprimido más allá de los límites normales y no puede regresar a su posición original. La luxación que causa síntomas clínicos es la que ocurre en sentido posterior y evidentemente sucede más frecuentemente así por las fuerzas mecánicas que actúan en el momento del golpe sobre la columna espinal. Muchos golpes ocurren cuando la columna está en flexión, cuando la fuerza se ejerce sobre la porción posterior del anillo fibroso y la porción anterior del espacio intervertebral está cerrada. De esta manera el núcleo pulposo comprensible es desalojado hacia atrás sobre un anillo fibroso debilitado y distendido, el cual puede resistir la primera vez, pero durante un golpe subsecuente puede resultar una dislocación.

El traumatismo puede lastimar diversas estructuras de la región baja de la espalda, y suprimiendo una sola de las fuentes del dolor puede suceder que el paciente no obtenga alivio. En este punto es interesante anotar que la hipertrofia de los ligamenta flava se ha encontrado en 155 de 175 casos de luxación posterior de los discos intervertebrales. La hipertrofia del ligamento en estos casos es más probablemente debida al traumatismo que produjo la luxación de un disco. Es obvio que la corrección o resección del ligamento hipertrofiado en estos casos no alivie completamente al paciente;

sin embargo, la luxación de un disco debe sospecharse siempre que se encuentre la hipertrofia del ligamento.

El papel de los tumores de la médula espinal y de la cauda equina en la producción de este tipo de dolor es bien conocido. De la misma manera, siempre puede pensarse en tumores metastásicos como factores causales. Los tumores de la región dorsal y aun cervical de la columna vertebral pueden a veces originar dolor ciático.

La infección y los defectos posturales pueden producir dolor en la parte inferior de la espalda y en el ciático. La condición llamada "neuritis ciática", sola o como parte de polineuritis, se encuentra raramente. También es rara la radiculitis de la cola del caballo, la cual puede ser de origen infeccioso.

Aunque los factores psicógenos no ocupan un lugar prominente en la etiología de este tipo de dolor, en algunos casos son importantes factores coadyuvantes. El tratamiento quirúrgico parece tener algún efecto en los pacientes que sufren neurosis traumática, empeorándolos, a menos que exista una lesión intraespinal definida.

*Síntomas y Signos.*—Una cuidadosa historia deberá obtenerse en todos los casos de lumbago y ciática, con atención especial del antecedente traumático, del tipo de dolor, si es intermitente, recurrente o permanente, y la presencia o ausencia de debilidad muscular, atrofia, parestesia, pérdida de la sensibilidad y desórdenes esfinterianos. Las características del dolor radicular son las siguientes: El dolor es habitualmente intenso; puede ser quemante o terebrante, pero rara vez es de tipo punzante. El dolor tiende a seguir una distribución segmental o radicular, pero puede seguir el curso del nervio ciático o del peroneo. A menudo se agrava con la tos y el estornudo. *Eaton* sugirió recientemente que el dolor que se exacerba con la flexión forzada de la cabeza sobre el tórax no se debe al aumento de la presión del líquido espinal sino a congestión de las venas epidurales causada por estorbo a la circulación de la sangre de la vena intercostal, resultando presión sobre las raíces nerviosas. El dolor tiende a empeorar en la noche; la queja vulgar de "dolor nocturno" siempre es sugestiva. En casos de dolor muy intenso de este tipo, el paciente a veces encuentra alivio caminando o durmiendo en una silla.

El examen de un enfermo que sufre lumbago o ciática debe incluir un cuidadoso y completo examen general y estudios de laboratorio, para eliminar la posibilidad de otra enfermedad del sistema, exploración ortopédica completa incluyendo cuidadosos estudios radiológicos de las regiones dorsal, lumbar y sacra de la columna vertebral hasta excluir lesiones fuera del canal raquídeo, y una minuciosa exploración neurológica con especial referencia a los cambios en los reflejos tendinosos, y una particular atención a los reflejos de los músculos flexores interno y externo de la pierna y reflejos patelares y del tendón de Aquiles, que suelen estar afectados. La fuerza muscular debe ser probada para descubrir la existencia de atrofia, y la sensibilidad debe ser meticulosamente estudiada para anotar los cambios de la sensación al dolor, a la temperatura, al contacto, a la vibración, articulares y de la posición. Los esfínteres también deben ser revisados. Las alteraciones proporcionadas por el examen neurológico usualmente indican lesión intraespinal. La postura del paciente debe ser observada, pues una escoliosis o modificación de la lordosis lumbar normal y la limitación de la movilidad producirán dolor con los movimientos raquídeos, lo cual es muy sugestivo de ser dependiente de luxación de un disco intervertebral.

Es evidente que la causa oculta de un lumbago o de un dolor ciático frecuentemente se descubre durante un examen adecuado. La punción raquídea y el examen del líquido cerebro-espinal pueden ser necesarios para hacer el diagnóstico. La punción lumbar se hace en decúbito lateral, habitualmente en el cuarto espacio, y la presión manométrica se toma antes, durante y después de la compresión de las venas yugulares (prueba de Queckenstedt) para determinar la presencia o ausencia de bloqueo subaracnoideo espinal parcial o completo. La cuenta celular del líquido céfalo-raquídeo es importante para determinar lesiones inflamatorias. La estimación de la proteína total es importante también porque en muchos casos de lesiones irritativas el aumento de la albúmina es lo único anormal que se encuentra.

Los síntomas de la luxación de los meniscos intervertebrales varían mucho, pero el síntoma capital es dolor radicular o un dolor que comienza desde el raquis y se propaga periféricamente por la parte del cuerpo o extremidad iner-

# TRATAMIENTO DE LA PARALISIS GENERAL

POR STOVARSOLTERAPIA

## STOVARSOL SODICO

4 - oxi - 3 - acetilamino - fenil - 1 - arseniato de sodio

**Eficaz en el tratamiento  
de un porcentaje elevado  
de casos, aun en algunos  
adelantados**

INYECCIONES SUB-CUTANEAS INDOLORAS

POR PIRETOTERAPIA

## DMELCOS

VACUNA STOCK

Emulsión estabilizada de bacilos de Ducrey

**Reúne las ventajas de la  
malarioterapia  
sin tener sus inconvenientes  
Acción térmica fácilmente  
regulable**

INYECCIONES INTRA-VENOSAS

Req. Nos. 6126 y 7277 - D. S. P.

Prop. No 4536

"Usense exclusivamente por prescripción y bajo la Vigilancia médica"

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

**SPECIA** MARQUES "POULENC FRÈRES" ET "USINES DU RHONE"

21 RUE JEAN-GOUJON - PARIS-8<sup>e</sup>

vada por el nervio afectado. El dolor es casi siempre descrito como intenso y lancinante y puede ser muy exacerbado por la tos, el estornudo y las cóleras. Puede ser provocado o aumentado poniendo el nervio en tensión, encorvando el cuello o la espalda. Esto es especialmente cierto en casos de ciática, en los cuales se encuentra signo positivo de *Kernig* o de *Lasséque* al comprimirse las raíces del ciático por un disco intervertebral desalojado. Al investigar la existencia de luxación del menisco intervertebral como causa de un dolor ciático irreductible, el signo de *Lasséque* es importante y debe ser buscado doblando los muslos sobre el abdomen y extendiendo las piernas en las rodillas. Si la pierna se extiende pasivamente, el dolor se sentirá a lo largo del nervio, y el movimiento se inhibirá antes de lograr la extensión completa. Esta prueba puede también hacerse en posición sentada, cuando el enfermo trata de extender la pierna, quejándose de aumento de dolor en la que está afectada e impidiendo el desdoblamiento completo de la rodilla. Sin embargo, no hay signos patognomónicos de luxación de un disco intervertebral.

Los análisis de 300 casos de luxación posterior de los meniscos intervertebrales comprobados en la operación, se mostraron interesantes. Las luxaciones tienden a localizarse en las regiones de mayor curvatura de la columna vertebral. En 270 ó 285 casos en que la dislocación fué en la región lumbar, un solo disco estaba desalojado. En 30 casos, dos o más discos estaban definitivamente luxados. Un total de 332 discos luxados se encontró en los 300 casos de enfermos. 30 de las luxaciones ocurrieron en el tercer espacio lumbar, 140 en el cuarto, y 139 en el quinto.

226 de los pacientes fueron hombres y sólo 74 mujeres; esta diferencia de 152 probablemente se deba a la mayor exposición de los hombres a los golpes en la espalda. La edad más frecuente como promedio en los pacientes operados fué de 40 años. En 176 ó 59 por ciento de los casos, había antecedente traumático, pero sólo en 37 por ciento el enfermo notó que el golpe precedió inmediatamente a los primeros síntomas. 124 pacientes (4 por ciento) no pudieron recordar ningún golpe, pero muchos de ellos tenían ocupaciones pesadas que forzaban la espalda. Las lastimaduras casi siempre ocurrieron como resultado de impulsos o cargas pesa-

das, o fueron causadas por una caída, particularmente mientras el individuo llevaba a cuestas una carga pesada.

Gran número de casos (81 por ciento) tenían síntomas intermitentes, y esto es de gran interés porque la intermitencia sintomática constituye una nota característica del síndrome. Aunque, como *Deucher* y *Love* han sugerido recientemente, el síntoma se deba a edema del disco luxado, de la porción comprimida hacia el cuerpo del disco o resbalando hacia el nervio en su punto de compresión, esto no puede ser establecido definitivamente en la actualidad.

La ciática unilateral es el tipo de dolor más común. La ciática bilateral ocurre en 15 por ciento de los casos. La propagación del dolor hacia otras regiones surtidas por diversos nervios, sólo se observó en 3 por ciento de los casos, y el dolor en la espalda ocurrió en el 95 por ciento. La acentuación del dolor por la tos, estornudo, extensión o flexión de la cabeza, ocurrió en 53 por ciento de los casos, en tanto que el dolor nocturno sólo se presentó en el 21 por ciento. Las parestesias, habitualmente en la cuarta o quinta lumbar o en los dermatomas sacros, se desarrollaron en 42 por ciento de los casos en los cuales la luxación estaba situada en la región lumbar.

