



BOLETIN MENSUAL

LO QUE OPINA S. FREUD SOBRE LA SEXUALIDAD

Sigmundo Freud profesor de la Universidad de Viena, conocido hasta poco ha unicamente por un reducido número de especialistas, se ha hecho célebre con rapidez extraordinaria. Sus métodos originales para explorar el subconsciente y estudiar la vida sexual, sus teorías extrañas y los éxitos terapéuticos de que se envanece, han hecho surgir gran curiosidad y vivísima discusión entre los psiquiatras y psicólogos extranjeros.

Las doctrinas de Freud han sido y son objeto de discusiones apasionadísimas. Por una parte, sus discípulos entusiastas las exageran y las defienden con ímpetu y por la otra sus contrarios las atacan con no menos ardor, de tal manera que no es tarea óbvia su valuación clara, serena y objetiva, su misma inteligencia; añádase a ello la gran complejidad de los problemas planteados por Freud, la mezcla desordenada de hechos ciertos, digresiones teóricas y brillantes metáforas, que hace agradables casi todos sus escritos pero intrincados y desconcertantes al mismo tiempo, y se comprenderá perfectamente cuan difícil resulta penetrar en el meollo de sus ideas y hacer de ellas una exposición metódica.

Y las teorías del conocido neuropatólogo exigen un estudio tanto más serio y prudente cuanto mayor es su importancia práctica porque la aplicación de sus métodos y preceptos puede, según como se haga, quizás prevenir y aliviar o curar ciertos trastornos nerviosos, quizás causar daños enormes y difundir concepciones peligrosas.

I

Para formarse un justo concepto de las ideas de Freud sobre la vida sexual es fuerza conocer, sumariamente al menos, aquellas otras más generales que les sirven de base. Sigmundo Freud es un médico que, al principio fijó su atención en los síntomas físicos de las enfermedades del sistema nervioso, mas después poco a poco, fué dando cada dia mayor importancia a la actividad psíquica consciente o subconsciente la cual, aunque no siempre le revelase las íntimas causas de los procesos morbosos, le explicaba en muchos casos al menos el mecanismo de la aparición de sus varios síntomas, la manera como se establecen y eventualmente pueden desaparecer. Por este camino llegó a elaborar la *psico-análisis*, método especial, asaz ingenioso y difícil para explorar el subconsciente y remover las condiciones anormales que impiden el armonioso funcionamiento de la psique.

No nos proponemos ocuparnos ahora de la psico-análisis; bastará decir que Freud procuró demostrar que los síntomas histéricos y algunos neurasténicos provienen de un conflicto de la consciencia del enfermo con ciertas tendencias instintivas o con *complejos* de ideas o recuerdos dotados de *fuerte intensidad afectiva*. El resultado de tal conflicto sería la expulsión (*die Verdrängung*) de estos complejos que la psique no puede asimilar, inconciliables con la conciencia; la carga emocional comprimida, no destruida, iría acumulandose irí, luchando hasta abrirse una vía de descarga anormal convirtiéndose en el síntoma morbo. Varias son las modalidades de esta *conversión*, así la apellida, minuciosamente estudiadas por Freud y que forman el fundamento de muchas ideas suyas; ahora nos limitaremos a examinar sus relaciones con la vida sexual fisiológica y patológica.

Prosiguiendo en sus investigaciones el famoso profesor, se persuadió cada vez más de la estrecha relación existente entre la sexualidad y las psico-neurosis hasta el punto de afirmar que las últimas dependen siempre de anomalías de la primera. Naturalmente tal aserción ha suscitado y sigue suscitando la máxima oposición. Protestas igualmente vivas ha producido otra afirmación fundamental suya: la existencia de una particular vida sexual en la infancia.

Conviene advertir que Freud da a la sexualidad un sentido mucho mas lato del ordinario considerando pertenecientes a ella muchas tendencias y hechos psíquicos que por lo general se consideran distintas; más adelante veremos que este es un punto débil de sus teorías. Pero

a pesar de esto y a pesar de lo que repugnan las ideas expuestas al modo actual de sentir, no se deben rechazar *a priori*. Fuerza es persuadirse de una vez para siempre que, el estudio profundo y desapasionado de la cuestión sexual ayudará a esclarecer muchos aspectos bestiales o perversos de la naturaleza humana oscurecidos hasta ahora por una ignorancia mas o menos voluntaria ¿Y quién dudará además de que el análisis franco, sin reticencias y viles hipocresías de las fuerzas instintivas humanas es el único medio para combatir las y dominarlas?

En estas cortas líneas expondremos las ideas de Freud sobre la sexualidad tal cual el mismo las ha recogido y ordenado en sus *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*, (Leipzig und Wien, F. Denticke, 1905).

