

PSICOGENESIS DE LOS TRASTORNOS SEXUALES MASCULINOS (*)

J. SIMARRO PUIG

Jefe del Servicio de Neurología en el Instituto Neurológico Municipal e Inspector de Servicios de Psiquiatría de la Diputación Provincial de Barcelona.

Entre los problemas apasionantes que con frecuencia se plantean al médico y que desde tiempos antiguos originan discusiones todavía de ninguna manera terminadas, se encuentran los derivados de alteraciones de la sexualidad. Repetidamente estas alteraciones, tanto en sentido de "enfermo" como en el de "enfermedad" o disturbio, originan cuestiones de "frontera", en que, al intentar el estudio de las mismas, con vistas a su normalización, se entabla la discusión en lo etiopatogénico y en lo fisio y psicopatológico, base de lo terapéutico, sobre la participación y causalidad residente en el soma y en el psiquismo; vemos cómo se suceden, alternan y discuten, intrincándose, las ideas en sentido de atribución a sistemas nervioso (de la vida de relación y neurovegetativo) y endocrino-hormonal, psiquismo, e incluso diferentes aparatos y sistemas. Indudablemente influyen en ello los diferentes avances de la medicina y de la investigación en diversas ramas de ésta, como influyen las tendencias de personas y escuelas; y posiblemente no deja de influir el confusiónismo existente en los conceptos, no siempre claros ni bien definidos o establecidos, sobre la sexualidad y sus problemas.

Siempre ha constituido motivo de estudio esta materia, y, después de haber considerado estos problemas bajo diferentes puntos de vista, en los años en que he intentado su análisis paralelamente a mis estudios en los campos de la Medicina interna y la Fisiopatología, de la Endocrinología, de la Neurología y de la Psiquiatría, me parece muy interesante intentar un estudio de conjunto de ellos, circunscribiéndolo a los trastornos sexuales masculinos y particularmente a la psicogenia de los mismos. En realidad aprovechando la ocasión que me brinda la intervención en el primer curso de Clínica y Psicoterapia de las Neurosis, organizado por el Profesor SARRÓ en la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona.

Al intentar la profundización de estos problemas, analizándolos, tiene que "verse" claramente que en lo sexual, tanto normal como patológico, hay que distinguir entre lo que se refiere a instinto sexual, tendencia, impulso y actos. El sexo como tal está prefijado congénita y constitucionalmente; pero caben variaciones,

alteraciones y cambios en muchas características sexuales.

Subrayando nuevamente, y ya para no advertirlo más, que me refiero sólo a la psicogénesis y a los trastornos sexuales masculinos, tengo que completar esta advertencia preliminar insistiendo y subrayando la disparidad y discusión no terminada entre partidarios de distintas tendencias y escuelas que defienden la causalidad predominantemente somática (diversos aparatos y sistemas), endocrina-hormonal, neurológica y psíquica. Naturalmente, circunscribiendo mi estudio a lo concretado más arriba, omitiré o pasaré como sobre ascuas por lo no directamente ligado a la Psiquiatría, sin que ello quiera significar que deje de aceptar la intervención de estos y otros factores (caracteres sexuales, etc.). Tanto más, cuanto que, al iniciarse un cierto acuerdo en los últimos años sobre la influencia de la constitución, y siendo así que la constitución abarca todo, ya presupongo y reconozco sin regateos la existencia de diversas influencias además de las psicógenas. Y tanto más, asimismo, que cada día es más generalmente (para no decir unánimemente) aceptada la noción de plurifactorialidad en toda la Patología. Especialmente intento proceder a una ordenación y valoración de lo psicógeno, sin tratar de eliminar, negar ni hipovalorar otros factores neurológicos, endocrino-hormonales ni más somáticos. En mi monografía recientemente aparecida sobre la causalidad somática en Psiquiatría, he insistido repetidamente en la psicogenia, estudiando la influencia e intervención somática, y en este momento, para una materia más concretada y limitada, tengo que hacer la misma salvedad en sentido de estudio de intervención de la psicogenia sin negación ni hipovaloración de lo somático. No podemos olvidar, so pena de incurrir en errores de bulto, ni la plurifactorialidad ni la constitucionalidad, e incluso para esta intervención de la constitución, la idea de que esta "constitución" tiene que ser considerada no sólo global y vagamente (decir constitucional en lo etiopatogénico no dice nunca bastante), sino más profunda, concreta, analítica y completamente, estableciendo la intervención constitucional en el todo y las partes, en lo dinámico, morfológico y estático, en lo lesional y lo funcional y en otros sentidos y aspectos.