Los signos neurológicos más importantes en esos casos, fueron el de *Lasséque*, hipersensibilidad ciática y disminución o abolición del reflejo aquiliano. Los reflejos músculo-tendinosos pueden estar disminuídos o ausentes, y puede presentarse debilidad muscular, atrofia o pérdida de la sensibilidad. En muchos casos se notó la modificación de la curva lumbar normal, y los movimientos del dorso, particularmente la hiperextensión, eran limitados y dolorosos.

En 42 casos (14 por ciento) los resultados objetivos de la exploración neurológica fueron negativos, excepto el hallazgo del signo de *Lasséque* y la sensibilidad exquisita del ciático, o ambas cosas. En 17 casos (6 por ciento) el examen neurológico fué de resultados completamente negativos.

*Diagnóstico Radiológico.*—Primeramente se pensó que el estrechamiento del espacio intervertebral era de gran significación diagnóstica, pero el hecho de que espacios intervertebrales estrechos son evidentes en casos en que no hay signos clínicos de luxación de disco, le resta a ese dato mucho valor. La fase roentgenológica más importante en el

diagnóstico de luxación del disco intervertebral, según *Camp*, es la interpretación de los estudios hechos después de la inyección de aceite radio-opaco o de aire. La introducción de aire en el espacio subaracnoideo de la porción sacrolumbar de la columna vertebral, tiene valor en la localización de la luxación de un menisco intervertebral. Por la acción irritante del aceite radio-opaco y la sencillez de los estudios mielográficos, hemos recientemente combinado la punción raquídea y los raquigramas. Este procedimiento se lleva a cabo en el gabinete de rayos X con el paciente acostado sobre la mesa radioscópica. Se hace una punción lumbar del modo habitual, se obtienen las lecturas manométricas y se extraen 15 c.c. de LCR para su análisis. La mesa se inclina entonces alrededor de 4 grados y se hace la introducción fraccionada de aire. Se inyectan entre 30 y 40 c.c. de aire, teniendo cuidado de que el saco lumbar no contenga líquido. *Baker* aconseja sacudir la pelvis o las caderas para que se desaloje el líquido que pudiera obscurecer la fotografía. A continuación de la inyección de aire, se hacen roentgenogramas estereoscópicos anterior, posterior y laterales. La evidencia de estrechamientos de la región lumbar del canal raquídeo o de luxación de un disco intervertebral no es tan ostensible como en las radiografías tomadas con lipiodol, pero con alguna práctica que se adquiriera en la lectura de las radiografías se facilita mucho.

En casos en que el paciente es muy grueso, se hace necesario inyectar aceite radio-opaco y ver con el radioscopio así como tomar múltiples radiografías en varias posiciones. El uso de aceite radio-opaco sin distinción en todos los casos de dolor ciático persistente no es recomendable; esta prueba no debe formar parte del examen general sino cuando los resultados de la exploración clínica lo requieran. *Camp* ha insistido en la necesidad de usar suficiente lipiodol, 5 c.c., para alcanzar el espacio subaracnoideo a la altura deseada con objeto de visualizar pequeñas lesiones que no obstruyen y se identifican por irregularidades. Estas dan sombras características, dependiendo el aspecto de la imagen de que la lesión sea extradural, intradural o intramedular.

Según *Camp*, la mayoría de las luxaciones de disco no producen obstrucción y en 12 por ciento de los casos más de un menisco está desalojado. La imagen radiográfica típica

de un disco es una falta en tanto que la de un ligamento hipertrofiado es un estrechamiento en la columna de substancia radio-opaca. Las raíces nerviosas edematosas también producen una sombra característica, aunque aumenta el tamaño de la deformación. Las alteraciones anatómicas en el fondo de saco o extremidad final del canal dural, que se presentan en 5 por ciento de los casos, complican el diagnóstico radiológico de luxación sacrolumbar del disco intervertebral. La primera de ellas es una anomalía en la cual el fondo de saco termina al nivel habitual del segundo segmento sacro, pero está más estrechado de lo normal a partir del cuarto espacio lumbar. En este caso, un moderado desalojamiento de un disco sacrolumbar puede existir sin deformación del aceite radio-opaco en el angosto espacio subaracnoideo o una gran luxación puede producir sólo un defecto mínimo. La segunda anomalía es aquella en la cual el fondo de saco termina uno o dos segmentos arriba de lo habitual, con o sin variación de su diámetro. En algunos ejemplos el fondo de saco terminaba arriba del espacio sacrolumbar. Anomalías como ésta impiden la determinación de luxaciones discuales especialmente en la articulación sacro-lumbar cuando son muy prevalentes; por consecuencia, si el historial es sugestivo y hay cuadro clínico de compresión nerviosa, se debe hacer una laminectomía sin la habitual evidencia confirmatoria. Camp estableció después, que en una serie de 203 casos, en los que se practicó laminectomía y en los cuales el diagnóstico radiológico de luxación de disco se hizo, el diagnóstico se confirmó 194 veces. En un caso la operación no comprobó ninguna lesión que correspondiera a la deformación mostrada por la inyección de aceite radio-opaco. En 8 ocasiones se encontraron otras lesiones intra-raquídeas; éstas comprendieron: aracnoiditis crónica con retracción de la duramadre (1), fractura de la duodécima vértebra dorsal (1), tumor vascular y várices (4), hipertrofia del ligamentum flavum (1) y neurofibroma (1). Se encontraron discos luxados en 7 casos, en los cuales los resultados con aceite radio-opaco fueron reportados como negativos, y en varios casos la lesión estaba en la articulación sacro-lumbar. En 5 de los casos había anomalía del fondo de saco. En un promedio de 92 a 93 por ciento en una serie de 210 casos, fué estudiado el desalojamiento del disco intervertebral por inyección de aceite radio-

opaco. En el examen radiográfico subsecuente a la inyección de aceite radio-opaco, dentro del espacio subaracnoideo, la hipertrofia del ligamentum flavum se hizo evidente por el estrechamiento del canal y en algunos casos produjo sombras que, según Camp, son patognomónicas.

La hipertrofia del ligamentum flavum, fué señalada primeramente por Towne y Reichert en 1931, como una causa de lumbago y de ciática. El ligamentum flavum se inserta en la cara posterolateral del canal raquídeo entre las láminas. Los ligamentos, que están provistos de fibras amarillas elásticas, están insertados a la cara anterior de la lámina inferior. Los dos ligamentos de cada espacio interlaminar se unen en la línea media y se extienden lateralmente para formar la pared posterior del espacio intervertebral. La hipertrofia de este ligamento, debida a inflamación o traumatismo, estrecha el canal intravertebral y puede comprimir los nervios de la cauda equina o las raíces nerviosas opuestas al segmento.

Además de la irregularidad del contorno, producida por la masa del disco desalojado, se presentan interesantes modificaciones de la sombra de la raíz nerviosa al nivel de la lesión. Esta consiste en edema de una o más raíces nerviosas, que pueden ser localizadas por ensanchamiento de la sombra de la raíz nerviosa. A veces es difícil en la mesa de operaciones, asociar el cuadro patológico con la imagen radiográfica; pero Hampton y Robinson han ofrecido una solución a esto, llamando la atención acerca del hecho de que la quinta raíz lumbar y muchas de las primeras sacras son extradurales en la articulación sacrolumbar, y por esta razón, una lesión compresiva de esas raíces, produce un defecto mínimo del espacio subaracnoideo contiguo.

*Tratamiento.*—El tratamiento del dolor ciático irreducible causado por desalojamiento de un disco intervertebral que comprime los nervios o las raíces nerviosas, es siempre quirúrgico. Se obtiene alivio temporal y paliativo por el tratamiento ortopédico conservador, como la extensión, el soporte con abrazaderas y cinturón sacroilíaco y similares; pero, desgraciadamente, el alivio proporcionado por esas medidas es temporal y la irritación de las raíces del nervio se reproduce.

Después que ha sido localizada la lesión, una laminectomía, incluyendo resección de parte del cuerpo y láminas de

dos vértebras, es todo lo que se necesita en la mayoría de los casos. El anestésico de elección es el éter, el cual se administra mejor por el método de goteo libre, luego que el paciente ha sido dormido con óxido nitroso y oxígeno. Después que el paciente ha sido anestesiado, se coloca en decúbito prono sobre la mesa de operaciones, de tal manera que se haga prominente la región sacrolumbar. A través de una incisión vertical, se efectúa la resección subperióstica de las apófisis espinosas y de las láminas. La extensión de la laminectomía depende en gran parte, del sitio de la luxación discal. En casos en que el desalojamiento es unilateral, se hace necesario remover las facetas articulares de ese lado. El disco luxado puede ser removido por vía extradural o transdural, y que la duramadre sea retraída para exponer el disco luxado o incindida y el disco abordado intraduralmente, depende, en gran parte, de las circunstancias de exposición. La dislocación del disco puede ser palpada y el descubrimiento conducirse como se indicó. Cuando la luxación ha sido descubierta retrayendo la duramater, la porción delgada del ligamento longitudinal posterior se incinde longitudinalmente o con una incisión crucial.

La luxación puede ser de dos tipos: el ligamento longitudinal posterior puede ser tan delgado que el disco luxado penetre en la herida, o el disco puede ser fibroso y adherente y ser raspado con la cureta en su lecho. Todas las porciones del disco intervertebral que causen o puedan causar compresión en las raíces nerviosas o en la médula, deben ser removidas. Una de las cosas que pueden evidenciarse en la mesa de operaciones es la irritación de las raíces nerviosas adyacentes. Están aumentadas de volumen y edematosas y a veces congestionadas; esas alteraciones demuestran que el dolor irreductible es producido por irritación por el disco luxado. A continuación de la ablación del disco, el aceite radio-opaco es extraído y la herida cerrada. Un drenaje Penrose se deja comúnmente por 24 ó 48 horas. Los enfermos se dejan en cama de doce a catorce días después de la operación y vuelven a sus actividades gradualmente. Se vigilan y protegen por espacio de seis semanas a tres meses. Algunos enfermos se sienten bien desde su inmediata convalecencia si se refuerza su espalda con tela adhesiva o abrazaderas. Como en todo

período post-operatorio semejante, la torpeza y las molestias persisten por algún tiempo.