II

En la primera de sus monografías se ocupa de las *anomalías sexuales* que el autor divide en dos grandes grupos: el primero se refiere al *objeto sexual*, es decir, a la persona que inspire la atracción sexual, y el segundo al *fin sexual*, esto es, a la acción hacia la cual arrastra el instinto sexual.

Las desviaciones correspondientes al objeto sexual se reducen en último término a la *inversión u homosexualidad*. Freud examina las formas asaz diferentes que pueden asumir, critica sus varias explicaciones, especialmente la degenerativa y, sin pretender solventar todas las dificultades, acepta y desarrolla la teoría de la *bisexualidad* originaria de cada individuo. La normalidad del desarrollo de este instinto conduciría al predominio del objeto heterosexual mientras que su desarrollo irregular conduciría a las diversas inversiones.

A la segunda clase de anomalías, a las que conciernen al fin sexual, conocidas generalmente bajo el nombre de perversiones, las divide a su vez en varios grupos. En primer lugar, deben figurar las *desviaciones anatómicas* que derivan bien de una inclinación exagerada a ciertas cualidades físicas y psíquicas de la persona amada, bien del deseo de variedad y que consisten en servirse con fines sexuales de partes del cuerpo destinadas a otros fines; el *felichismo* es una extrema exageración de estas perversiones. En segundo lugar, figura la *fijación en fines sexuales preliminares*, el convertir en fin sexual último, actos que normalmente constituyen solo una preparación para la satisfacción sexual. Por último, perversiones son el *masochismo*, y el *sadismo*, la voluptuosidad, el goce de padecer o hacer sufrir físicamente durante

los actos sexuales, aberraciones estas que quizás respondan a una exageración atávica del componente agresivo de este instinto.

El hombre lleva en sí el germen de todas estas perversiones las que no se cumplen si antes no han superado ciertas barreras naturales a ellas opuestas: para los dos grupos primeros el pudor, el asco, la repugnancia; para el sadismo la compasión; para el masochismo el dolor y para todas o casi todas las aberraciones, añadiremos nosotros, el sentido de la propia dignidad personal.

Los conflictos entre instintos e inhibiciones no siempre terminan de una manera simple, con la victoria decisiva de los unos o de los otros. En ciertos casos la victoria de la inhibición, *de la parte mas pura de nuestra psique*, añadiremos nosotros, va seguida de una *sublimación* del instinto sexual el cual se transforma en energías emocionales e intelectuales superiores; de este importantísimo proceso que constituye una de las claves de la cuestión sexual hablaremos mas adelante. Otras veces, en cambio, el conflicto entre las potencias inhibitorias y una *libido* (palabra esta, que para Freud equivale a instinto sexual en un sentido muy amplio) intensa y anormal, cuando tiene lugar en personas de sistema nervioso particularmente predispuesto, se resuelve en una represión forzada, patológica e imperfecta y como corolario, en varios estados morbosos. Tal cosa sucede en virtud del mecanismo mencionado por medio del cual se *convierten* en síntomas orgánicos tales tendencias inconciliables con el resto de la personalidad; este fenómeno, según Freud, sería propio sobre todo del histerismo y así, los trastornos histéricos consistirían en tendencias sexuales, de naturaleza perversa por lo común, inhibidas y reprimidas lo cual Freud resume en la fórmula siguiente: *el histerismo es el anverso, el lado negativo de las perversiones*.

III

La psico-análisis de los enfermos de males nerviosos condujo al profesor vienés a otro importantísimo resultado, al descubrimiento de la *sexualidad infantil*; he aquí el argumento de la segunda monografía.

Freud procura antes de nada explicar el porqué nadie se había apercibido de la sexualidad infantil, admitiendo la existencia de una amnesia especial, de un olvido de gran parte de la vida infantil hasta el sexto u octavo año de edad. Esta amnesia sería un fenómeno general y completamente normal; su causa dependería de la aparición de la inhibición de los instintos infantiles y tendría grandes analogías

con la que acompaña la represión forzada de los *complejos afectivos inconciliables* en los neurópatas.

No nos detendremos en exponer ahora la demostración que Freud da de la sexualidad infantil analizando la transformación de la *succión* la cual, destinada al principio a la nutrición del lactante, acaba por convertirse en fin a sí propia como fuente de placer sexual. Otras fuentes de placer sexual para el niño serían los tocamientos y excitaciones de varias zonas *erógenas* y ciertos movimientos rítmicos. Relacionar todo esto con la sexualidad parece a primera vista una generalización indebida mas la serie de hechos aducida por Freud en su apoyo, da mucho que pensar y conduce a admitir la existencia de una *sensualidad* infantil enlazada seguramente con la sexualidad aunque de una manera mucho más lejana de lo que aquel supone.