Y precisamente lo mismo hay que observar para los trastornos sexuales y para la psicogenia en éstos, debiendo por lo menos, y sin pretensión de conseguir un estudio exhaustivo, distinguir entre los diversos aspectos y tipos de alteraciones sexuales, y, por otro lado, entre las diferentes intervenciones y modalidades y aspectos de la psicogenia que, por lo menos puede ser para muchos disturbios causa y eslabón del engranaje fisio y psicopatológico, como puede ser predisponente, determinante, coadyuvante, reveladora, agravante.

(*) Conferencia pronunciada en el curso de "Clínica y Psicoterapia de las Neurosis" en el Seminario de Psicoterapia de la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona. Profesor: Dr. R. SARRÓ BURBANO, el día 3 de abril de 1951.

etcétera, como los disturbios mentales pueden ser consecutivos a lo somático, psicogénicamente. Concretamente, hay que determinar para cada tipo de trastorno como para cada paciente el papel de la psicogenia y su valor, como su importancia y sentido, y sus combinaciones con otros factores.

Y como final de estas consideraciones generales, tengo que referirme a lo que pudiéramos llamar los límites de lo sexual: si tuviéramos que aceptar el concepto psicoanalista freudiano, tal como lo expresa MARIE BONAPARTE, de que "sexual es todo lo que, sin serlo, tiende a la busca en sí de un placer nervioso", nos llevaría, como dice GUIRAUD, a una confusión con la hedonidad basada en la busca del placer por la sola excitación de zonas cutáneas o mucosas sensitivas, sin presencia del objeto fisiológico normal, en cuyo caso, como ya ha tenido que comprenderse en los últimos años, lo sexual abarcaría toda la esfera de lo placentero; naturalmente, yo tengo que circunscribir lo sexual, basándolo en la presencia del objeto fisiológico normal o a la intervención de órganos sexuales en lo patológico en casos en que existen ciertas desviaciones.

* * *

Si consideramos el instinto sexual "aisladamente", haciendo (o intentando hacerlo) en lo posible abstracción de la tendencia, impulso, acto, potencia, etc., y tenemos en cuenta que lo instintivo va en principio ligado a la constitución, poco menos que innato, aunque modificable e influenciado por la educación y ambiente y por factores psíquicos, se comprende lógicamente que la psicogenia se manifiesta en diversas manifestaciones del instinto sexual. Y que lo haga en todo el curso de la vida, desde los primeros años, y sin dejar los últimos de ella. Y se comprende también que no sólo sean los factores psicógenos ligados a vivencias génito-sexuales los influyentes, sino también otros que actúan más o menos intensamente sobre la afectividad y estado de ánimo, generando disgusto, resentimiento (individual, colectivo, concreto o inconcretado), conflictos, etc., aunque determinando éstos preferentemente trastornos más "somáticos" (neuróticos), y otros, más bien ambientales, de educación, de costumbres, referidos predominantemente a la tendencia e impulso. Ello, en general, de manera no absoluta, y combinadamente con factores constitucionales, raciales, etc.

La psicogenia actuará igualmente en la sensibilización del sistema nervioso, de lo que podríamos llamar los efectores, y mecanismos interviniendo en los actos sexuales, en lo normal y lo patológico; y, aunque la sensibilidad de efectores está determinada constitucionalmente, depende asimismo de factores metabólicos, endocrinos, hormonales, circulatorios, etc., y como parte no despreciable de la calidad y cantidad de excitante que puede ser natural o

anormal: ciertas aberraciones pueden ser constitucionales, pero en ocasiones son producto de costumbres, de educación, del ambiente, o influidas en parte por éstos.