*Operación sin mielografía.*—El medio de contraste se utiliza para localizar la lesión intra-raquídea con precisión. En algunos casos es tan fuerte, que la lesión intraespinal en la región sacrolumbar permite la laminectomía sin la inyección previa de medio de contraste. Como en 96% de los 300 casos ocurrieron en el tercero, cuarto o quinto espacios interlumbares (84 por ciento entre el cuarto y el quinto), en la exploración directa por laminectomía en la parte inferior de la región lumbar, las oportunidades de encontrar la lesión son excelentes. No debe ser olvidado, sin embargo, que las lesiones en la porción inferior de la región dorsal de la columna vertebral pueden dar un cuadro muy semejante al de las lesiones que afectan la cola de caballo. En los raros casos en que el empleo del medio de contraste no revela lesión (generalmente cuando existe fondo de saco corto), conviene la presencia de un neurocirujano y un ortopedista en la laminectomía para actuar en el momento de la operación exploradora.

*Operación combinada neuroquirúrgica y ortopédica.*—Además de los casos en que el diagnóstico de luxación de disco intervertebral se hace por el examen clínico general, neurológico y radiológico, hay un grupo de casos en que la historia y los resultados de la exploración indican lesión intra-raquídea; pero el examen radiográfico revela cambios estructurales en la columna vertebral. En estos casos la práctica de la clínica es combinar una hemilaminectomía con una operación correctiva, y el procedimiento es mejor conducido por los esfuerzos combinados del neurocirujano y del ortopedista, pues el campo de esta especialidad quirúrgica se encuentra invadido.

En algunos casos en que se comprobaron síntomas de luxación del disco intervertebral, el dolor ciático puede aliviarse por la ablación del disco, pero puede quedar un lumbago persistente, y las radiografías pueden revelar malformaciones o anomalías como canales neurales defectuosos con o sin espondilolistesis y estrechamiento de los espacios intervertebrales, particularmente en la articulación sacrolumbar, y pueden existir alteraciones artríticas. En estos casos la laminectomía y el injerto óseo de la tibia, pueden llevarse a cabo

simultáneamente. La lesión intraespinal se trata por hemilaminectomía y el injerto huesoso se hace en el lado opuesto. De esta manera la operación se plantea y desarrolla expeditivamente sin pérdida de tiempo y con ventaja para el enfermo y para los cirujanos. Cuando existe duda acerca de la indicación de operación correctiva, la resección del injerto óseo se aplaza mientras se examina el canal raquídeo por hemilaminectomía. Si una amplia desviación del disco intervertebral se asocia a hipertrofia del ligamento amarillo comprimiendo la raíz nerviosa, como lo indican el historial y los resultados de la exploración clínica, entonces la corrección ortopédica no se lleva a cabo. Si, en cambio, hay alteraciones patológicas insuficientes en el canal raquídeo para explicar las molestias del enfermo, se completa el acto operatorio con la corrección. De esta manera, hemos tratado con buen éxito el lumbago y la ciática en que se hallaban lesiones combinadas esqueléticas y neurológicas, o cuando los resultados de la historia, del examen y del gabinete no dieron datos suficientes para un diagnóstico preciso.

Diez de los casos en que se hizo el procedimiento operatorio combinado, fueron seleccionados para análisis. En siete de ellos los enfermos eran menores de cuarenta años. El mayor era de cincuenta años y el menor de treinta y tres. En tres de los casos, había antecedente traumático evidente, pero en los otros siete no lo había. Solamente había también antecedente de contusión por esfuerzo en alzada en dos casos, en la espalda. En dos casos antecedente de compresión por fractura de vértebra lumbar. La duración del dolor ciático y lumbar fué de seis meses a treinta años. En los siete casos en que no había antecedente de golpe, existía intermitencia del dolor, con descansos de uno a dos años.

Los resultados del estudio radiológico en el grupo completo de casos, fueron muy interesantes. En tres de ellos, había evidencia de espondilolitiasis y la inyección de aceite radio-opaco, reveló luxación de un disco intervertebral e hipertrofia del ligamento amarillo. En un caso hubo compresión por fractura del cuerpo de la tercera vértebra lumbar y la inyección de lipiodol reveló obstrucción encima del cuerpo de esa tercera lumbar. En otro caso había compresión fractural en la quinta vértebra lumbar, revelando el aceite obstrucción al nivel de la propia quinta lumbar. En un caso hubo notables

alteraciones hipertróficas en la última vértebra lumbar y estrechamiento franco en la articulación sacrolumbar. En dos casos, había espina bífida oculta. Es también interesante anotar que en dos casos existían seis vértebras lumbares. En todos los casos la lesión intra-raquídea fué suprimida por hemilaminectomía y además, se injertó un fragmento de hueso tibial.

En otro grupo de casos en que los enfermos fueron satisfactoriamente tratados por los esfuerzos combinados de neurocirugía y ortopedia, se necesitó una operación correctiva de estabilización, pero era cuestión de complicación con lesión intra-raquídea. En esos casos nuestra costumbre es principiar por una hemilaminectomía, examinar el canal raquídeo y extirpar el ligamento hipertrofiado o el disco luxado, mientras el ortopedista puede proceder a la operación correctiva.

En tanto que trabajábamos por la extirpación de discos luxados intervertebrales e hipertrofia de los ligamentos amarillos, un nuevo síndrome ha sido descrito por *Macey*. Reportó una pequeña serie de casos en los cuales había dolor lumbar asociado o no con ciática y localizado en las apófisis espinosas de las últimas vértebras lumbares. Esa hipersensibilidad local era más pronunciada que la que acompaña habitualmente al lumbago y a la ciática, siendo características de compresión intraespinal. En esos casos se hace el diagnóstico diferencial inyectando novocaína al nivel del ligamento interespinoso. Si esto produce alivio, la simple extirpación de una porción de la apófisis espinosa junto con el ligamento, cura el dolor.

*Resultados.*—Para apreciar los resultados post-operatorios inmediatos, la evolución subsecuente y el estado actual del paciente, se esperó lo suficiente para revisar u observar 111 casos, en los cuales la compresión de las raíces nerviosas fué tratada por extirpación de discos intervertebrales desalojados. En tanto que la mayoría de los enfermos fué operada entre dieciocho meses y dos años antes de este estudio, en un pequeño grupo de casos, el intervalo entre la operación y el presente trabajo, fué mucho más largo. Por este estudio estamos convencidos que un intervalo de cinco años debe exigirse para poder valorizar los resultados post-operatorios.

Siguiendo cualquier procedimiento operatorio, el éxito obtenido depende de ciertos factores, entre los cuales se en-

cuentran la oportunidad y precisión del diagnóstico, la técnica operatoria seguida, los cuidados post-operatorios, la duración e intensidad del dolor, la susceptibilidad del paciente para el dolor, cuestiones médico-legales, establecimiento de la compensación y finalmente (y muy importante) la reacción del enfermo hacia su invalidez.

Fué posible observar la evolución en 84 de los 111 casos. En sesenta y cinco, ó 78 por ciento, de los ochenta y cuatro casos, los enfermos obtuvieron inmediato alivio post-operatorio. Un año y medio o dos años después, cincuenta y seis, ó 67 por ciento, de los ochenta y cuatro enfermos no presentaron síntomas ni recaídas. En diecisiete, ó 20 por ciento de los mismos casos, se obtuvo alivio parcial inmediatamente después de la operación. Después de un intervalo de año y medio a dos años, veinticuatro, ó 29 por ciento, obtuvo alivio parcial. De esos veinticuatro enfermos, catorce, ó 58 por ciento, quedaron aptos para el trabajo, en tanto que diez, ó 42 por ciento, quedaron inválidos. En un caso, ó 1 por ciento, el resultado post-operatorio inmediato no fué satisfactorio. Después de año y medio a dos años siguientes a la operación, encontramos que cuatro pacientes (ó 5 por ciento), no sintieron ningún alivio y quedaron incapacitados para el trabajo.

Así, anotamos que hubo recidivas en varios casos. Catorce, ó 16 por ciento, de los ochenta y cuatro enfermos, acusaron recaídas de un dolor semejante al que tenían antes de la operación. En algunas ocasiones esta recaída ocurrió poco después del retorno al hogar y eventualmente después de labores pesadas ejecutadas sin nuestro consejo. Diez, ó 12 por ciento de los enfermos, manifestaron haber sentido ocasionalmente dolor, generalmente en la parte inferior de la espalda, pero más ligero y de diferente carácter que el de antes de la operación.

Las repeticiones del dolor, pueden presentarse de los dieciocho meses a los dos años después de la operación. Esas recidivas ocurrieron en aproximadamente el 11 por ciento de los casos, en los cuales los enfermos se habían aliviado completamente del dolor post-operatoriamente. Más o menos, el mismo porcentaje de enfermos (11%) que obtuvieron alivio parcial luego de su alta en la Clínica, más tarde obtuvieron curación completa. (Fig. 1).

Rara vez no se ha podido dar razón de por qué el alivio ha sido completo. Algunos de los enfermos admitieron que volvieron al trabajo demasiado pronto, y no evitaron las labores pesadas durante tres meses como se les indicó. Es difícil determinar exactamente cuántos o qué porcentaje de pacientes desobedecieron las instrucciones; pero estamos seguros que frecuentemente lo hacen y que muchos de los fracasos, se deben al retorno prematuro al trabajo después de la operación.