Los caracteres asignados por el neuropatólogo vienés a la sexualidad infantil son: el *auto-erotismo*, o sea, el placer sin el concurso de otro individuo y el *polimorfismo*, esto es, la variedad de formas que ostenta. Normalmente el erotismo es asaz débil y pronto se inhibe por el surgir del pudor, del disgusto y de los sentimientos morales producidos en gran parte, no exclusivamente, por la educación. Con esto empieza según Freud, un periodo de *latencia* de este instinto mas o menos completa, que dura hasta la pubertad. En algunos niños las tendencias sexuales son intensas y precoces en demasía de modo que su inhibición es muy difícil y nunca tan completa que ahogue todos los gérmenes; estos pueden producir, según los casos, anomalías variadas, por ejemplo, la masturbación, poluciones, trastornos vesicales y más adelante, las diversas formas de perversión por una parte y por otra variados síntomas neuropáticos. Estas dos series de desórdenes son con frecuencia favorecidos y complicados por las seducciones y traumas sexuales a los cuales los niños anormales están más expuestos que los otros.

IV

En la tercera monografía Freud se ocupa de las *transformaciones de la pubertad*.

La principal consiste en el desarrollo de la zona genital que presto sobrepuja y casi anula las otras zonas erógenas, pero estas no pierdan toda actividad sino que asumen el oficio de ayudar la función genital por medio del *placer de preparación*.

Estos cambios van acompañados del *descubrimiento del objeto se-*

xual. Conviene advertir que durante la misma infancia, el auto erotismo no es absoluto. En efecto, dadas las íntimas relaciones existentes entre la parte emocional y la física del amor, el afecto de los padres y el afecto hacia los padres ejerce sobre el niño una profunda influencia de importancia decisiva sobre su futura sexualidad. En la época de la pubertad, afirma Freud, la nueva forma del amor tendería a dirigirse hacia el progenitor del otro sexo si no lo impidiesen las inhibiciones éticas y el alejamiento progresivo de los padres, acompañado con frecuencia de conflictos nacidos del consolidamiento cada día más vivo de la personalidad del adolescente y de su necesidad de independencia. Una prueba de lo dicho la encuentra Freud en el hecho de que los neuropáticos demuestran desde la infancia deseo exagerado de caricias y de otras demostraciones de afecto de parte de sus progenitores y que más tarde, en la época de la pubertad, quedan generalmente en una dependencia afectiva de carácter infantil hacia ellos.

En la conclusión que sigue a las tres monografías, Freud discute la naturaleza y la importancia de la primitiva constitución sexual de las diversas personas y habla otra vez con mayores detalles de los diversos extremos hacia donde puede conducir el desarrollo de la vida sexual. Por lo que toca a dos de ellos, es a saber, a las perversiones y al aparecer de desórdenes nerviosos por efecto de una represión anormal de las tendencias sexuales, añade que en ambos casos es fácil observar un perdurar de la influencia de la vida sexual infantil, su fijeza, por el predominio que tendrían en la actividad psíquica los recuerdos del pasado en comparación con las impresiones recientes.

Una tercera transformación importantísima de las tendencias sexuales, la *sublimación* de Freud, por cuyo medio estas energías se dirigen hacia otros campos acrecentando notablemente la potencia psíquica, aparece muy clara, según él, en la creación artística sobre todo. Una variedad de la sublimación sería la *formación reactiva* que transformaría los impulsos nocivos en las tendencias morales a ellos opuestos.

V

Tenemos interés en hacer constar que este resumen incompleto y esquemático podrá servir solamente para orientarse entre las complejas teorías freudianas mas no para hacerlas comprender y mucho menos para juzgarlas. Ni siquiera con un largo estudio de las obras de Freud y de sus discípulos es fácil expresar un juicio exacto sobre los

resultados, interpretaciones, afirmaciones e hipótesis en ellas contenidas. Por otra parte, dada la importancia de la cuestión y las peligrosas consecuencias que se pueden sacar de algunas concepciones freudianas, creemos necesario hacer seguir a su exposición algunas notas críticas insistiendo sobre su carácter de observaciones y no de juicios definitivos.

