

da plenamente justificada, dado que la ingestión de la adrenalina, si bien no es tóxica ni modifica la tensión arterial, determina en cambio una hiperglucemia pasajera y ésta es proporcional a la dosis administrada.

2.<sup>a</sup> La adrenalina será administrada de preferencia en ayunas, al objeto de favorecer su rápida absorción.

3.<sup>a</sup> La adrenalina debe emplearse a dosis elevadas, 5 a 10 veces la dosis usada en inyección, LX, C gotas de la solución al 1 por 1000, dado que su toxicidad es casi nula en ingestión.

4.<sup>a</sup> La adrenalina se empleará en solución concentrada, al objeto de obtener una absorción prolongada a la par que intensa, puesto que a juzgar por su efecto hiperglucémico, con las soluciones concentradas si bien la máxima hiperglucémica es más tardía su intensidad en cambio aparece aumentada.

5.<sup>a</sup> La adrenalina será administrada en solución isotónica, con el líquido de Ringer o bien en suero fisiológico.

RESUMÉ

1. La médication adrénalinique par voie gastrique est entièrement justifiée, étant donné que l'ingestion de l'adrénaline, quoique n'étant pas toxique et ne modifiant pas la tension artérielle, détermine en revanche, une hyperglycémie passagère et celle-ci est proportionnelle à la dose donnée.

2. L'adrénaline sera administrée de préférence à jeun afin de favoriser sa rapide absorption.

3. L'adrénaline doit être employée à fortes doses; 5 à 10 fois la dose employée pour les injections (LX à C gouttes de la solution au millième) car sa toxicité est presque nulle en injection.

4. L'adrénaline sera employée en solution concentrée, afin d'obtenir une absorption à la fois prolongée et intense, car si nous jugeons par son effet hyperglycémique est plus lent, son intensité, en échange en semble augmentée.

5. L'adrénaline sera administrée en solution isotonique, avec le liquide de Ringer ou bien en sérum physiologique.

SUMMARY

1. Adrenalin medication by the gastric channels is quite justifiable, since the ingestion of the adrenalin, though not toxic and not modifying the arterial tension, determines on the other hand a transitory hyperglycemia and this in proportion to the dose administered.

2. Adrenalin should be administered with preference when fasting to favour a rapid absorption.

3. Adrenalin should be used in large doses, 5 to 10 times the dose used for injections (60 to 100 drops of one per thousand solution) its toxicity is almost nil by ingestion.

4. Adrenalin should be used in concentrated solution in order to secure an absorption both prolonged and intense, as on judging by its seems to be increased though the maximum of hyperglycemia is slower.

5. Adrenalin should be administered in isotonic solutions with Ringer's fluid or with saline solution, i. e. physiological serum.

ZUSAMMENFASSUNG

1. Die Behandlung mit Adrenalin über den gastrischen Weg ist vollständig gerechtfertigt, da es gegeben ist, dass die adrenalinische Ingestion, obgleich sie nicht giftig und die arterielle Spannung nicht modifiziert ist, hingegen eine vorübergehende Hyperglycämie bestimmt und diese ist proportional der gegebenen Dosis.

2. Das Adrenalin wird mit Vorliebe nüchtern verabreicht um seine schnelle Absorption zu begünstigen.

3. Das Adrenalin soll zu starken Dosen gebraucht werden; 5-10 X die Dosis für die Injektionen gebraucht (LX-C Tropfen der Lösung auf das Tausend) denn seine Giftigkeit ist fast null in Ingestion.

4. Das Adrenalin wird in concentrirter Lösung gebraucht um eine gleicher Weise verlängerte und intensive Absorption zu erlangen denn wenn wir nach seiner hyperglycämischen Wirkung urteilen mit den concentrirten Lösungen, obgleich das hyperglycämische Maximum langsamer ist, so scheint seine Intensität zum Ausgleich erhöht.

5. Das Adrenalin wird in isotonischer Lösung verabfolgt mit der Ringer'schen Flüssigkeit, oder in physiologischem Serum.

BIBLIOGRAFIA

E. BARDIER. A. STILLMUNKÉS.—Hypersensibilité à l'adrénaline des animaux chloralosés. *C. R. Soc. Biol. Paris* LXXXIV 1921 p. 766.