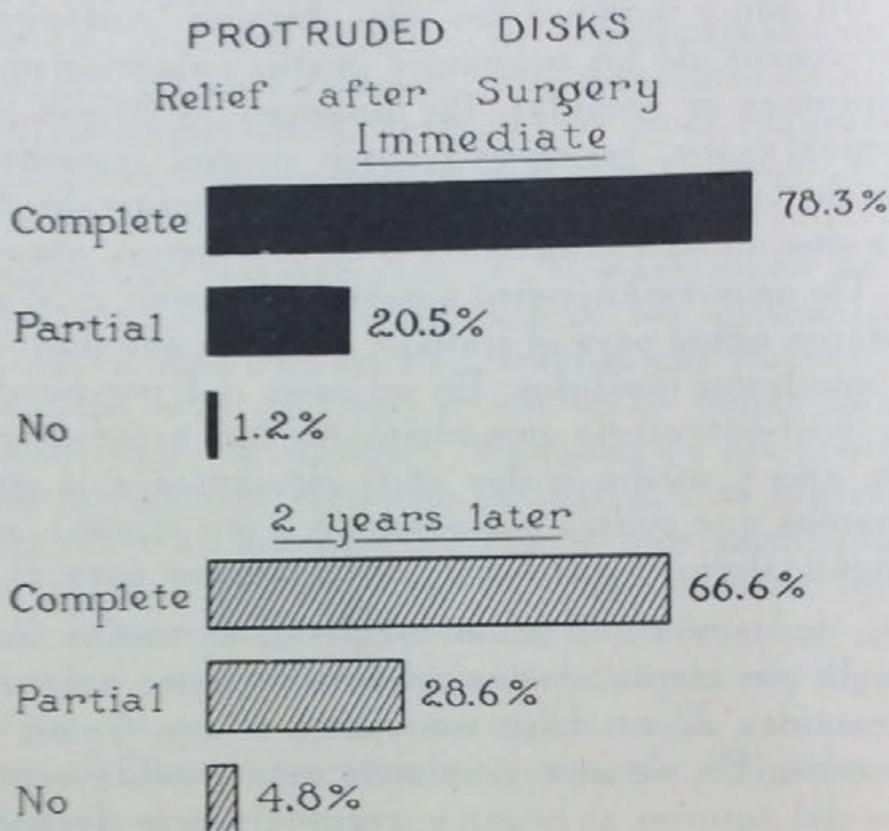


Fig. No. 1

*El grupo de indemnizados.*—Es aún más difícil apreciar el grado de alivio, obtenido por enfermos que recibieron alguna compensación o indemnización por sus golpes, de una manera o de otra (Fig. 2). Desde el punto de vista psicológico, es difícil para un enfermo, admitir que está curado si con eso se le suspende la indemnización o si el proceso legal, en los casos en que se sigue, es influenciado. Encontramos que en veintidós casos, los enfermos pidieron o recibieron indemnización por sus golpes. En nueve (41 por ciento), de los casos, los pacientes informaron que la operación sólo produjo alivio parcial o ningún éxito satisfactorio, aunque en algunos de esos casos, nos pareció que el enfermo estaba parcialmen-

te y casi totalmente curado de sus síntomas. Treinta, ó 59 por ciento de los pacientes, aceptaron que los resultados fueron buenos.

En sesenta casos, no había complicación médico-legal. Es interesante anotar que solamente diez, ó 17 por ciento de los enfermos en esos casos, obtuvieron alivio parcial o ningún alivio y decían que los resultados de la operación no fueron satisfactorios, en tanto que cincuenta, u 83%, admitieron que los resultados de la operación fueron satisfactorios.

*Comentario.*—Todo dolor lumbar o ciático que sea persistente pero intermitente y que no responda satisfactoriamente a diversos tipos de tratamiento, amerita ser sospecho-

### PROTRUDED DISKS

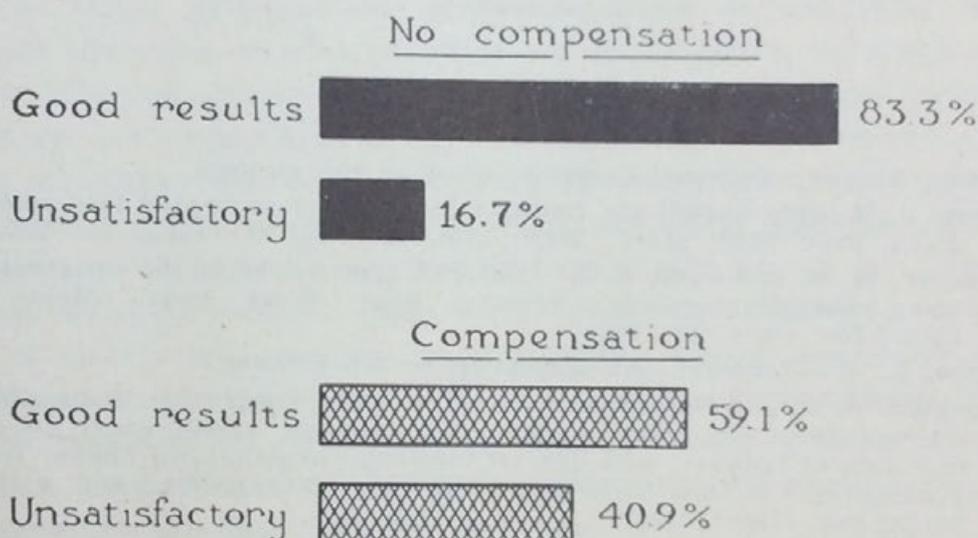


Fig. No. 2

so de deberse a luxación de disco intervertebral. En un gran porcentaje de casos, un cuidadoso y completo examen hará evidentes los factores patológicos ocultos, aunque sea necesario localizar e identificar la lesión por medio de exámenes radiológicos después de inyección de aire o de aceite radio-opaco, en el espacio subaracnoideo espinal. El aumento de albúmina en el líquido céfalo-raquídeo, el signo de Lasegue, alteraciones de los reflejos e hipersensibilidad en el ciático, ayudan, aunque no sean esenciales, para hacer el diagnóstico. El tratamiento de elección es laminectomía con extirpación del

disco intervertebral luxado, así como supresión del ligamento amarillo hipertrofiado si se acompaña de esta última condición.

Después de año y medio o dos años, 67 por ciento de los enfermos de nuestra serie de casos, obtuvo completo alivio del dolor y quedó apto para el trabajo. 29 por ciento admitió haber obtenido alivio parcial, y de este porcentaje más de la mitad pudo volver al trabajo, en tanto que 5 por ciento de los pacientes manifestó resultados poco satisfactorios y quedó incapacitado para trabajar a causa del dolor. El porcentaje de enfermos, que dice no obtener resultados satisfactorios, es mucho mayor cuando coexiste alguna cuestión médico-legal o problema de indemnización que en los casos en que los pacientes no pretenden obtener indemnización por sus traumatismos.

---

#### B I B L I O G R A F I A

1. Baker, George.—Personal communication to the authors.
2. Camp, J. D.—Roentgenologic findings in cases of protruded intervertebral disks. Proc. Staff Meet., Mayo Clin. 12: 373-377. (June, 16) 1937.
3. Deucher, W. G. and Love, J. G.—Posterior protrusions of the intervertebral disks: pathologic-anatomic aspects. Proc. Staff Meet., Mayo Clin. 13:697-700. (Nov. 12) 1938.
4. Eaton, L. M.—Personal communication to the authors.
5. Hampton, A. O. and Robinson, J. M.—The roentgenographic demonstration of rupture of the intervertebral disc into the spinal canal after the injection of lipiodol; with special reference to unilateral lumbar lesions accompanied by low back pain with "sciatic" radiation. Am. J. Roent. 36:782-803. (Dec.) 1936.
6. Macey, H. B.—Backache resulting from changes in the interspinal ligaments: a preliminary report. Proc. Staff Meet., Mayo Clinic. 14:425-426. (July 5) 1939.
7. Towne, E. B. and Reichert, F. L.—Compression of the lumbosacral roots of the spinal cord by thickened ligamenta flava. Ann. Surg. 94:327-336. (Sept.) 1931.

NOTA.—Trabajo leído ante la reunión del Congreso Internacional de Neurología, Copenhague, Dinamarca, agosto 21 a 25, 1939. Traducido del inglés por el Dr. Juan Peón del Valle.

# Sobre las Ideas Fundamentales de la Teoría Psicoanalítica de Freud.

Por el Dr. ROBERTO STERN,  
de Viena, Alemania

El valor práctico de la psicoanálisis de FREUD radica en que encierra en sí una serie de enseñanzas valiosas sobre la esencia y hechura de los sucesos del alma. La psicoanálisis salió de las experiencias que se hicieron en personas enfermas. Al deseo de curar se debe su nacimiento. Al principio era sólo un procedimiento psicoterapéutico que ha desarrollado hasta salirse de su tamaño original: no se ha quedado siendo sólo un método para curar enfermos sino que también colocó sobre una nueva base nuestro saber respecto a las personas y las conexiones del alma. La psicoanálisis ha influido también en la medicina, precisamente donde la niega. Es una teoría del alma humana y por esto del mayor valor en la rama de las ciencias del espíritu.

En el año de 1893 apareció un estudio de BREUER y FREUD, que representa el punto de partida de la remoción, la que como se sabe, está en el centro de la psicoanálisis. Los intentos y ensayos para curar, que entonces fueron hechos por BREUER y FREUD, se sirvieron de la llamada hipnosis cártica; FREUD llegó al conocimiento, que los sucesos que son tan desagradables y atormentadores que no se les puede soportar (a estos sucesos se los llama sucesos traumáticos), crean un estado hipnoide parecido al hipnótico, el cual origina que estos sucesos, después de que ha desaparecido el estado hipnótico, se olviden tanto como se olvidan al desper-

tar los sucesos de una hipnosis profunda. A la amnesia, es decir, a la brecha del recuerdo, que oculta tal acaecimiento traumático, se la considera igual a esa amnesia cuyo contenido de la hipnosis profunda se substraer a la conciencia despierta.

Se olvida pues lo que así fue removido, pero conserva sin embargo su eficacia, si esta eficacia es hasta reforzada en lo que concierne a que la influencia correctiva de la conciencia no puede comprender lo acaecido.

Igualmente como se puede reanimar una hipnosis renovada que pasó en la hipnosis, se podría hacer accesible por una hipnosis el suceso traumatúrgico.

Recuerdo a un empleado que se había vuelto histérico a consecuencia de los malos tratos de su jefe; tenía ataques, se desplomaba al suelo, se enfurecía, sin hablar palabra, sin dejar ver una alucinación de los sentidos. Se provocó este ataque en la hipnosis y el enfermo confesó que volvía a pasar la escena, cuando el jefe lo regañó en la calle y lo golpeó con un bastón. Algunos días después volvió con las mismas quejas y relató en la hipnosis renovada que había vivido en la escena en la cual incluía el verdadero comienzo de su enfermedad. El volvió a pasar esa escena en la sala del Tribunal, pero donde no logró obtener reparación por los maltratos.