La primera observación de índole general que salta a la vista de quien conoce las doctrinas y los libros de Freud, siquiera someramente, es que este neuropatólogo ha hecho como hacen tantos otros especialistas en enfermedades nerviosas y tantos psiquiatras, es a saber, dar una importancia exagerada, exclusiva en muchas ocasiones, a la parte brutal e inferior de la sexualidad, a sus aberraciones, no dando su justo valor a sus manifestaciones superiores que tanta eficacia tienen en la vida de los hombres. Acostumbrados a curar enfermos, a ver pervertidos, a oír porquerías muchos médicos, muchísimos, se olvidan de que hay en el mundo personas normales y, si sienten el noble acicate de explicarse el misterio humano, intuitivamente prescindien de los elementos más puros de la psique, no se dan cuenta de ellos ni los ven siquiera. Esto pasa indudablemente con Freud.

Además el profesor vienés es un temperamento ardiente, amigo de la paradoja, que tiene la tendencia psicológicamente comprensible y común a casi todos los investigadores de dar una transcendencia excesiva a los hechos por él descubiertos. Tal cosa nos parece que sucede en lo referente a la sexualidad infantil en cuyo estudio Freud no ha dado bastante valor a las enormes diferencias existentes entre los niños normales y los predispuestos a las neurosis.

De la misma manera se explica la otra afirmación evidentemente exagerada de que *toda* psiconeurosis tiene su origen en trastornos de la vida sexual. Freud tiene mucha razón al combatir, como otros hacen, la excesiva importancia que suele darse al *surmenage* intelectual en la etiología de las neurosis pero de otra parte no se percata de la acción psicopática de muchos otros instintos y pasiones diversas de la *libido* y de muchos factores orgánicos capaces de producir por mecanismos diversos graves trastornos nerviosos y mentales.

Freud se deja llevar en ocasiones del prurito de generalizar. Poco feliz es el sentido amplio, elástico, equívoco en que usa la palabra *libido*; en ella engloba junto con el instinto sexual otros instintos relacionados con este de algún modo pero caracterizados por diferencias esenciales. Así, por ejemplo, si fundada es la interpretación sexual de muchos estados ansiosos y fóbicos y muchos son los que la han

confirmado, injusta es a todas las luces la pretensión de extenderla a todas las formas de miedo que dependen del *instinto de conservación* cuya gran importancia en psicopatología no ha sido puesto de relieve por ningún autor quizás.

La escuela freudiana no se ha fijado en una distinción interesantísima: en la existente entre el dominio consciente y armónico del instinto sexual y su represión imperfecta irregular, *die Verdrängung*. Por no hacer caso de tal distinción ha caído Freud en bastantes errores, sobre todo en el gravísimo de atribuir una importancia excesiva a la no satisfacción del instinto sexual en la génesis de las psiconeurosis. Superfluo es demostrar lo dañoso de una creencia que ha inducido a bastantes a aconsejar a los neuropáticos que den libre curso a su albedrío ¿dónde llegarán obrando así, personas uno de cuyos grandes males estriba en la falta de dominio sobre si mismos? A quien tenga débiles, atrofiadas las fuerzas inhibitorias, lo lógico será desarrollarlas, cultivarlas, no acabarlas de destruir.

Es fuerza distinguir la *Verdrängung*, del dominio consciente de los instintos y es fuerza estudiar, analizar el fecundo proceso de la *sublimación*, particulares ambos descuidados por Freud. El estudio de la naturaleza y de las leyes reguladoras de esta preciosa facultad psíquica, capaz de transformar fuerzas ciegas instintivas, en elevadas energías emocionales y espirituales—los escritos ascéticos y místicos de esta y otras edades pueden esclarecer mucho este punto—traerá como corolario la fijación de métodos educativos aptos para desarrollarla en quien la tenga latente e ignota, para intensificarla cuando sea insuficiente. Por lo demás, aunque la sublimación es conocida desde tiempos antiguos, buena falta hace su análisis, el conocimiento de su mecanismo y la difusión de su necesidad en una época en que se ha querido dar rienda suelta al propio apetito para curar las neurosis.

Otras enseñanzas prácticas se deducen de los estudios freudianos. Y no es la menor el incitamiento a *superar*, como dice Freud, *aquella mezcla de lubricidad y PRUDERIE con que tantas personas suelen afrontar por desgracia los problemas sexuales*. Solamente quien conoce y doma sin miedo ni asco los fondos oscuros del propio ser, puede pretender escalar sus alturas luminosas.

Ahora y siempre será verdad suprema, el lema de la antigua sabiduría: *conócete a ti mismo*.