Es así como vemos la acción de estas circunstancias en hiper e hiposexualidades, en frigideces, en que hay que buscar al lado de influencias endocrinas (hipofisarias, tiroideas, gonadales, etc.), y de constituciones psicopáticas, ciertas influencias de educación, de ambiente, de conflictos (en infancia, en adolescencia, en edad adulta), de resentimientos, de represiones, con estados de angustia y de ansiedad consecutivos e intermediarios; y, naturalmente, ello lleva a la distinción entre las frigideces verdaderas, constitucionales, y las secundarias, reactivas con una psicogenia que puede ser ciertamente establecida.

Asimismo podemos aceptar otro tanto para los disturbios del impulso sexual en que juegan lo innato, el freno, la educación, ambiente, etc.

Para el sadismo y el masoquismo, las tendencias modernas se dirigen predominantemente a la desviación de los instintos, con la combinación del instinto de muerte y la lucha y colaboración entre instinto de libido y el de muerte (GUIRAUD) y proyección del instinto de muerte en forma de instinto de odio y de violencia, con proyección hacia el exterior (sadismo) o hacia el interior (masoquismo) y con intervención también de instintos de agresión, de dominio y de potencia; con lucha de instintos al fin y al cabo; y con aspectos e intervenciones no exclusivamente sexuales (MASSERMAN, GUIRAUD); teorías discutidas y al fin y al cabo teorías, pero en que juegan por encima de todo la constitucionalidad, y secundariamente la psicogenia; aunque no es negable que la psicogenia es capaz de originar estos estados de perturbación, y mejor, de despertarlos, revelarlos, exacerbarlos o al contrario, enmascararlos, suavizarlos, etc., como juegan un papel en la combinación de estas y otras desviaciones con toxicomanías. No tengo experiencia de estos trastornos, ni los he estudiado objetivamente sobre el paciente, y mi idea es la de que la psicogenia puede intervenir de modo importante y principalmente por resentimientos, traumas, educación y ambiente, aunque sin olvidar la constitución psicopática basal.

Respecto a la masturbación, tan frecuente en el período de la vida del despertar de la sexualidad, en forma de genitalidad, sin suficiente dominio de los impulsos, con falta de freno y en período de narcisismo, de sensualidad exacerbada, no todavía bien orientada, y sin entrar en su aspecto moral y religioso (coincidentes) y sí sólo en el de la psicogenia, es general la convicción de que con cierta frecuencia y sobre todo en predispuestos, así como en ambientes actuando en el mismo sentido, la intensa carga vivencial de angustia y de temor (material y moral) que la acompaña principalmente en individuos caracterially predispuestos, y asimismo en ambientally dispuestos, actúa

psicógenamente motivando ulteriores trastornos neuróticos de diversos tipos e intensidades. Y es asimismo claro que psicógenamente (religión, moral, educación, voluntad, ambiente, etcétera) se puede favorecer, dificultar, moderar, controlar. Y sin olvidar ese estado de tendencia sexual no bien marcada, que según algunos autores constituye el estado de intersexualidad o bisexualidad de los adolescentes, y que no tengo que discutir en esta ocasión.

Es muy interesante lo que se refiere a la homosexualidad, alteración preferentemente de la tendencia sexual; tampoco tengo una gran experiencia de la misma, o muy escasa, dado que únicamente la he observado en pocos pacientes, y éstos han sido siempre afectos de psicopatías graves, o de esquizofrenias, y tengo que referirme, sobre todo, a los datos de autores que la han estudiado con material suficiente:

WESTPHAL, en 1870, negaba que el homosexualismo fuese vicio ni locura, y sugería que fuese más bien congénito que adquirido; KRAFT-EBING (1893) reconocía los casos congénitos y adquiridos, y para estos últimos defendía una predisposición consistente en una homosexualidad latente, o, a lo menos, bisexualidad, que, para su manifestación requiere la influencia de causas excitantes accidentales; sin embargo, clasificaba los homosexuales con los psicópatas o con los psiconeuróticos. Las teorías de FREUD del desarrollo psicosexual y de la bisexualidad han sido muy discutidas, y reconociendo el defecto constitucional, visa principalmente al subconsciente (CAMPBELL). ADLER, como BLEULER, consideran también al homosexualismo como constitucional, y como una neurosis. HIRSCHFELD (1914) tiene al homosexual como individuo normal en todos los aspectos, excepto en su "dirección" sexual; DIEFFENDORF, como un degenerado constitucional, congénitamente psicópata, y NOYES (1931) también como un "psicópata sexual"; HAVELOCK ELLIS, como normal en todos los aspectos, menos en su aberración; NEUSTADT y MYERSON, reflejando la confusión existente, lo consideran también como personalmente psicópata, que, además puede ser neurótico o psicótico. WILSON y PESCOR, habiendo podido estudiar homosexuales prisioneros, señalan la influencia hormonal predisponente; pero estableciendo la gran influencia de condiciones ambientales viciosas en la infancia, temprana juventud e incluso posteriormente, a través de deliberadas y voluntarias sumisiones a peticiones e instancias de los ya confirmados en la práctica; describen el tipo del prostituto masculino, frecuentemente experimentando escaso o nulo placer sexual, y asimismo siendo con frecuencia un débil mental; comentando estos hallazgos, CAMPBELL observa que el tipo del homosexual agresivo es reclutado entre los francamente psicópatas, y no es siempre un invertido "biológico". GREEN y JOHNSON, estudiando también prisioneros, observan tipos de psicópatas delincuentes,

cuyo desarreglo es en parte homosexual, y muchos de los cuales no experimentan el menor deseo de cambiar sus aficiones. Hay que reconocer que el material estudiado por WILSON y PESCOR, y por GREEN y JOHNSON es formado exclusivamente por presos, naturalmente delincuentes, y entre los que los psicópatas son muy numerosos, para no decir predominantes, lo que supone una minoría de homosexuales estudiados sólo como tales y sin más particularidades. Es así como GREENSPAN y CAMPBELL critican las conclusiones de GREEN y JOHNSON, y después de haber examinado detenidamente las fichas de estos autores, aseguran que los verdaderos invertidos no pueden ser clasificados como psicópatas. CAMPBELL ha estudiado militares homosexuales, y además de un análisis detenido de su personalidad (que no resulta ciertamente normal con arreglo a las normas generalmente admitidas, ni resulta tampoco ser una personalidad típicamente masculina), tiende a la creencia y a la afirmación de que la inversión, que diferencia de la perversión sexual, es una desviación biológica, involuntaria, de lo normal, una anomalía biológica acompañada de ciertas características de la personalidad, que no es resultado de un ambiente desfavorable ni de un complejo de EDIPO persistente. Sin embargo, el mismo CAMPBELL reconoce que incluso el llamado heterosexual, en ciertas circunstancias (embriaguez, prisión, vida militar) es susceptible de exhibir tendencias homosexuales, que, en cuanto cesan las condiciones favorecedoras, cambia, volviendo al heterosexualismo; se une en cierto modo a las ideas de bisexualidad, que considera existente en grado variable de un individuo a otro; y acepta los hallazgos de autores como NEUSTADT y MYERSON, y GLASS, DEUEL y WRYGHT, quienes hallan una inversión de la relación normal entre andrógenos y estrógenos.

Sin entrar en la discusión de estos hallazgos, que sin embargo acepto, aunque sin exageraciones, y tendiendo a una explicación de ninguna manera exclusivista, es mi creencia, por lo expuesto y lo estudiado personalmente (individual y colectivamente), que las observaciones de los diferentes autores comentados vienen a completarse y reunidas permiten dibujar lo que parcialmente esquematizan la mayoría de ellos. Y que es seguro que la psicogenia es bien patente, por lo menos en una cierta proporción de observaciones, influyendo en mayor o menor grado y de manera más o menos ostensible y marcada en unos y otros casos. A este respecto puedo recordar una contestación gráfica de algunos marroquíes procedentes de ciertas tribus en que el homosexualismo es corriente, quienes al ser preguntados contestaban con verdadera naturalidad, que "cuando sopla con fuerza el viento del desierto y viene cargado de arena, nadie se escapa de ser ensuciado por el polvo y la arena". Es innecesario insistir más en la forma y cuantía en que psicógenamente se puede influir en el homosexualismo,

y tampoco es necesario subrayar más la advertencia contra las exageraciones en uno y otro sentido. Como no es inútil advertir contra otras exageraciones atribuyendo una significación causal a trastornos psíquicos diversos que pueden ser reactivos a la vivencia del propio homosexualismo y de la manera como lo considera la Sociedad.