Este ejemplo prueba, que tales acaecimientos separados, de ninguna manera han perdido su eficacia a consecuencia del olvido; al contrario: tal suceso olvidado está protegido por el límite de la amnesia, de la actividad correctora y balanceadora de la conciencia: queda en crudo en la "subconciencia", no se puede quitar la excitación por un medio normal, pero aparece en síntomas histéricos. FREUD usa aquí la expresión "la conversión": el ataque histérico, la parálisis histérica aparece como efecto derivado del suceso traumático. El hacer conciente, la vida inovada del acontecimiento traumático posibilita al paciente a que se aparte de la reacción y se libre así de los recuerdos que lo enferman. Los síntomas histéricos se producen, según las palabras de BREUER, por una "estrangulación de las emociones". En contraste a él, FREUD llegó al conocimiento de que la remoción estriba en un proceso de defensa espiritual, en un no querer recordar. Lo olvidado, removido o apartado se puede pues igualar a un acontecimiento no terminado, o una emoción no desfogada,

que siempre vuelve a acosar para que sea vivida hasta el fin. Cuando el afecto no llega hasta su final por la remoción, entonces se dirige camino errado y produce los síntomas nerviosos. La separación de la conciencia es pues, según FREUD, una consecuencia de un acto de voluntad. El habla de defensa psíquica, que también vuelve en la neurosis impuesta por necesidad. También se reconoce el miedo como producto de conversión. Basándose en la interpretación de los sueños y en las tres disertaciones sobre la teoría de los sexos forma FREUD su teoría de la remoción. FREUD acentúa siempre más, que son acaecimientos sexuales, contra los cuales se dirige la defensa, la remoción; un punto de vista que modificó en un trabajo posterior sobre "El Yo y el Ello" y que también pueden ser modificados los sentimientos de culpabilidad, los cuales no pertenecen al círculo del sexualismo.

La psicoanálisis enseña que un suceso o un esfuerzo de movimiento o propensión, difiere entonces la propensión, si es incómodo o penoso para el individuo. Tales sucesos son de especie sexual predominante. La remoción parte del Yo ideal, que resume el impulso del Yo, que contiene positivamente componentes libidinosos muy esenciales. El efecto de la remoción puede ser de clases variadas. El suceso removido puede ser mal olvidado, lo cual es chocante; pero la medida de remoción no basta frecuentemente para excluir duraderamente de la conciencia lo removido. Así aparece en los sueños lo vivido en el estado excepcional histérico, o el contenido de la hipnosis en ataques que se presentan repentinamente, es decir en todos esos estados, en los cuales se debilita la tensión de la atención; el individuo se muestra entonces despejado, natural, libre de las exigencias diarias, entregado a la corriente de sus pensamientos, asocia sin resistencia ni retención; así reconocemos en este suceso propiamente el fundamento de la técnica analítica. Otro efecto de la remoción es que el suceso que pertenece al propio Yo, se pone en el mundo exterior, en otras personas. Entonces hablamos de una proyección. Esta se efectúa sólo cuando se han mezclado los límites entre el sujeto y el objeto. Por otro lado se vuelven contra la propia persona los impulsos que al principio se dirigen en forma agresiva contra otras personas y objetos del mundo exterior, cuando repugnan al sentimiento moral. Hablamos de que los impulsos se diri-

gen contra la propia persona y toman otra vez este proceso como efecto de fuerzas, que pertenecen al terreno de la remoción. La psicoanálisis representa una teoría energética del alma. Atribuye respectivamente a la remoción una cierta energía, a la cual, según la teoría original de FREUD, le ha sido quitada la vida impulsiva del Yo. El ve la médula del Yo en las percepciones de la conciencia y en la reacción inmediata sobre ésta; sin embargo, cree él que estas funciones del coger, sostener, agarrar, expresan al mismo tiempo un deseo de destrucción. Este deseo de destrucción significa al principio en la propia persona un impulso de muerte, y sólo después se aparta de la persona propia hacia el mundo exterior. Según esta fórmula, el sadismo es el verdadero impulso del Yo. También las energías libidinosas pueden contraerse en la remoción y especialmente las de forma narcisista. Respecto al concepto del narcisismo, al amor a la propia persona, ya hablaremos más adelante.

Un suceso no terminado exige por tanto que lo terminemos, por eso quiere siempre volver a acosar a la conciencia. Cuando nos volvemos concientemente a un acontecimiento, anhelamos instintivamente llegar a él. Nos dirigimos en modo especial al efecto del deseo sexual no cumplido. El cuerpo instintivamente anhelante del compañero sexual se cuele continuamente de nuevo en los pensamientos y representaciones. Lo condicional instintivo de la terminación de la representación y del pensamiento, se expresa aquí inmediatamente. Pero lo removido tiene energías que intentan romper el obstáculo de la remoción. Las remociones se arrastran por toda la vida, comienzan desde la más temprana edad; importantes para la vida del impulso son los sucesos juveniles determinantes, las llamadas escenas primordiales caen bajo la remoción primordial.

Lo que fué removido más tarde, lo nombró FREUD remoción posterior y unió a esta expresión la representación que lo removido al principio continuaba ejerciendo una fuerza de atracción. Pero siempre hay una eterna lucha entre lo removido y las fuerzas removedoras. Ya he indicado que la remoción puede ser más o menos completa. Puede remover completamente un suceso de la conciencia del día o desnuarlo sólo del valor consabido, pero la remoción puede ser también incompleta en otro respecto, puede reprimir algunas

partes del material chocante, mientras que otras partes continúan manteniéndose. Hay que agregar aquí una observación general: Se debe pensar que cada suceso está formado de dos elementos formales: de lo instintivo o impulsivo, que se limita en el suceso, y del contenido del suceso, la representación del instinto. En la remoción decae sólo la representación del instinto: las imágenes, el pensamiento, las percepciones, los sentimientos. De una remoción de la instintividad misma no se puede hablar en un sentido estricto. Esta es precisamente la médula de la teoría psicoanalítica, que la energía, las energías del instinto no pueden perderse. Si la remoción sólo reprime una parte, se asemeja a un censor que quita algunos pormenores de un informe. Por eso FREUD habla especialmente de una censura en conexión con las imágenes del sueño. Esta censura puede representarse en el sueño precisamente en la forma de que en un texto falten ciertas palabras, que hacen confusas ciertas partes de un discurso. El contenido puede volver en forma simbólicamente desfigurada; en lugar de la que se quería, se presenta una imagen que se asemeja en su contenido o que está emparentada por el tono del sentimiento a lo que se quería al principio. El pene se simboliza por bastones, cuchillos, especialmente a menudo por serpientes, la parte sexual femenina por espacios, cajas, bolsas, piano, jarros y más objetos parecidos. El acto sexual encuentra frecuentemente su expresión simbólica en luchas, riñas, ser arrojado al suelo por animales, etc. Esta enumeración de símbolos debe servir sólo para dar la exposición del principio general. El mecanismo de la condensación y remoción representa en esto también un papel. Todo lo que se dice de las imágenes en sentido estrecho, vale también para los sentimientos: el desprecio, el odio, pueden transformarse en manifiesta imagen de ternura; amor extremado puede significar odio removido y viceversa. Se habla también aquí de supercompensaciones. Es necesario recordar que también los contrastes de sentimiento están emparentados entre sí. Estas observaciones arrojan también una luz interesante sobre la conversión. De ésta se habla, como ya fué dicho, entonces, cuando lo psíquico no terminado encuentra su terminación en apariencias físicas. Así se produce p. ej. el miedo cuando se ha detenido un proceso sexual; el ataque histérico expresa los deseos de coito que han

sido reprimidos. Podemos creer que hay un estrecho parentesco entre excitación sexual y miedo. El ataque histérico tiene en sí parecido con los movimientos del coito. El barrenar de la cabeza en el colchón expresa la extremada repulsión de la actividad sexual, el elevar la pelvis el extremado deseo por ella.

¿Cuál es, pues, la misión de la terapia psico-analítica? Deshacer las remociones. Sobre su técnica se volverá a tratar más tarde. Aquí sólo se mencionan las observaciones generales, que muestra la laxitud de la remoción, lo olvidado en forma muy deformada, hasta que finalmente se hace siempre más precisa la representación de lo removido y al fin aparece en forma inalterada. Un ejemplo claro, si bien drástico, son esos sueños en los cuales la sensación de sed o la necesidad de orinar, p. ej. triunfa poco a poco contra el deseo de dormir. Así aparece frecuentemente la necesidad de orinar en la forma, que se sueña con lagos, ríos o mares, entonces aparece tal vez un niño sentado sobre la vasija. En este momento el que sueña cree orinar detrás de un arbusto, hasta que al fin, la necesidad que se hace a cada momento más imperiosa, despierta al durmiente. Así, pues, vemos cómo de los elementos del cambio de contenido formal por la remoción, se ha dado una multitud casi interminable de posibilidades para la deformación del material original. Se tiene que agregar que el concepto de la remoción se debe extender también al olvido trivial. Queremos también acentuar el parentesco fundamental del mecanismo del olvido y de la remoción: Si es exacta esta idea, debería creerse en una indestructibilidad de sucesos espirituales del alma.

¿Qué dice pues la teoría analítica del instinto? El concepto del instinto sexual, que usa FREUD, es diferente del concepto trivial de la sexualidad. La psicoanálisis acepta dos grupos de instintos: el uno que sirve a la conservación de la especie, el instinto sexual. Los instintos sexuales no están unidos sólo a los órganos genitales, sino que hay una serie de instintos parciales de la sexualidad. Estos los conocemos en la mejor forma, cuando contemplamos el desarrollo sexual del individuo. FREUD ha reconocido, que contra la anterior idea, la sexualidad no comienza en la pubertad, sino que se extiende a través de toda la vida del individuo. En la vida fetal adelantada y en los recién-nacidos el erotismo

está limitado al egoísmo primario. Hablamos del narcisismo. Pronto se presenta el erotismo oral, el de la boca. En el acto de mamar, satisface el niño también afanes eróticos. Tiene alegría en la formación del propio cuerpo y en la contemplación del de otro, así como alegría en el movimiento. La contemplación cuidadosa del propio cuerpo la señalamos como autoerótica. Pero este autoerotismo se substituye pronto por una contemplación libidinosa de los objetos. El sadismo y el masoquismo toman forma tangible. En lugar de ocuparse con objetos se dirigen a las personas de su alrededor, en lo que son especialmente notables las conmociones homosexuales. Se presenta el complejo de Edipo: significa que el niño odia al progenitor de su mismo sexo y desea matarlo y solicita al de sexo contrario al suyo; en esto se debe tomar en cuenta también la variante homosexual del complejo de Edipo, el amor al progenitor de su mismo sexo.