DR. J. ALZINA Y MELIS

SIFILIS Y MATRIMONIO

Es el problema que me ocupa uno de los más delicados y que con más frecuencia se presenta a la vista no solo del sifiliografo, sino a la del médico general, y pone en la mayor parte de ocasiones en un compromiso no científico por cierto, pero sí humanitario y de verdadera trascendencia; puede ser consultado el médico en dos casos diferentes y puede ofrecérsele el problema bajo dos diferentes aspectos; es el primero el de un enfermo afecto de sífilis, que consulta a su médico, teniendo el compromiso de casarse y siendo su sífilis reciente; estos son los enfermos que contraen la sífilis por ejemplo en su despedida de solteros, este es el caso sencillo y poco trascendental, pues el médico habrá saldado con las consecuencias de un matrimonio de esta índole con una negativa absoluta; pero no son así todos los casos y en la mayoría de ocasiones el problema se ofrece más complicado y son sus consecuencias las que más tarde viene a demostrar que no debía autorizarse el matrimonio, es este caso el siguiente: un enfermo que ha padecido (*según él*) sífilis y dice hace años no ha visto en su cuerpo ninguna manifestación, es este uno de los casos que no hace mucho tiempo (cuando no se conocía la reacción de Wassermann) después de explorar los ganglios último cantón donde queda o suele quedar en estado de latencia por decirlo así la sífilis, caso de no encontrarlos infartados, como no se disponía de otro recurso podía el médico dejar tranquila su conciencia con esta sola observación y autorizar el matrimonio en el caso de no encontrar ninguna manifestación en el cuerpo de su enfermo.

Actualmente el problema que debe presentarse a la vista del médico antes de autorizar el matrimonio de un sífilítico es que en primer lugar infectará a quien en su dolencia nada que ver tiene, a la que se entrega a él con ignorancia de su enfermedad, a la que se dispone a ser madre de una manera dignísima, a la que pagará tributo de la enfermedad de su marido con una prole mal sana y a cuya prole podrá darles el recuerdo poco grato (dejando aparte los abortos seriados) de una heredo sífilis que nacerá y acabará con ellos siendo si quereis un castigo poco merecido y justo de la vida poco escrupulosa que tuvo el

padre antes de contraer matrimonio; a todo esto no ha de ser agena la conciencia del médico cuyo matrimonio ha sido por él consentido y autorizado.

Estos son, pues, los dos casos que con más frecuencia ponen a prueba la conciencia del médico y son casos cuyo resultado autorizando el casamiento de un sifilítico han de verse, han de presentarse a cada momento a la vista del médico cuyo casamiento ha sido por él autorizado como haciéndole cargos, como indicándole su poca pericia y mala observación y han de venir los hijos de este matrimonio con los estigmas de la heredo sífilis ha decirnos constantemente que somos los culpables de su existencia y por ende de su desgracia; hace pocos años formulóse a todos los sifiliógrafos por una revista alemana la siguiente pregunta: ¿cuándo pueden casarse los sifilíticos? a esta pregunta respondieron sifiliógrafos de todos los países dando el siguiente resultado, dos terceras partes creyeron que nunca, otros menos exigentes creyeron que podía autorizarse un casamiento después de un tratamiento metódico y bien dirigido, yo en contestación a la pregunta podría decir y presentaros historias de sifilíticos casados a los dos años de tratamiento y con cuatro Wassermanns negativas; la opinión de los sifiliógrafos que creyeron que nunca podía autorizarse el casamiento de un sifilítico es de respetar creyendo como ellos que son pocos los sifilíticos que se someten a un tratamiento intensivo y más bien se someten a un tratamiento paliativo que curativo, ¿cuántos y cuántos son los sifilíticos que una vez desaparecidas sus manifestaciones externas se creen curados de su enfermedad y ya no consultan al médico? así pensando tendremos que creer con la mayoría de sifiliógrafos que nunca puede casarse un sifilítico, pero me refiero solamente en mis casos a los que se someten a un tratamiento intensivo, es decir, a los sifilíticos de buena fé.

Yo creo que actualmente la línea de conducta a seguir es dejar pasar un tiempo (buenos son dos años) aunque se emplee el Salvarsan que reduce con muchísimo menos tiempo las manifestaciones; será prudente en los actuales tiempos no fiar en absoluto al tratamiento, pues no son solo los fenómenos anteriormente citados los que pueden un día poner en evidencia nuestra falta de observación o descuido, sino que suelen aparecer de una manera solapada fenómenos neoformadores que sin tener fecha para ellos señalada comprometen no solo la salud sino la vida del enfermo, me refiero con esto a los ternarismos que aparecen, diez, doce y hasta veinte años después de creerse curado el enfermo por haberse sometido a un tratamiento que él cre-

yó curativo y fué solo paliativo y por habérselo dicho su médico; si terrible es una serie de abortos con todas sus consecuencias, si grave es en los niños la heredo sífilis, grave y mortal es siempre la atáxia locomotriz, gravísima la sífilis medular y no menos grave cualquier accidente neoformador sea cualquiera el terreno en que aparezca.