A. BEAUDOIN.—Etude clinique des glycemies. *Paris Médical*, 3. V. 1919, p. 346.

L. BINET.—Action de la adrénaline sur le tube gastro-intestinal. *Presse Médicale*, 5. VIII. 1918. núm. 44.

W. B. CANNON. H. LYMAN.—*Americ. Journ. of Physiology*. I. III. 1913. XXXI, p. 376.

P. CARNOT. P. JOSSERAND.—Des différences d'action de l'adrénaline sur la pression sanguine suivant les voies de pénétration. *C. R. Soc. Biol. Paris* XIV 1902 p. 1472.

H. DORLENCOURT. A. TRÍAS. P. PAYCHERE.—Stabilisation du taux de la glycémie chez le chien durant le sommeil chloralosique. *C. R. Soc. Biol. Paris*. LXXXV 1922 p. 1078.

H. DORLENCOURT. A. TRÍAS. P. PAYCHERE.—Absorption de l'adrénaline par voie digestive. *C. R. Soc. Biol. Paris*. LXXXVI 1922 p. 1129.

O. FOLIN. WU HIEN.—*Journ. of. biol. Chemistry*. XLI 1920 p. 368.

J. GAUTRELET. P. BRIAULT.—Influence de l'adrénaline sur l'anesthésie par le chloralose. *C. R. Soc. Biol. Paris*. LXXV 1913 p. 40.

E. GLEY.—Quatre leçons sur les secretions internes. Paris 1920.

R. GRASSET.—Tentative d'empoisonnement par la solution d'adrénaline au millième. *Bull. Soc. Med. des Hop. Paris*. Sesión 26. VII. 1917, p. 981.

Ch. O. GUILLAUMIN.—Sur le dosage des sucres réducteurs dans les liquides de l'organisme. Deuxième partie. Etude critique d'une microméthode de O. FOLIN et WU HIEN. *Journ. de Pharmacie et Chimie*, XXII 1920 p. 378.

E. LESNÉ. L. DREYFUS.—De l'adrénaline en ingestión. *C. R. Soc. Biol. Paris*. Sesión 26. X. 1912 p. 407.

E. LESNÉ. L. DREYFUS.—De l'absorption de l'adrénaline au niveau du gros intestin. *La Clinique*. 2. V. 1913 p. 277.

M. LOPPER. G. VERPY.—L'action de l'adrénaline sur le tractus digestif. *C. R. Soc. Biol. Paris*. LXXX 1917 p. 703.

A. PAYCHERE.—Etude critique et expérimentale sur l'absorption de l'adrénaline par voie digestive. *Thèse*. Paris 1922.

A. PI SUÑER. R. CARRASCO FORMIGUERA.—Anestésics i hiperglucemia. *Treballs Soc. Biol. Barcelona*. Any 1920-21.

A. PI SUÑER.—Les vies dels reflexes glucemians. *Treballs Soc. Biol. Barcelona*, 1919, p. 253.

A. TRÍAS. H. DORLENCOURT.—Conditions optima d'absorption de l'adrénaline par voie digestive. *C. R. Soc. Biol. Paris*. LXXXVII 1922 p. 1189.

INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE LAS PSICONEUROSIS

por el doctor

M. LAIGNEL LAVASTINE

Profesor agregado de la Facultad de Medicina de París.  
Médico del Hospital de la Pieté

El diagnóstico de las psiconeurosis deriva, a mi entender, de tres grandes principios que expondré desde luego: el principio de la jerarquía de los trastornos, de las lesiones y de las enfermedades, el principio del coeficiente reaccional individual y el principio del diagnóstico en profundidad.

El primer principio, que repito constantemente a mis discípulos, es el *principio de la jerarquía* en el diagnóstico. No se tiene un verdadero diagnóstico, sino cuando se ha pasado de un *síndrome*, que es la expresión de una perturbación funcional, a una *afección*, que es una localización morbosa de la *enfermedad*, bien sea una intoxicación, una infección o una avitaminosis. En muchos casos no es posible elevarse hasta la enfermedad, pero puede el clínico, dándose cuenta de su ignorancia, precisar mejor lo que sabe y eso es, ya, lograr algo.

La primera parte del diagnóstico que acabamos de exponer, es como una *parte inductiva* que, partiendo del enfermo, procura clasificarle en los cuadros correspondientes de la patología.

La segunda parte, por el contrario, consiste en investigar lo que haya de especial en el enfermo, para llegar a establecer lo que puede llamarse una *clínica diferencial* basada, no en el síndrome del enfermo clasificado en su gran cuadro nosológico, sino en la diferencia entre el caso particular y los casos generales. En estas distintas investigaciones diferenciales se ponen en evidencia tres factores:

Un factor morfológico: *constitución*.