El amor al propio cuerpo se concentra en el amor a las partes genitales. Se teme el daño de él, por una parte porque el complejo de Edipo infunde temor ante el padre, cuyo castigo en aquel órgano teme, en el cual se hizo más notable la excitación sexual; es decir, en las partes genitales. Hay que agregar que el muchacho atribuye a castración el hecho de que la muchacha carezca de los órganos sexuales masculinos, en caso de que haya tenido ocasión de observar esto.

El tiempo de la fuerte excitación sexual, en el cual también el onanismo se puede comprobar con regularidad, el tiempo entre los tres y cinco años, es también el tiempo de la investigación sexual del niño. Esta se relaciona con el órgano genital mismo, con la formación de los niños y con su nacimiento. Cree que tanto el hombre como la mujer pueden dar a luz. Alrededor del quinto año tiene lugar un empuje de remoción, que también es la causa para el recuerdo escaso, para el tiempo antes del quinto año. A un período de latencia sigue la pubertad, que en forma abreviada repite el período sexual de la primera niñez. Aquí se presentan rasgos homosexuales, especialmente claros. La mujer tiene aquí todavía que llevar a cabo en sus manifestaciones una realización especial al trasladar del clítoris a la vagina, su excitabilidad. Donde esto no se logra completamente, decimos que hay una anestesia vaginal (frigidez). Mientras

tanto, también el narcisismo ha sufrido un desarrollo notable; la libido que al principio alcanzaba al propio cuerpo se trasladada a la imagen espiritual de la propia persona y a la imagen de la que quisiéramos ser con gusto. Hablamos del Yo ideal o del super-Yo.

Para entender mejor la formación de este Yo ideal tenemos que esclarecer el mecanismo de la identificación. "Identificarse se llama tomar el papel de otro en que no se tiene que ser consciente en absoluto de esta toma de posesión". Se insinúan tales identificaciones cuando se toman pequeñas características y costumbres de otras personas. El sargento en el campamento de Wallenstein indica con su garraspear y escupir que él pretende tener el mismo valimiento que el mariscal. Condición para la identificación es el amor al objeto con el que uno se identifica y existe en cada relación erótica. En alguna forma se siente uno unido al objeto. Cuando la identificación se ha hecho completa, entonces se hace superfluo el objeto del amor; ha entrado en la propia personalidad. El tomar el objeto en el propio Yo forma el cimiento para la construcción del Yo ideal. Este Yo ideal es el arquetipo para el Yo que se quisiera alcanzar.

Los impulsos parciales de la sexualidad, del desarrollo libidinoso, retienen su significación por toda la vida. Mirar, coger, sostener, tocar, dan preplacer al acto sexual.

Como la médula del Yo, como el resumen del impulso del Yo, considera FREUD el sistema de las percepciones y de las acciones que se desprenden de ellas, las cuales se desarrollan a la luz de la conciencia. Si sostenemos firmemente que los impulsos o instintos del Yo tienen como meta el dominio del mundo exterior, tenemos que atribuirles al mismo tiempo una relación especialmente estrecha a la propia conservación en el marco de la sociedad. La identificación con el padre, con los padres, con las personas que cuidan al niño, le transmiten la voluntad de la sociedad. A estas observaciones une ADLER su teoría de psicología individual.

Las remociones parten pues del Yo ideal; lo removido tiene que influir también en la constitución del Yo ideal. Todos esos impulsos asociales que son especialmente eficaces en el individuo, sólo pueden ser detenidos cuando el Yo ideal toma seguridades especiales. Así el Yo ideal tendrá los ras-

gos de una formación de reacción y entonces tendrá que exigirse con especial energía la abstinencia, cuando los instintos se dirigen con fuerza al goce. En la lucha contra el placer se satisface sin embargo, el interés por el placer, y el Yo ideal se representa como una formación de compromiso. Si los representantes de los instintos son removidos, queda sin embargo subsistente la energía de los instintos. Si se usa esa energía en el sentido del Yo ideal, entonces hablamos de sublimación. Así las emociones sadistas encuentran satisfacción en la elección del oficio o de la ocupación, por ejemplo el carnicero. La inclinación homosexual puede presentarse sublimada en las tendencias de la educación frente al propio sexo, o en una disposición marcada hacia la sociedad de personas del mismo sexo. Pero no siempre es la sublimación el final de la remoción de los instintos parciales; la energía procedente de ellos puede transformarse en el síntoma neurótico o psicótico. Si los instintos parciales se presentan irremovidos, tenemos la imagen de la perversión.

El concepto del instinto es en el análisis un concepto de la ciencia natural. Con la expresión "líbido" se designa no lo psíquico sino también el acontecer biológico. Tal acontecer biológico tiene la más estrecha relación con los procesos hormonales del metabolismo en el organismo. A los instintos libidinosos se les atribuye pues una fuerza creadora; FREUD ha tomado en cuenta en sus últimos trabajos los problemas biológicos desde el punto de vista psico-analítico. Creo que el método de observación psico-analítico es apropiado para introducirnos más profundamente en la comprensión de los sucesos biológicos. (FERENCZI ya ha tratado de utilizar este método de estudiar los procesos biológicos desde el punto de vista psico-analítico).

La teoría del instinto psicoanalítico se basa por tanto sobre una manera de observación causal. La psicoanálisis quiere según eso ser valorizada por completo científicamente según la naturaleza y es también psicología científica de la naturaleza. No se ocupa con la categoría del objeto sino con la categoría de la causalidad. Cuando habla de algo como de una huída a la enfermedad considera sin embargo, esta acción de objeto determinado sólo como consecuencia causal. La psicología científica según la naturaleza sólo da un sector del acontecer entero de lo espiritual.

Ahora se entra al terreno que, por FREUD, ha llegado a saber de una posibilidad de consideración derrocadora, la teoría de la neurosis.

La psicoanálisis ha llegado a la idea de que los acontecimientos caídos en el olvido del nivel anterior son decisivos para el nacimiento de la neurosis. Con el método psicoanalítico estamos capacitados para romper las fuerzas de los sucesos infantiles, haciendo desaparecer o llenando la laguna de los recuerdos de la niñez. Para entender mejor los problemas de la formación de la neurosis, queremos ocuparnos brevemente con los conceptos e ideas sobre los procesos de la remoción y de la repulsión. La remoción es una acción con éxito del instinto del Yo, pero que es conducido hacia él por el Yo ideal; también contribuyen las energías sexuales: la libido. La remoción tiene su origen en la edad más temprana del niño. Lleva al olvido de los acontecimientos indeseados y es frecuentemente la expresión del miedo. Un atormentador proceso de pensamientos puede llegar a ser un pensamiento impuesto a causa de la remoción; pero la contratendencia de lo removido rechaza la remoción y la repulsión. Lo removido quiere ser vivido hasta el fin, quiere volver a la conciencia. Pero no puede aparecer en su forma de origen, aparece en una forma cambiada, ya sea en trozos, ya simbólicamente desfigurada. Así, una enferma neurótica forzada, a la que se le niega el goce sexual completo, sueña repetidamente con pasteles deliciosos que quisiera comer; lo sexual aparece como los dulces prohibidos. La misma paciente sueña también con asaltos y asaltantes, cuando ella tiene en su mente la *immissio penis*. También los sentimientos caen bajo la remoción. Vuelven desfigurados. El amor apartado o removido puede volver como odio.

Ahora demuestra la observación que todo lo que refuerza a la energía de lo removido favorece la vuelta de lo removido. La remoción tiene la más estrecha conexión con la atención despierta del día, en la atención rebajada surgen promesas que pueden traicionar conmociones secretas. Importante para reconocer la causa de que se produzca una neurosis es la manera analítica de observar los llamados sitios de la fijación dentro del desarrollo libidinoso. Así la libido oral o el instinto de mirar puede experimentar un refuerzo por momentos constitucionales; el masoquismo puede des-

pertarse por golpes. Si en la vida sexual tardía se presentan dificultades, la libido no usada retrocede y se rompe en este sitio de fijación. Aviva el acontecimiento infantil precoz y se hace la causa de una perversión o de una neurosis. Las neurosis singulares tienen diversos sitios de fijación y así también una diferencia de mecanismo. Se diferencia la neurosis actual de la psiconeurosis, en la cual un daño en el terreno sexual, algo así como satisfacción insuficiente por el coitus interruptus, con la colaboración de factores removedores lleva síntomas neuróticos. A la neurosis actual pertenecen: miedo, hipocondría, neurastenia y neurosis de la guerra. A la neurosis psíquica pertenecen la histeria y la neurosis forzada que tienen sus sitios de fijación en un grado primitivo del desarrollo sexual, el grado homosexual sadista-anal. La necesidad de lavarse es una forma especial de necesidad de limpieza contra ensuciarse. Conmociones de odio se presentan en el erótico forzado, frecuentemente sobrecompensado por una mayor ternura. Es justa la idea de BLEULER que lo erótico es ambivalente; la conmoción amorosa incluye tendencias que apartan del objeto del amor que llevan hasta el odio contra él mismo. FREUD cree que la indecisión del neurótico forzado en lo sexual es generalmente determinante para su indecisión. El temor de ensuciarse de los neuróticos se deriva de un placer anal que fué removido. De la misma causa proviene amor al orden, el apremio a la limpieza. Una sarta de neuróticos forzados están sometidos especialmente a la superstición. Creen en una omnipotencia de los pensamientos. Un creyente señala que en la neurosis forzada, ocurre la regresión, la vuelta de la libido al grado de desarrollo anterior que se encuentra en el terreno del narcisismo. En la histeria los sitios de fijación están sobre un grado de mayor desarrollo sexual. El complejo de Edipo está completamente desarrollado en la histeria. Cada síntoma físico de la histeria tiene también un significado circunscrito en su contenido. Así por ejemplo, la tiesura histerica de un brazo hace alusión al miembro masculino. La alucinación histérica señala los sitios de fijación en el terreno del narcisismo, pero donde prevalece el interés por el objeto del amor.