Hagamos por un momento diferente el problema; supongamos que viene a consultarnos un enfermo cuya sífilis es adquirida en pleno matrimonio, ¿qué aconsejaremos en este caso? no cabe duda que si difícil es ante la conciencia del médico dar un consejo a un sífilítico que va a casarse más difícil resulta aconsejar a un sífilítico cuyo matrimonio está ya consumado, en el primer caso nos basta una negativa, y en el segundo la negativa de nada serviría y el médico ha de convertirse en un encubridor científico y concretarse en dar consejos a su enfermo que no pongan en peligro la salud de la mujer y no vengán a producir una prole mal sana; en estos casos aconsejando al marido que se abstenga de relaciones sexuales o cuando menos de coitos fecundantes habremos cumplido nuestra misión, sin embargo deberemos proponer al enfermo un tratamiento como en los casos ordinarios.

La reacción de Wassermann, ha venido a llenar un vacío y a ser el poderoso auxiliar de la clínica para estos casos; su fundamento es lógico, sus resultados no dan lugar a duda; su práctica sencilla y ha de servirnos siempre de guía para autorizar o dejar de autorizar un matrimonio; pero ¿podemos confiar a una sola Wassermann? nó y absolutamente nó; una sola Wassermann nada nos indica y puede ella ser negativa con la sola influencia del tratamiento, es decir, no tiene clínicamente ningún valor; no sucede lo mismo con una serie, pues si una sola nada nos indica una serie de reacciones nos dirán de una manera franca y positiva si el enfermo está o no curado: la regla de conducta seguida comunmente es la siguiente: cuando hayamos sometido un enfermo a un tratamiento lo suficientemente intensivo y ordenado suspender en absoluto toda medicación y al mes practicar la primera reacción; si esta es negativa sin despreciar su valor poco nos dirá en beneficio del tratamiento, practíquese otra al segundo mes y ya podrán dos negativas decir algo, sigase este orden hasta cuatro y a la cuarta negativa podremos tranquilamente aconsejar y autorizar el matrimonio a nuestro enfermo, es decir, darle por curado.

Debemos, sin embargo, decir a nuestro enfermo que no olvide nunca que ha sido sífilítico, y que a la más pequeña manifestación consulte a un médico poniéndole en antecedentes; (esto no es lo frecuente pero es posible); cumpliendo así podremos quedar con la conciencia

tranquila del que ha cumplido su obligación y sin el peligro de que un día pueda decirnos nuestro enfermo o nuestra conciencia que somos culpables en cualquier desgracia o tara familiar que ha de aparecer forzosamente en la prole de los sifilíticos cuyo médico director de su tratamiento haya querido ser excesivamente liberal o dispensarle el favor de autorizar su matrimonio sin que su enfermo estuviera suficientemente tratado ni mucho menos curado; ha de ser la Wassermann el descanso del sifiliógrafo y ella ha de ponernos al abrigo de la responsabilidad que de ninguna manera puede ni podrá ponernos nunca la clínica.

Cumpliendo así no tendremos que ser absolutos como la mayoría de los sifiliógrafos en creer que no pueden casarse nunca los sifilíticos y podremos autorizar un matrimonio con tranquilidad de conciencia y con seguridades para la prole del ex-sifilítico no teniendo que lamentar nunca enfermedades que pueden achacarse a la desidia o poca observación del médico, que impunemente autorizó el matrimonio.

DR. VILA SABATER

Gerona, 19 Febrero 1914.

Consideraciones sobre el hidrocele vaginal y su tratamiento (*)

Muy apreciados compañeros:

Una especie de lotería designó a cada uno de los individuos de la agrupación comarcal el puesto de honor que le correspondía para presentar ante todos, un trabajo sobre asuntos de nuestra carrera. Hoy me toca a mi semejante honor y voy a ofreceros mi pequeño trabajo.

No dudeis un momento de lo mucho que me ha costado elegir tema, que resultara al alcance de mis fuerzas y al propio tiempo pudiera seros de alguna utilidad. En los cuarenta años que llevo de ejercicio de la carrera, he visto ser muy frecuente la enfermedad de que voy a ocuparme, y con seguridad ninguno de vosotros deja de ver algún caso todos los años; enfermedad de poca importancia, pero cuya curación implica una pequeña intervención quirúrgica, generalmente sin consecuencias desagradables para el enfermo.

(*) Comunicación leída en la sesión de Enero del corriente año en la Agrupación Comarcal de médicos de Olot.