Considero que si el homosexualismo es de un gran interés en sentido principalmente social, nos interesa, o mejor expresado, me interesa más en sentido médico la impotencia sexual masculina (refiriéndome exclusivamente a la impotencia *coeundi*, no a la *generandi*, que si bien entra hasta cierto punto en la categoría de trastorno sexual, lo es más bien en el campo de la Endocrinología, de la Biología, de la Obstetricia y de la Ginecología, que en el de la Psiquiatría). La impotencia se refiere ya no a una alteración, desviación ni inversión del instinto o de la tendencia sexual, sino del acto, de la potencia, que puede incluso coincidir, y de hecho en los casos más graves coincide con un impulso sexual no sólo conservado sino hasta exacerbado. Y con la impotencia sexual masculina podemos considerar diversas alteraciones del acto sexual, no raramente relacionadas, mezcladas, alternando (irregularmente, como es natural) con impotencias no siempre completas, como son las *ejaculatio praecox*, con o sin erección incompleta.

Para estas impotencias se han defendido tenazmente diversas ideas, principalmente endocrinas, neurológicas y psiquiátricas; aparte, como es natural, de las impotencias lesionales, principalmente neurológicas (tabes, etc.), de las metabólicas (diabetes, etc.) y de otras por causas generales, viscerales, locales, etc. No tengo que ocuparme de la discusión entre las diversas escuelas ni negar de ninguna manera las etiológicas endocrinas (hipofisarias, gonadales, suprarrenales, tiroideas, etc.), y si sólo estudiar la psicogenia, que dicho sea de paso, creo que generalmente se combina con otras causas o factores, principalmente constitucionales.

Y aparte de las costumbres viciosas (masturbación, *coitus interruptus*, etc.), generadoras de reflejos condicionados, así como generadoras de angustia y vivencias anormales, sobre las que se puede recordar que, igual que las funciones automáticas, cuando se hacen conscientes, se perturban, las funciones inconscientes o irreflexivas, cuando se hacen conscientes (o, para el caso, demasiado conscientes) pierden en su perfección y en su normalidad; más aún cuando sobreviene el primer fallo, que puede ser fortuito o por motivos no puramente psicógenos, la vivencia de desintegración (por lo menos de la función) es generadora de intensa angustia, lo que ya constituye una psicogenia ostensible.

Como las "desilusiones", a propósito de las que se puede recordar la frase de aquella señora que hablaba de los momentos u ocasiones en que "veía a su marido en el traje de la

desilusión", sin recordar o sin parar mientes en que su marido también podía verla a ella en el mismo traje (en sentidos corporal y espiritual, sentimental). Lo que tiene que aplicarse a tantos otros casos similares.

Estas "desilusiones" y desengaños, tantas veces motivados por la vista, la audición o el pensamiento o recuerdo de sensaciones o circunstancias no agradables, no placenteras, o inesperadas, que recuerdan la idea de que el hombre es más sensible o susceptible a la vista para lo sexual, como la mujer es frecuentemente más susceptible al oído para las influencias amorosas, pero uno y otra lo son a lo sentimental, constituyen una buena parte de la factorialidad de impotencias a veces generadoras de problemas terapéuticos muy arduos, y más aún resbaladizos y delicados legal, sexual, sentimental, social y moralmente, de los que no tengo que ocuparme en esta ocasión.