En las llamadas neurosis orgánicas en las que se presentan aspectos físicos que se producen a consecuencia de

sucesos psíquicos, debemos creer en un mecanismo que se parece al histérico. Aquí se presenta la conversión en el órgano particular.

Mientras parece que se ha alcanzado sobre la psicoanálisis de las neurosis un resultado bastante exacto, las psicosis presentan un terreno obscuro. En la esquizofrenia se debe buscar el sitio de fijación en el terreno del narcisismo en el cual no están bien delimitadas cuerpo y mundo. Indicios de tales vaguedades son las alucinaciones: se presenta pues con especial facilidad el mecanismo de proyección. Lo que aquí impulsa son fuerzas mágicas parecidas a las de la voluntad, y estas fuerzas están impregnadas de sexualidad.

También en la esquizofrenia parece ser de significación el motivo actual; sin embargo, esta significación no es de ninguna manera tan grande como en las neurosis.

La neurosis representa, pues, según FREUD, una lucha del Yo de la percepción junto al Yo ideal de un lado contra los impulsos de lo inconsciente, el Ello, del otro lado, mientras en la psicosis, como por ejemplo en la esquizofrenia, el conflicto está entre los factores del Yo y del mundo exterior.

En la manía y en la melancolía se encuentra el conflicto entre el Yo y el super-Yo. El Yo es a menudo atormentado, castigado, por el Yo ideal; se trata aquí de la exigencia moral o sea de la conciencia.

En la melancolía parece aumentar el conflicto entre el Yo ideal (super-Yo) y el Yo, conflicto que va tan lejos que el Yo ideal condena a muerte al Yo.

En la manía el Yo ha llegado a cansarse del atormentador; el Yo ideal ha sido apartado de su antigua forma y el individuo vive de acuerdo consigo mismo y en consonancia con sus ansias.

*Teoría de los sueños.*—La psico-análisis parte de las experiencias de la hipnosis. Lo experimentado en la hipnosia ha sido alejado de la conciencia. Sin embargo es psíquico. Así es como FREUD llega a creer en una vida psíquicamente inconsciente. Los experimentos hipnóticos especialmente las sugerencias post-hipnóticas han demostrado una manera de actuar de lo inconsciente psíquico ya antes de existir la psicoanálisis. Fué la interpretación de los sueños la que hizo posible adentrarse profundamente en el problema del inconsciente. Detrás de las imágenes de los sueños hay conmo-

ciones del instinto, sucesos, y deseos removidos: En general, tenemos que imaginarnos que el nacimiento de un sueño es causado por algo no terminado en el día. Se lo echa a un lado; llega de lo consciente a lo anteconsciente. Esos pensamientos que despiertan el sistema "Inconsciente" desde el acaecimiento actual del día reciben sólo por éste la fuerza formadora de sueños. En general se activan en los sueños deseos de la niñez de carácter prohibido. Pero la censura no deja aparecer estos deseos de la niñez en su forma original y produce su deformación. Esta última origina a la vez que una multitud de conmociones del instinto y de deseos de la niñez se concentren en pocas imágenes. Por tanto, en el sueño tiene lugar una resurrección de sucesos de la juventud, una regresión en concepto temporal. Los deseos infantiles llegan en el soñar sólo a una satisfacción simbólica. La conclusión psico-analítica de que el sueño es un cumplimiento del deseo se refiere sólo al pensamiento latente del sueño que se localiza por el método de las asociaciones libres.

Con esta reflexión, llegamos al problema de la técnica de la psicoanálisis, a la psico-análisis empleada. La técnica analítica se deriva por tanto lógicamente de la teoría analítica. El objeto del análisis es apartar las remociones, liberar lo removido, quitar las remociones y con ello volver a hacer accesible la influencia de la personalidad total. Todos los detalles de los motivos tendrían que recordarse. La hipnosis era originariamente el medio auxiliar técnico para ello; todavía hoy está en uso el tratamiento de hipnosis catártica. Este procedimiento puede verdaderamente aclarar los sencillos conflictos psíquicos. Pero frecuentemente toca sólo los conflictos superficiales y no llega a los períodos tan importantes de la sexualidad infantil. Yo he modificado el método del tratamiento de hipnosis catártico por un método propio, utilizando la circunstancia de que se había aflojado la disposición de la asociación de pensamientos del estado prehipnótico para allanar más rápidamente el camino a las capas más profundas del inconsciente y fundando con esto una técnica que en casos apropiados ha llevado al éxito en un tiempo mucho más breve que la psicoanálisis pura. Uno de mis últimos pacientes que traté en Viena, el cual era abogado y que sufría de una grave neurosis de miedo y de forzamiento, la que le hacía imposible utilizar ferrocarriles, tranvías,

mucho menos viajar en avión o barco, me fué posible mejorarlo tanto en el transcurso de dos meses y medio, que no sólo hace viajes en ferrocarril sino que hasta ha soportado felizmente el viaje de Europa a New York.

La hipnosis puede poner en claro el sistema del preconscious pero no el sistema del inconsciente. Mientras que en la hipnosis sólo rara vez se alcanza el sistema del inconsciente, la fuente u origen real de la neurosis es en cambio la meta de la psicoanálisis. ¿Qué es pues la médula de la técnica psicoanalítica? FREUD llegó muy pronto a un nuevo punto de vista fundamental, al descubrimiento de la translación. Todas las fantasías liberadas se enredan alrededor de la persona del analista. El toma ahora el sitio de todas esas personas que antes tenían alguna significación para el paciente. Este pone todos sus sentimientos de amor en el analista; de esta manera se hace del solo recuerdo, un nuevo suceso. Los conflictos infantiles suceden de nuevo todavía una vez más con la persona del analítico como centro. Sólo por esto las interpretaciones se hacen convincentes para el analizado, pero vuelve a vivir ahora sus sucesos infantiles bajo el control de un ideal del Yo desarrollado y es capaz de ir por el camino exacto. El dominio metódico de la translación es el objeto principal y la principal dificultad de la psicoanálisis. Sólo con la ayuda de la translación se dominará la resistencia que opone la remoción cuando vuelve a surgir lo removido. Al principio la translación es positiva que aumenta poco a poco; sin embargo, muy a menudo, ya desde el principio existe una remoción fuertemente negativa junto a la positiva. Es muy importante reconocer y descubrir oportunamente la translación positiva y la negativa. Frecuentemente tenemos que encargar al analizado que debe contar también ocurrencias que se relacionan con el analítico, y aún con su familia. Se debe llegar en el transcurso de un análisis a capas cada vez más primitivas que también hacen su aparición en la translación. El análisis tiene el objeto de descubrir todo el desarrollo sexual infantil y explicar el papel de esas personas que tuvieron significación en el período de los 3 a 5 años de edad, sin olvidar en esto los conflictos actuales. Precisamente éstos fueron los que produjeron una regresión de la libido. En general el analítico se conserva pasivo, da sólo indicaciones, evita los consejos

y las medidas educativas. Una persona que ha sido curada por la psicoanálisis dice, al terminar su tratamiento, que se siente como vuelto a nacer. En esto me permito externar una observación personal, y es que en ciertos casos parece oportuno que el analítico tome medidas activas, pero sólo en el momento cuando ya se ha logrado una translación positiva. Forzamos a los neuróticos de miedo a las situaciones en que tienen miedo, forzamos a los impotentes a un intento para poner en movimiento el material removido.

Se comprenderá que una psicoanálisis no es una medida indiferente. Un tratamiento de 6 a 12 meses, en el que se analiza una hora diariamente (generalmente el médico se sienta detrás del paciente, que debe estar acostado), produce una profunda comprensión de la personalidad del enfermo; pues la psicoanálisis penetra más profundamente que cualquier otro método de tratamiento psíquico. Se pondrá entonces una indicación para el análisis cuando se intente una alteración fundamental del carácter, allí donde se quiere cambiar una perversión, donde se quiere llevar a un camino correcto una neurosis impuesta que había tomado una vía torcida. Se ve claramente que se necesita una gran cantidad de conocimientos y de saber para llevar a cabo un análisis. FREUD exige también que cada uno que analice, se haga analizar primero él mismo, para que sus propios complejos no le impidan hacer el trabajo analítico. Se preguntará: ¿Qué sucede pues con los deseos perversos, crueles e incestuosos que se presentan durante el análisis? No se puede dejar que éstos vivan su vida hasta agotarse sin causar los mayores daños a la sociedad; por tanto tienen que ser reprimidos otra vez. Pero entonces, ¿no vuelve la neurosis? Hay una posibilidad para que los deseos removidos se agoten en una forma que conviene más al ideal del Yo y a la sociedad. Con esto se ahorra el dolor también al enfermo. Este medio se llama sublimación. Las conmociones del instinto que fueron removidas, se las hace útiles al ideal del Yo y a la sociedad, re-presentando simbólicamente la sublimación, la meta del impulso cruel, perverso o incestuoso. Ya antes mencioné que el carnicero o quizá algún cirujano tienen instintos o impulsos de asesinato, el homosexual sublimiza en la comunidad social las perversiones; sin embargo, podemos asegurar que

las conquistas de la cultura se basan sobre tales conmociones del instinto que fueron sublimadas.

Se ha reprochado a la psicoanálisis que mecaniza la vida del alma. En efecto representa una idea causal de la vida del alma, pero con esto toma un contacto inmediato con la medicina del cuerpo, con la patopsicología y con esto se hace ciencia de la naturaleza.

En este trabajo me he limitado a esbozar brevemente las ideas fundamentales de la teoría de FREUD al hablar de la significación o importancia de su profunda investigación psicológica respecto al inconsciente y a sus conexiones con la formación de las enfermedades nerviosas.