Voy a ocuparme del hidrocele y no para describir su etiología, sus síntomas y curso, ni tampoco sus variedades, limitándome pura y exclusivamente al tratamiento del hidrocele crónico o sea de la túnica vaginal del testículo, dejando por lo tanto, el del cordón espermático, el del saco herniario y hasta el congénito, para ceñirme al hidrocele adquirido, sea simple, sea el que acompaña a procesos neoplásicos del testículo u otras dolencias del propio órgano, finalizando con una estadística de mis casos, nada desfavorable al tratamiento anticuado que he venido empleando siempre.

La cura espontánea del hidrocele vaginal, en el adulto, es sumamente rara, salvo el caso de hidrocele agudo por traumatismo y en muchos de los congénitos que desaparecen durante la menor infancia sea espontáneamente, sea a beneficio de estimulantes, pues en el hidrocele crónico, resultan inútiles los vejigatorios, las embrocaciones de yodo y hasta la misma ruptura espontánea del hidrocele con infiltración y curación consecutiva, pues a no mediar inflamación de la túnica vaginal, se reproduce el derrame tan luego queda soldada la herida que produjo la infiltración.

Desde muy antiguo se sabe que existen dos tratamientos del hidrocele; uno paliativo y otro radical.

En cuanto al tratamiento paliativo, que como se sabe, consiste en la simple punción con trocar y extracción del líquido, es de suma facilidad, pero también es de completa inutilidad, salvo el que el enfermo se vé libre de su dolencia por una temporada pequeña, pues antes de los dos meses, la reproducción es poco menos que segura y con todo y ser una intervención tan sencilla, no ha dejado de ofrecerse alguna complicación; pues cuentan los autores haberse presentado hemorragia en la túnica vaginal después de la simple punción, convirtiendo el hidrocele antes existente en hematocele; como también algún caso de supuración consecutiva, cosa muy rara, y más debe serlo en la actualidad en que todas las intervenciones se hacen asepticamente; como también cuenta Ashhurst, un caso de gangrena del escroto por la simple punción, no indicando si el paciente era o no diabético.

Generalmente me resisto a emplear el tratamiento paliativo, dada su poca utilidad, a menos que el enfermo me lo exija, o bien cuando circunstancias especiales me obligan a no continuar la intervención, limitándome a la simple punción y extracción del líquido. Tanto es así; que examinando mis notas, he encontrado solamente 27 intervenciones paliativas y si de ellas descuento tres, en que iba a practicar

la operación radical y hube de limitarme a la paliativa, (en dos por existir muy poco líquido y encontrarme con un testículo sumamente abultado o sea con un sarco-hidrocele y una por haber sido expulsada la cánala de la túnica vaginal al salir el líquido y retraerse esta), resultando solamente 22 y de éstas 16 son practicadas al mismo individuo, cuya historia clínica, con sus fechas, quiero leeros para que veáis la constante reproducción del derrame en la túnica vaginal a no mediar inflamación de la misma.

Pedro Batallé Puigdemon, de 58 años edad, presenta hidrocele simple, mas que mediano, en el lado izquierdo. Desecha la operación radical solicitando la paliativa.

Se practica en	23 Julio	1895	líquido citrino, poco mas de $\frac{2}{4}$ de litro.
Se repite en	28 Diciembre	1898	id. id. id. id.
Idem en	23 Mayo	1899	id. id. id. id.
Idem en	23 Junio	1900	id. el último extraído id. id. ligeramente teñido.
Idem en	29 Julio	1901	punción baja, saliendo sangre, otra mas alta, líquido citrino $\frac{1}{4}$ de litro.
Idem en	14 Julio	1902	punción alta id. menos de id. id.
Idem en	1 Junio	1903	id. id. id. id.
Idem en	7 Julio	1904	id. id. id. id.
Idem en	31 Agosto	1905	id. id. id. id.
Idem en	8 Julio	1906	id. id. id. id.
Idem en	4 Julio	1907	id. id. id. id.
Idem en	17 Junio	1908	id. id. id. id.
Idem en	8 Julio	1909	id. id. id. id.
Idem en	22 Agosto	1910	id. id. id. id.
Idem en	29 Octubre	1911	id. id. id. id.
Idem en	26 Septiembre	1912	no quería punzarle por existir poco líquido. Al practicar la 1. ^a punción resultó nula y en la 2. ^a casi debajo del pene, se extrajo muy poco líquido citrino.