Un factor fisiológico: *temperamento*.

Un factor psíquico: *carácter*.

Los diagnósticos groseros de la clínica corriente se basan solamente en la primera parte del diagnóstico, pues la segunda no es llevada a término, contentándose con referir el tipo clínico a una división nosográfica. Sin embargo, al llegar a los casos en que el morbosismo es menos grosero, menos masivo, toma mayor importancia el coeficiente reaccional.

Puede aplicarse a la relación entre los dos diagnósticos el *esquema del rectángulo*. Es evidente que los enfermos responderán de la misma manera a una intoxicación o a una infección masivas, cualquiera que sea su coeficiente reaccional. Por el contrario, a medida que una intoxicación sea más ligera, el coeficiente reaccional tomará mayor relieve en las manifestaciones clínicas.

Finalmente, el tercer principio director de un diagnóstico es el *diagnóstico en profundidad*. Cuando un neurólogo o psiquiatra se satisface explicando un síntoma concomitante por un caso de la misma naturaleza, no llega a ninguna conclusión precisa. El psiquiatra que se contenta con hacer *psicología de superficie*, no llegará jamás a ser un buen clínico. Es preciso que sepa clasificar el enfermo, pero por debajo de la atmósfera superficial de los síntomas debe ver *el yo profundo*. El método de FREUD presta buenos servicios en esta ocasión.

Es preciso todavía saber ir más allá hasta encontrar las *perturbaciones simpáticas*, que son, esencialmente de dos órdenes:

Unas veces son síndromes simpáticos locales y la perturbación está en relación con una *lesión local*, en cuyo caso hay asimetría de los reflejos; otras veces, por el contrario, las perturbaciones del simpático son la expresión de modificaciones del medio interno que dependen, a menudo, de perturbaciones de las *glándulas de secreción interna*.

Resulta evidente, pues, que en el diagnóstico en profundidad de ciertos síndromes y particularmente de los síndromes nerviosos y psíquicos es necesario, después de haber reunido los síntomas superficiales y haber estudiado los síntomas del yo profundo, estudiar los síntomas simpáticos e investigar, finalmente, si hay un *núcleo endocrino*, que frecuentemente viene determinado por una infección o una intoxicación. Obrando en esta forma y haciendo este diagnóstico en profundidad, llegan a explicarse coexistencias sintomáticas indescifrables cuando no se pasa de un diagnóstico de superficie.

Con ayuda de estos principios es posible estudiar las relaciones entre el simpático y las neurosis, que a menudo se pueden poner en evidencia.

Es preciso, primeramente, extendernos sobre lo que vamos a llamar *neurosis*. Nosotros damos el nombre de neurosis o de *psiconeurosis*, a los síndromes neuro-psíquicos que con ausencia de signos clínicos y de lesiones viscerales presentan ciertos individuos en los que tampoco es dable observar la coexistencia de signos físicos de afecciones orgánicas del sistema nervioso: son pues, esencialmente, trastornos funcionales.

Este diagnóstico de *trastornos funcionales* tiene una gran importancia y a este propósito recordaré la definición que de ellos da mi maestro JANET, en su libro sobre las *Medicaciones psíquicas*: "Decir que una afección es funcional es afirmar que las modificaciones del funcionamiento pueden curarla y que la lesión orgánica, que siempre existe, es tal que puede curar por la transformación del funcionamiento" y opone esta afección funcional a la afección orgánica, añadiendo: "Decir que una enfermedad es orgánica es afirmar, por el contrario, que la lesión del órgano no será influenciada por las modificaciones del funcionamiento y que, consiguientemente, toda psicoterapia es inútil"

Vemos que este criterio dado por JANET es un criterio práctico sentando la utilidad o inutilidad de la psicoterapia, aunque el límite entre el lado funcional y el lado orgánico es un poco grosero, siendo necesario a mi entender, delimitar exactamente el grupo demasiado artificial de las psiconeurosis, separándolo, por un lado, de las afecciones nerviosas y por el otro de las afecciones mentales.

La primera delimitación, *del lado de las afecciones nerviosas*, es fácil eliminando, según el criterio de BABINSKI, las afecciones nerviosas que se acompañan de signos físicos de afecciones orgánicas del sistema nervioso. Es evidente, por ejemplo, que un tabético tiene una colección de signos físicos que permiten afirmar que no se trata de una psiconeurosis.