Generalmente estas impotencias son como resume muy bien ROF CARBALLO, por temores injustificados que derivan de haberse frustrado las primeras experiencias sexuales, realizadas en medio de una gran emoción o ansiedad; naturalmente, en personas predispuestas, generalmente pusilánimes, de "tono bajo", apocadas, emotivas, impresionables, excitables, preocupables, y pudiendo ocasionar depresiones reactivas con todas sus consecuencias; la manera de ser y de reaccionar la mujer influye en general grandemente. Las causas profundas de la impotencia, similares a las de la frigidez femenina, pueden resumirse en el temor subconsciente al castigo, a la reprobación o a desgracias, la hostilidad hacia el sexo opuesto y los conflictos afectivos. En el primer grupo (temor subconsciente) tenemos (ENGLISH y PEARSON) el miedo a la crítica, al ridículo, el temor subconsciente (infancia) a castigos y menoscabos, corporales y morales, por otras personas (ambiente familiar, etc.); entre los hechos y circunstancias comprendidos en el grupo de las hostilidades hacia el sexo "opuesto", puede haber resentimiento global hacia todas las personas del sexo femenino, con deseo inconsciente de hacerles daño, envidia de la mujer y de su papel en la vida; los conflictos afectivos pueden ser muy diversos, generalmente sexuales, y entre los que cuentan el amor subconsciente a otra mujer, o una homosexualidad latente, como un narcisismo marcado, circunstancias que aducen los psicoanalistas como causas nada raras de impotencia.

Siempre, en unos y otros casos, el papel de la angustia y de la ansiedad es muy importante; hay que reconocérselo asimismo a la excesiva conciencia del acto, como, creo yo, también a la sensación de desintegración de funcionamientos y funcionalismos y a la excesiva conciencia de funcionalismos que normalmente deben ser más sensibles que conscientes. Recordemos que, como expresa LÓPEZ IBOR, y puede aplicarse a algunos fallos iniciales, y más aún a la repetición y cronicidad de diversos

trastornos, la destrucción de la coherencia de funciones produce siempre un acceso de angustia, porque la incoherencia resultante no sólo se produce internamente, es decir, entre las mismas funciones, sino que rompe la solidaridad, por así decirlo, del sujeto con su mundo circundante; lo que debe aplicarse igualmente para lo neurológico (neurovegetativo), para lo psíquico, y en especial para lo mixto, neuropsíquico, en que la incoherencia sería asimismo mixta, pudiendo partir el "chispazo" inicial de un lado u otro, y generalmente (poco menos que siempre) con plurifactorialidad, participación mixta y compleja, disposiciones y factores desencadenantes, entre los que los psicógenos son importantísimos.

Y, en especial, al tratar de la psicogenia de los últimos trastornos sexuales estudiados, los del acto sexual, esencialmente más "somático", hemos tenido que entrar de lleno en el terreno de las neurosis y de lo psicósomático. Tampoco es mi intención delimitar ni discutir sobre "cuantías" y sobre valoraciones; considero aceptada universalmente la influencia decisiva del psiquismo sobre lo somático, como la del soma sobre lo psíquico. Y no es ésta la ocasión de discutir la preponderancia de una y otra influencia. Pero sí que me ha parecido interesante terminar mi estudio intentando añadir algunas reflexiones tendentes a señalar un camino conducente a la investigación y establecimiento de los mecanismos de estas conexiones; camino que ciertas investigaciones modernas permiten no ya entrever, sino señalar con verdadera confianza:

Se trata de ciertas investigaciones electroencefalográficas, particularmente de GRINKER y SEROTA, completadas por otras de HOAGLAND, CAMERON, RUBIN y TEGELBERG, que permiten comprender cómo las dos vertientes psíquica y somática se influyen mutuamente, y en particular cómo los conflictos psíquicos, la angustia, determinan manifestaciones neurológicas que a su vez ponen en marcha otras más somáticas, que en nuestro caso serán los disturbios sexuales y genitales. Punto interesantísimo para la Patología psicósomática en general, y para las neurosis particularmente punto básico, que como en Patología general y en Psicopatología tiende a investigar la Génesis, la Patogenia, la Psicofisiología normal y patológica de las conexiones entre psiquismo y soma.