Intencionalmente no me he referido al contenido de cada obra de FREUD en particular, sacados del material gigantesco de sus publicaciones. También me he abstenido de citar aquellas críticas que el mundo de la medicina hizo sobre su obra. Eso habría salido del marco de este trabajo. Me doy absoluta cuenta de que este trabajo no está completo. Sin embargo, creo que la exposición de las ideas fundamentales de la psicoanálisis como quise darlas en el esbozo que ofrezco a los compañeros, es decir, los médicos, contiene algo de valor y podría demostrar la inmortalidad de las ideas de FREUD.

## LABORATORIO MEDICO

DRES. R. GONZALEZ MARTINEZ, LAURO  
ORTEGA M. Y FERNANDO PAREDES

ANALISIS CLINICOS - METABOLISMO BASAL

San Juan de Letrán No. 11, Edificio Banco  
General. Desp. 603 y 604. — México, D. F.

# NOTAS SINTETICAS

Por el Dr. JUAN PEON DEL VALLE

## NUEVAS PUBLICACIONES

Con el principio del año, hemos recibido dos nuevas publicaciones editadas en México.

La primera es el "*Boletín del Hospital Oftalmológico de Nuestra Señora de la Luz*". La presentación del excelente boletín es modesta, pero correcta y discreta. Y no es eso lo que se destaca en la publicación, sino el contenido científico. La dirección está a cargo del eminente maestro y prestigiado Prof. Dr. Rafael Silva, y del distinguido oculista Dr. Antonio Torres Estrada.

La segunda es "*Analecta Médica*", órgano oficial del cuerpo médico del Sanatorio Español, lujosamente presentada.

## ASAMBLEA NACIONAL DE CIRUJANOS

La Cuarta Asamblea Nacional de Cirujanos tendrá verificativo en noviembre próximo en el Hospital Juárez, habiendo ya comenzado a circular la convocatoria que para tan importante reunión científica y social hace el comité organizador.

## NOVEDADES NEUROPSIQUIATRICAS

De los estudios publicados por *Miller* de Baltimore y del Dept. of Pathology of the John's Hopkins University, en "*Archives of Pat.*" Vol. 29, febrero 1940, resulta que en un 41 por ciento de los casos de miastenia gravis, se encuentra afectado o persistente el timo.

**Doctor Carlos Pavón A.**

Enfermedades Nerviosas y Mentales

Sagrado, 61. Tel. P-40-00

Mixcoac, D. F.

**Dr. Roberto F. Cejudo**

Transfusiones Sanguíneas

Bucareli, 85.

Teléfonos: 3-34-50 y L-43-74

**Dr. Teodoro Flores Covarrubias**

RADIOLOGIA, CLINICA Y ELECTRODIAGNOSTICO.

Génova No. 39.

Tels.: 4-20-62 y L-72-30

**Dr. José Torres Torija**

Avenida Madero No. 66.

Mex. J-11-33.

Eric. 2-45-48

**Dr. Guido Torres Martínez**

Rayos X. Terapia profunda.  
Electropirexia

Londres No. 13.

Teléfonos:

Eric.: 4-65-66 Mex.: L-72-68

LABORATORIO MEDICO

DEL DR.

**ALBERTO LEZAMA**

Regina No. 7.

Teléfonos: 2-60-02 y J-33-06.

*Rinya Kawamura*, del Instituto Kitasato, y *Ueda*, del Hospital Psiquiátrico de Tokio, proponen la piretoterapia de la parálisis general progresiva por medio de la enfermedad de *Tsutsugamushi*, producida por la trombicula *akamushi*; tiene muchas ventajas el procedimiento desde el punto de vista clínico y de orden práctico, pero todavía no puede ser interrumpida con algún método seguro, y esto es un gran inconveniente.

*Jentzer*, de Ginebra, hace un interesante estudio acerca de los tumores del tercer ventrículo (en *Schweizer Archiv fur Neur. und Psychiat*, Vol. 44-2), clasificándolos en anteriores formados a expensas del tracto hipofisiario (bolsa de Rathke), medianos derivados del epéndimo (ependimomas) y posteriores desarrollados en la glándula pineal, en los tubérculos cuadrigéminos y al nivel del acueducto de Silvio; manifiesta que pueden formarse astrocitomas, gliomas, espongioblastomas, astroblastomas, meningiomas calcificados, tumores mixtos. La diferenciación debe hacerse con los tumores subtentoriales de la base y de los paraventriculares. Insiste en la escasa sintomatología y en la necesidad de los medios de diagnóstico de gabinete.

## EDUCACION SEXUAL

Sobre los alcances eugenésicos de la educación sexual presenta un trabajo el doctor Luis A. Chávez Velando, en "La Crónica Médica" de Lima, Perú. Reproduce las palabras de Mary Wood Allen: "Si el instructor de estas cuestiones sexuales experimenta cierto embarazo para responder a las preguntas del niño, no es apto para esa misión; porque ese embarazo y turbación se comunica rápidamente al niño, el cual experimenta a buen seguro un sentimiento de pudor ofendido, de delicadeza hollada, innecesario e improcedente. La pureza en los propios pensamientos de uno es el primer elemento para enseñar la pureza". Resume el autor: 1o.—La educación sexual del niño debe iniciarse en los primeros albores de su inteligencia. 2o.—El primer maestro irremplazable de esta iniciación en el origen de la vida, es la madre; pero mientras no haya madres libres de prejuicios y preparadas para esta enseñanza, es a la Escuela a la que corres-

ponde dar el primer paso. 3o.—La educación sexual debe formar parte de la enseñanza primaria y secundaria, completándola en los estudios superiores universitarios. 4o.—El médico es el llamado, por su especial competencia el ascendiente que su autoridad científica ejerce sobre niños y jóvenes, a ser el maestro de esta materia en las escuelas, colegios y universidades. 5o.—Para organizar la educación sexual, se debe provocar un concurso que permita seleccionar el mejor programa y libro de enseñanza. 6o.—Factor esencial para asegurar el éxito de la educación sexual en la Escuela, es continuar la propaganda ilustrativa del público, y muy en especial de los padres de familia llamados a ser los colaboradores indispensables de los maestros. Insiste el autor en que el concepto falso de función-mancha sea substituído por el concepto que hace de la función reproductora la más noble y elevada de todas las funciones vitales. Otros autores participan de estos puntos de vista, pero incluyen entre las personas más aptas y convenientes para la instrucción (y aun educación sexual) a los peritos en moral, por ejemplo sacerdotes y religiosas.

## ATROFIA DE PICK Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Conclusiones del trabajo publicado por el Dr. Teodoro Fracassi en la "Revista Argentina de Neurología y Psiquiatría", tomo IV, Nos. 1 y 2:

El diagnóstico de la atrofia de Pick y de la enfermedad de Alzheimer puede hacerse en vida del enfermo no sólo por los síntomas clínicos sino también por la encefalografía.

La fisiopatología de los trastornos motores, psíquicos y de la afasia-apraxia-agnosia, puede explicarse por una desintegración funcional de los lóbulos frontales y parieto-temporales que son los últimos aparecidos en la escala zoológica y que en el hombre existen en el más alto grado de desarrollo. Esta desintegración funcional puede seguirse paso a paso en los enfermos a medida que avanza la atrofia de la corteza en los mismos.

Los trastornos de tipo extrapiramidal deben atribuirse

a las lesiones frontales donde se originan las vías córtico-estriadas y no a los cuerpos estriados propiamente dichos. La existencia de signos que denuncian la participación del área psico-motora donde se registran los esquemas motores y cuya lesión genera la apraxia, y los signos de lesión pre-frontal que se traducen por trastornos psíquicos, apatía, abulia, acinesia espontánea, trastornos de la inhibición que hace que se produzcan actos iterativos, desórdenes de la memoria, de la inteligencia, de la orientación espacial, de la afectividad, liberación de actividades instintivas, etc., así como las diversas alteraciones afásicas, indican que son los lóbulos frontales y los temporales los más afectados en ambos padecimientos.

La ventriculomegalia con acumulación de aire en la corteza del mismo lado es el cuadro radiográfico característico.

## PARALISIS FACIAL Y TETANOS

En la patogenia de la parálisis facial se han dado diversas teorías. Se tiende actualmente a creer en la acción de la toxina tetánica sobre los centros bulbares del séptimo par. En apoyo de esta tesis se presentaron varios casos en la segunda reunión de las jornadas neuro-psiquiátricas panamericanas.

## INAUGURACION

Probablemente al entrar en prensa este número de la Revista, se verifique la inauguración de un nuevo Pabellón, para hombres, de la Clínica Neuro-psiquiátrica "Dr. Samuel Ramírez Moreno". A reserva de publicar una información detallada y gráfica en nuestro próximo número, podemos adelantar la noticia de que se trata de uno más de la serie de Pabellones que constituyen la institución, aunando la belleza sobria y moderna con el acondicionamiento científico más adecuado.

# Clínica Neuropsiquiátrica "Dr. Samuel Ramírez Moreno"

DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA

Génova Núm. 39

México, D. F.

Teléfonos: L-72-30 y 14-20-62



DIAGNOSTICOS CLINICOS, ESTUDIOS DE GABINETE  
Y LABORATORIO, TRATAMIENTOS ESPECIALES

*Director: Dr. Samuel Ramírez Moreno.*

*Exámenes psiquiátricos: Dr. Juan Peón del Valle.*

*Exámenes neurológicos: Dr. Carlos Pavón Abreu.*

*Neurocirugía: Dr. Conrado Zuckermann.*

*Clínica interna: Dr. Roberto Llamas.*

*Laboratorio médico: Dr. Alberto Lezama.*

*Radiodiagnóstico, electrodiagnóstico y fisioterapia: Dr. Teodoro Flores Covarrubias.*

*Electropirexia: Dr. Guido Torres Martínez.*

*Neuroendocrinología: Dr. Enrique Calvo Badía.*

*Hematología y transfusiones: Dr. Roberto Cejudo.*

*Oftalmología: Dr. Luis Sánchez Bulnes.*

*Odontología: Dr. Jorge Torres M.*

*Masoterapia: Prof. Heliodoro Maldonado.*