Del otro lado separamos las afecciones psiconeuroticas de las afecciones mentales, cuyos signos de organicidad no sean dudosos. Es evidente que si se trata, por ejemplo, de un delirio sistematizado de persecución con síndrome de debilidad mental y alucinaciones auditivas verbales, hay aquí un sello de organicismo que permite al médico decir que se trata de una afección prácticamente orgánica. Una tal afección no cabe, verdaderamente, en el dominio de las psiconeurosis.

Luego de haber eliminado, por una parte, las afec-

ciones del sistema nervioso con síntomas orgánicos y, por otra, las afecciones mentales orgánicas, cabe preguntarse si lo que queda son psiconeurosis. La respuesta debe ser negativa, por cuanto es necesario hacer una nueva eliminación, tanto en el sentido neurológico como en el psicológico.

En el neurológico, un punto extremadamente importante es el siguiente: véanse multitud de individuos que, especialmente en los primeros momentos de su afección nerviosa presentan síntomas que no llevan el sello de la organicidad lesional. La prueba la tenemos en que un paciente que presenta un ictus tiene desde el primer momento fenómenos de obnubilación que pueden hacer creer en una lesión más extendida de lo que en realidad está. Es por esto que MONAKOW ha empleado la palabra *diasquisis* para significar que, en relación con la lesión limitada, existen fenómenos de inhibición de tal naturaleza, que una serie de síntomas desaparecen con bastante rapidez.

Otros individuos presentan signos físicos de afecciones orgánicas con una atmósfera alrededor de este núcleo orgánico, que no depende únicamente de la lesión deficitaria. Estos *fenómenos dinámicos* están ligados, por lo demás, muy estrechamente a la lesión. Son si se quiere, manifestaciones funcionales puras, perturbaciones de la función, susceptibles de disminuir poco a poco, por el hecho de la evolución, pero que difieren de las manifestaciones funcionales ligadas a las ideas, como lo comprende BAR cuando opone los trastornos funcionales del psiquismo a los trastornos de la organicidad. Es algo intermediario, y podemos llamarlo síndrome dinámico.

Este *síndrome dinámico* se observa a menudo en las afecciones orgánicas del sistema nervioso y es preciso referirlo a las modificaciones que no son psicogénicas, que tampoco se traducen por lesiones definidas, pero que son, sin embargo, del orden de las perturbaciones de la fisiología del órgano. Es por esto que mi maestro BABINSKI ha podido llamarlos *trastornos fisiopáticos*.

Así son eliminados del cuadro de las psiconeurosis una serie de trastornos dinámicos estrechamente ligados a las alteraciones orgánicas del sistema nervioso.

Hagamos, ahora, la misma selección en el otro extremo de las psiconeurosis, del lado que toca los síndromes mentales con substractum orgánico, es decir, de toda una parte de las formas atenuadas de las grandes psicosis.

Es un hecho importante, que cuando el clínico se educa en los Asilos alcanza el hábito de conocer bien las grandes psicosis clínicamente desarrolladas, por ejemplo, las psicosis alucinatorias crónicas, las psicosis de interpretación crónicas, las psicosis de reivindicación, las psicosis afectivas y sus grandes formas delirantes, estuporosas o ansiosas.

Conociendo, entonces, los grandes esquemas le es posible al clínico diagnosticar lo que yo llamo *formas en capullo*, es decir las manifestaciones del mismo orden, dependiendo de idéntico mecanismo, pero en las que los síntomas, en lugar de desarrollarse permanecen en cierto modo en estado embrionario: son las pequeñas formas, las *formas disminuidas*, de las psicosis

de interpretación reivindicación, afectivas, que los clínicos educados simplemente en el terreno neurológico desconocen y confunden corrientemente con las psiconeurosis, error notable que es causa de que, por lo común, el diagnóstico de psiconeurosis esté mal planteado.

Una vez eliminados los cuatro grupos:

a) Afecciones orgánicas del sistema nervioso.

b) Afecciones dinámicas con manifestaciones neurológicas

de una parte, y de la otra

c) Las afecciones mentales y

d) Las psicosis en capullo

queda el grupo clásico de las psiconeurosis, que corrientemente se reducen a cuatro: histeria, neurastenia, psicastenia y psiconeurosis emotiva de DUPRÉ. Yo creo, por lo que diré, que es necesario juntar todavía dos tipos a esta discriminación clínica.