GRINKER y SEROTA (citados por ROF CARBALLO en su obra sobre Patología psicósomática) obtienen en el hombre una "derivación hipotalámica", y mediante ésta observan que, pasando una corriente farádica en ciertas condiciones, produce dolor en la faringe, dilatación pupilar, sudoración, aumento de la presión arterial, que en ocasiones dura varios días; con una corriente más intensa se producen calambres musculares, que atribuyen a la difusión de la excita-

ción a los pedúnculos y el mesencéfalo; a veces ansiedad acompañada de gritos y expresión de terror durante algunos minutos; y, cosa que considero muy interesante para la aplicación en parte de la patogenia en Psiquiatría; algunos enfermos refieren haber visto pasar en algunos minutos toda su vida ante sus ojos como en las experiencias de los ahogados. Y es más interesante la observación electroencefalográfica, sola y combinada con la excitación farádica: el estímulo farádico a través del electrodo faríngeo determina en las derivaciones corticales ondas gigantes de 100 a 120 microvoltios, lo que según GRINKER y SEROTA confirmaría la acción del hipotálamo sobre la corteza; sugiriendo a uno de los enfermos que la masturbación le había ocasionado un daño irreparable, se vió que, en ambos electroencefalogramas, el hipotalámico y el cortical, aparecían irregularidades y en parte trazados sincrónicos, con ondas gigantes, ondas en meseta y en cúpula, etc., muy parecidas a las ocasionadas por el estímulo farádico a través del electrodo faríngeo; concluyendo de estos hallazgos que, tanto el estímulo eléctrico como el emotivo del hipotálamo repercuten sobre la corteza revelando un cierto gobierno o regulación de ésta desde aquél, como se observa cuando en la vida corriente la actividad intelectual es anulada por una emoción intensa: por el trauma psíquico; la confirmación de HOAGLAND, CAMERON, RUBIN y TEGELBERG es asimismo muy interesante, consiguiendo al suscitar emociones en sujetos previamente seleccionados, la sustitución del ritmo alfa por ondas delta de relativa frecuencia; y el aumento de proporción de ondas delta con los estados emocionales, de tal manera que el índice delta acusa más finamente que el pulso la situación emotiva. Y para nuestro objeto, en este momento tiene menor importancia la discusión suscitada por otros autores sobre si el electrodo faríngeo puede excitar el hipotálamo o bien otras formaciones vecinas, dado que lo que nos interesa es la repercusión de los estados emocionales sobre la actividad cerebral, cosa que demuestran estos hallazgos de manera palmaria. Y ello muestra una vía de la influencia del psiquismo sobre el sistema nervioso, y un mecanismo de la psicogenia, y de la transformación de lo emotivo en somático.

Otro tipo y conjunto de experiencias, éstas fisiológicas, viene a mostrarnos mecanismos indudablemente de gran interés en la misma transformación psicósomática: se trata de experiencias en que se demuestra que diferentes estímulos en las mismas regiones y puntos corticales, e incluso estímulos de la misma clase pero de intensidad diferente (eléctricos) originan respuestas distintas no sólo en lo que podríamos llamar en cantidad sino en calidad: cambios de estímulo motor y sensación indiferente por sensaciones francamente dolorosas y cualitativamente diferentes por completo. Lo que unido a los hallazgos anteriormente co-

mentados, muestran asimismo la gran probabilidad de explicar cómo estímulos emocionales diferentes, y vivencias más o menos fuertemente cargadas de angustia, puedan originar cambios cerebrales totalmente distintos, que a su vez es natural que repercutan sobre el funcionalismo somático, a través de su difusión en el organismo y los funcionalismos diversos de éste, neurológicos, endocrinos, metabólicos, etcétera. Y viceversa cuando la corriente se hace de soma a psiquismo, o cuando se establecen circuitos anormales, círculos viciosos y reflejos condicionados que desorganizan, perturban o sencillamente cambian los funcionalismos orgánicos, y en nuestro caso los sexuales.

Se podrá discutir las "localizaciones", y tantos detalles que para nuestro caso tienen menos importancia que lo expuesto (aunque no dejan de tenerla y muy grande en tantos otros aspectos); pero la importante significación de hechos de esta índole, permitiendo considerar un panorama interesantísimo para la corroboración y mejor comprensión de los mecanismos de la ligazón psicosomática es indiscutible. Na-

turalmente, ello no quiere significar que para lo sexual, como para tantas y tantas neurosis, tengamos que defender doctrinas exclusivistas, sino que continuamos defendiendo la plurifactorialidad, en combinación con tantos otros factores, constitucionales, ambientales, psicógenos y otros.