Si os fijáis en la historia clínica de este enfermo, no dejareis de observar: que el hidrocele era mas que mediano, saliendo en cada punción poco mas de $\frac{2}{4}$ de litro de líquido citrino; que a partir de la 5.^a punción, siendo baja, salió un poco de sangre habiendo puncionado por debajo de la colección, debiendo hacerse más alta y extrayendo menor cantidad de líquido; que todas las otras punciones sucesivas han debido ser muy altas y extrayendo menos de $\frac{1}{4}$ de litro y que en la última apenas se notaba líquido, por cuyo motivo me resistía a punzarle, pero exigiéndomelo el enfermo, resultó nula la 1.^a punción y en la 2.^a

extraje solamente unos gramos de líquido, significandome todo aquello, que la cavidad de la túnica vaginal iba disminuyendo a fuerza de punciones y que tal vez acabaría por desaparecer, resultando una cura radical, si el buen hombre continuaba viviendo, pues si la edad que dijo tenía en la 1.^a intervención es cierta, no bajará actualmente de 75 años y todavía le veo pordioseando por las calles.

De todas estas paliativas solamente en un enfermo resultó semi-radical, pues se trataba de un individuo a quien había practicado la operación radical en 30 Septiembre de 1912 y cuyo derrame al reaparecer después de a intervención no se había reabsorbido completamente, por cuyo motivo en 23 Diciembre del propio año, o sea cerca de tres meses mas tarde, puncioné nuevamente extrayendo aproximadamente unos 300 gramos de líquido citrino y sin hacer inyección de clase alguna, reproduciendose el derrame dentro los 8 dias siguientes a esta punción paliativa. En Abril de 1913, empezó a notar se le reabsorbía el derrame, presentando el testículo algo abultado, pero sin transparencia, para quedar completamente curado a fines de Mayo, con el testículo completamente normal y cuya historia clínica figura en la estadística de intervenciones radicales con el núm. 31.

Y ahora pasemos ya al tratamiento curativo o radical que al fin y al cabo es el que debemos perseguir.

Bien se sabe que muchos de los procedimientos empleados para la curación del hidrocele han sido abandonados, tales como la canterización con potasa cáustica, la aplicación de sondas, hilos eléctricos, sedales, mochas, etc., etc.; por producir inflamaciones demasiado vivas.

Solo han quedado tres métodos de alguna valía: la *escisión*, la *incisión* y las *inyecciones*.

La escisión, resecaando gran parte de la túnica vaginal, es demasiada operación para un mal tan pequeño, pues necesita: anastesia general, ayudantes, asepsia, apósito y cierto cuidado post-operatorio por parte del enfermo. De otra parte, queda cicatriz que deforma la estética de las bolsas al quedar pegada al testículo. Sus indicaciones serán muy pocas.

La incisión, abriendo puramente la túnica vaginal, tiene el inconveniente de dejar el testículo al descubierto, sobreviniendo orquitis algunas veces, y una supuración que provoca síntomas generales y locales, muy acentuados, ni mas ni menos, de lo que sucede cuando por una inyección hecha fuera de la túnica vaginal, sobreviene un esfacelo en las bolsas, tal y como sucedió a un enfermo que vi en junta con

un compañero, pero que a la postre, curó también, y como no hace mucho, en junta también, tuve ocasión de ver a otro enfermo en Bajet, quien, teniendo al parecer un hidrocele fenomenal, se le abrió espontáneamente, sobreviniendo un esfacelo de gran parte del escroto, motivando aquello el que se examinaran sus orines resultando contener gran cantidad de glucosa y que a pesar de ser diabético dicho enfermo, con tiempo, paciencia y supuración llegó a curarse de su hidrocele.

Tal método, indudablemente tiene sus indicaciones, pues en caso de hidrocele en forma de reloj, mitad en el vientre y mitad en las bolsas, yo lo emplearía; lo mismo haría en el caso de hidrocele de un saco herniario, si determinaba hacer la cura radical, para no exponerme a provocar una peritonitis con las inyecciones, consecutivas a la punción y probablemente seguiría el mismo procedimiento en los hidroceles recidivados, después de operados radicalmente si se hallaban acompañados de orquitis o sea de los llamados hidro-sarcocales, en los hidroceles de paredes esclerosadas, cartilaginosas o calcareas y también en los casos de cuerpos sueltos dentro la túnica vaginal, de hidroceles quísticos del testículo y siempre y cuando no se pudiera extraer por la cánula, el líquido inyectado al practicar una cura radical.

Las inyecciones, a la seguida de la extracción del líquido por la punción, para provocar una inflamación moderada de la túnica vaginal, es el método corriente, método antiguo y el preferido en la actualidad por la generalidad de cirujanos.

Percances con motivo de las inyecciones, también se cita alguno, especialmente celutitis a la seguida de una inyección irritante colocada en el tejido celular en lugar del interior del saco vaginal y a ello son debidas las gangrenas de las bolsas de que se hace mención en las obras.

JUAN DANÉS

Continuará