El primer tipo que tiene derecho a la ciudadanía, es la *vagotonía*, tan a menudo observada, aislada por primera vez por EPPINGER y HESS y que responde a una hiperexcitabilidad simpática de predominio vagal. He aquí como yo la describía en 1914: "Esta jovencita que se queja de palpitaciones, dolores precordiales con ligera tradicardia, sensación de quemadura en el estómago, diarrea y crisis sudorales, aunque es friolenta y siente frío en los pies; que tiene abundante secreción lagrimal, que tiene a menudo náuseas y tiende a sentirse enferma, sobre todo antes del período; que se mareará fácilmente y no le gusta viajar de espaldas en el coche o ferrocarril; que con una hendidura palpebral amplia tiene una ligera exoftalmia; que tiene un marcado signo de Graefe, sin el signo de Moebius; que tiene una presión arterial más bien baja, con eosinofilia en ocasiones; cuyas pupilas, más bien pequeñas, no se dilatan con la adrenalina y se estrechan después de la expiración (signo de Samogyi); que tiene glucosuria alimenticia con la adrenalina; debacles secretorias con la pilocarpina, y que finalmente, ve mejorados sus trastornos dispépticos y desaparecer la constipación con la atropina, es una vagotónica. La vagotonía es la regla en el niño".

Algún tiempo después ROGER dió la siguiente descripción de la vagotonía: "La vagotonía", dijo, "no es una enfermedad, es un temperamento morboso, un estado constitucional. El vagotónico es un individuo casi normal, que puede llevar una existencia activa. Está sujeto, simplemente, a ciertos malestares, a ciertos trastornos más o menos penosos y a manifestaciones morbosas, cuya vuelta es a veces periódica. Tiene sudores localizados en los pies y manos. Por la menor causa ocasional sus extremidades se hacen cianóticas o, por el contrario, se vuelven exangües. Su piel está pigmentada. La urticaria es frecuente y el dermatografismo no es raro. Es individuo que se queja a menudo de trastornos respiratorios, de disnea y que tiene, a veces, accesos de asma. Experimenta frecuentemente dolores precordiales que pueden simular una angina de pecho. El pulso es lento, latiendo de 60 a 70 veces por minuto.

Esta bradicardia se observa incluso en los sujetos

jóvenes, en los niños y constituye uno de los signos cardinales del vagotonismo. Afectos a menudo de gastralgia con salivación abundante, de crisis diarreicas o, por el contrario, de constipación espasmódica y de colitis muco-membranosa, los vagotónicos son generalmente tristes, melancólicos, ansiosos, preocupados de su estado y exagerando la importancia del más ligero malestar. Son considerados demasiado fácilmente como neurasténicos y en ocasiones como histéricos, tanto más cuanto que el reflejo faríngeo está poco marcado o es nulo”.

He aquí la descripción sintética de este tipo clásico que EPPINGER y HESS aislaron y que hoy tiene derecho a la ciudadanía. Analizando cuidadosamente los síntomas señalados, sin embargo, es fácil darse cuenta de que en el tipo clásico de la vagotonía una gran parte del cuadro clínico es debida a la hiperexcitabilidad del vago, pero que, a menudo, una parte del mismo depende, también, de la hiperexcitabilidad del ortosimpático. En suma, muchos vagotónicos no son hiperexcitados puros del vago, teniendo al mismo tiempo una hiperexcitabilidad ostosimpática, pudiendo haber crisis de vaso-constricción en relación con la hiperexcitabilidad ostosimpática. Este es el motivo de que la descripción simétrica que EPPINGER y HESS habían querido dar de la vagotonía y de la simpaticotomía, no responda a la realidad. Sin embargo, es posible hallar en ocasiones un predominio de la hiperexcitabilidad del ostosimpático en ciertos individuos que presentan lo que se puede llamar *ataxia vaso-motriz*.

Es por esto que yo decía en 1914: “Esta mujer con gran taquicardia y pocas molestias subjetivas, con exoftalmia sin signo de Graefe, pero con signo de Moebius manifiesto, con pupila dilatada, pero escasa secreción lagrimal, sin sudores ni diarrea, con abundante caída del cabello, tendencia a la fiebre, que siempre tiene color, que tiene midriasis adrenalínica, así como glucosuria alimenticia adrenalínica, que no reacciona con la pilocarpina y que soporta mal la atropina, es una simpático-tónica”.

He probado de señalar, junto a las cuatro psiconeurosis hoy clásicas, dos tipos sintéticos de los cuales, uno tiene una fisonomía clínica con la que se tropieza a menudo y el otro es el resultado en su mayor parte, de una construcción un poco idealista. En otro artículo mostraré como se puede intentar separar, en los casos habituales de diagnóstico clínico de las psiconeurosis, un factor simpático.