SUMMARY

The importance of the psychogenesis of sexual disturbances in man is thoroughly examined from a psychiatric point of view.

ZUSAMMENFASSUNG

Vom psychiatrischen Standpunkte aus wird die wichtige Bedeutung der Psychogenese bei den männlichen Sexualstörungen besprochen.

RÉSUMÉ

On discute largement, au point de vue psychiatrique, l'importance de la psychogénèse des troubles sexuels masculins.

NOTAS CLINICAS

COMENTARIOS A UN CASO DE URETEROCELE

L. CIFUENTES DELATTE y D. CENTENERA FONDÓN.

Clínica Médica del Profesor JIMÉNEZ DÍAZ (Hospital Provincial de Madrid). Servicio de Urología del Hospital de la Princesa (Jefe: Doctor L. CIFUENTES DELATTE).

La observación reciente de un caso de ureteroceles en nuestros Servicios nos ha animado a su publicación por el interés que este proceso puede tener en el diagnóstico diferencial con otros procesos renales, sobre todo con la litiasis.

La enferma R. R. M., de veintidós años, cuenta que desde hace dos años, y habiendo estado bien hasta entonces, viene teniendo dolores en la región lumbar izquierda con irradiación hacia los genitales externos. Este dolor es casi continuo, aunque no siempre es intenso, agudizándose de vez en cuando en forma de un cólico nefrítico, que llega a durarle de una a dos horas. Cuando el dolor se agudiza cree que tiene fiebre.

En la exploración clínica no se encuentra nada anormal en tórax ni abdomen. Solamente se aprecia un dolor electivo a la presión en la fosa renal izquierda y dolor ligero en la fosa iliaca del mismo lado. No se palpa el riñón izquierdo.

En el hemograma: 4,4 millones de hematíes; hemoglobina, 87 por 100; V. G., 0,98; V. de S.: a la hora 12, a las dos horas, 24; índice, 12; leucocitos, 8.000 por mm³. Fórmula: Neutrófilos adultos, 57; en cayado, 4; linfocitos, 33; monocitos, 6.

Análisis de orina: Densidad, 1,026; indicios de albúmina: no glucosa. En el sedimento, ligera piuria (15 leucocitos por campo); escasos hematíes (3 por campo); algunas células epiteliales pavimentosas.

Un examen ginecológico (Clínica del profesor G. ORCOYEN) no revela nada anormal.

Con el diagnóstico previo de probable litiasis renal izquierda, acaso con hidronefrosis consecutiva, es trasladada a la Clínica de Urología del Hospital de la Princesa, donde ingresa en el mes de junio de 1949.

Allí se vuelve a comprobar ligera piuria con abundantes gérmenes de tipo colibacilar. Una radiografía simple de ambos riñones no revela nada anormal. En la urografía intravenosa se observa buena función renal en ambos lados, con imágenes normales de ambas pelvis y cálices, sin signos de hidronefrosis. Solamente se aprecia una dilatación de la porción terminal intravesical del uréter izquierdo, que adopta un aspecto quístico, y lo mismo, aunque en mucho menor grado, en la porción correspondiente del uréter derecho (fig. 1). En una radiografía hecha poco después (fig. 2) se aprecia que, mientras el uréter derecho está vacío y la vejiga se ha llenado de medio de contraste, el uréter izquierdo no se ha vaciado y su dilatación terminal quística aparece más grande.

Ya con la evidencia radiológica de un ureteroceles se practica una cistoscopia, en la que se comprueba su existencia, apreciándose una dilatación quística intravesical de ambos uréteres, más grande en el lado izquierdo, que es en el que la enferma aqueja sus molestias. En la cúpula del ureteroceles derecho aparecía el orificio ureteral muy fino, que no pudo ser cateterizado. El orificio ureteral izquierdo no pudo ser descubierto en repetidas endoscopias. El carmin de indigo se eliminaba muy bien por el orificio ureteral derecho, pero en cambio no se apreciaba por el lado izquierdo. Aparte de esto, había una zona de inflamación de la mucosa vesical, en la zona situada entre ambos ureteroceles, con