#### RÉSUMÉ

*Le diagnostic des psychoneuroses derive, d'après l'Auteur, de trois grands principes: le principe de la hiérarchie des troubles, des lésions et des maladies, le principe du coefficient réactionnel individuel, et le principe du diagnostic en profondeur. La première partie du diagnostic est en quelque sorte une partie inductive qui consiste à partir du malade pour le ramener dans un des grands cadres nosologiques. La seconde partie, au contraire, est comme une clinique différentielle basée sur la différence entre le cas particulière du malade et les cas généraux. Le troisième principe, celui du diagnostic en profondeur, cherche au-dessous de l'atmosphère superficielle des symptômes, les troubles du moi profond.*

*A l'aide de ces principes directeurs il est possible d'étudier les rapports entre le sympathique et les psychoneuroses, dont le groupe, assez artificiel, doit être limité d'abord du côté des affections nerveuses et d'autre part du côté des affections mentales, jusqu'à le réduire aux quatre psychoneuroses classiques: l'hystérie, la neurasthénie, la psychasthénie et la psychoneurose émotive de DUPRÉ. L'Auteur croit qu'il faut ajouter deux nouveaux types à cette discrimination clinique: un premier type, qui a une physionomie clinique qu'on trouve souvent, c'est la vagotonie, l'autre, qui est en grande partie le résultat d'une construction un peu idéale, c'est la sympaticotomie.*

#### SUMMARY

*The diagnosis of psychoneuroses is derived, according to the author, from three great principles: the principle of the hierarchy of troubles, of lesions and diseases, the principle of the individual reactive coefficient and the principle of the diagnosis in depth. The first part of the diagnosis is in some way an inductive part, consisting in starting from the patient to bring him into one of the large nosologic pictures. The second part is, on the contrary, like a differential clinic based on the difference between the particular case of the patient and the general cases. The third principle, that of the diagnosis in depth, saks around the superficial atmosphere of the symptoms, the troubles of the deep ego.*

*With the aid of these directing principles, it is rendered possible to study the relation between the sympathetic and the psychoneuroses which group, artificial enough, must be limited first from the side of the nervous affections and on the other hand, from the side of the mental troubles until they are reduced to the four classic psychoneuroses: hysteria, neurasthenia, psychasthenia and DUPRÉ's emotional psychoneurose.*

*The author is of opinion that two new types should be added to this clinical nomenclature a first type which shows a clinical picture often met with, the vagotonía and the other, one, which is largely the result of a somewhat ideal construction, the sympaticotomia.*

#### ZUSAMMENFASSUNG

*Die Diagnostik der Psychoneurosen leitet sich nach dem Autor 3 grossen Prinzipien ab: dem Prinzip der Hierarchie der Störungen, der Verletzungen und der Krankheiten, dem Prinzip des individuellen Reaktions-Coeffizienten, und dem Prinzip der Tiefen-Diagnostik.*

*Der 1. Teil der Diagnostik ist in irgend einer Weise ein induktiver Teil, welcher sich ergibt, wenn man vom Kranken ausgeht, um ihn in einen der grossen neurologischen Rahmen einzureihen.*

*Der 2. Teil im Gegenteil ist wie eine differenzierte Klinik, welche auf dem Unterschiede zwischen dem besonderen Falle der nervösen Affektionen hin beschränkt werden muss und dasjenige der Tiefendiagnostik, sucht unter der oberflächlichen Atmosphäre der Symptome die Störung des Tiefen-Ichs.*

*Mit Hilfe dieser Leitprinzipien ist es möglich, die Beziehungen zwischen dem Sympaticus und den Psychoneurosen zu studieren, deren ziemlich künstliche Gruppe zuerst nach Seite der nervösen Affektionen hin beschränkt werden muss und dann nach Seite der mentalen Affektionen, um sie auf 4 klassische Psychoneurosen zurückzuführen: die Hysterie, die Neurasthenie, die Psychasthenie und die emotionelle Psychoneurose von DUPRÉ. Der Autor glaubt, er müsse 2 neue Typen dieser klinischen Unterscheidung hinzufügen: einen 1. Typ., der eine klinische Physiognomie hat und den man oft antrifft, es ist die Vagotonie—und einen 2. Typ., der zum grossen Teil das Resultat einer etwas ideellen Konstruktion ist—das ist die Sympaticotomie.*