

nes, anomalías, etc. que expongan al enfermo a sufrir estas complicaciones, y en estos casos, mediante el uso del parpanit y del amital sódico, se origina un ataque de un tipo en que, por encontrarse modificada la intensidad de sus fases tónicas y clónicas, así como con las agitaciones postconvulsivas, se evitan las fracturas y luxaciones. Además, con estos medicamentos de fácil manejo, no existen los riesgos que supone el empleo del curare.

## BIBLIOGRAFIA

1. BENNET.—Journ. Am. Med. Ass., 114, 322, 1940.
2. BAUMOEL.—Diseases of the nervous system. New York, 7-5, 151, 1946.
3. BEARD y HARRIS.—Diseases of the nervous system. New York, 7, 9, 1946.
4. DOMENJOZ, R.—Schweiz. Med. Wschr., 76, 1282, 1946.
5. DAENICK y LIBRECHT.—Schweiz. Med. Wschr., 78, 903, 1948.
6. DELAY y STEVENIN.—Annal. Med. Psychol. París, 2, 2, 1947.
7. DESHAIES y RENARD.—Annal. Med. Psychol. París, 1, 1, 1948.
8. DONOVAN y BRIGHTON.—Lancet, 1, 17, 1947.
9. EATON.—Mayo Clinic. Rochester, 22, 1, 1947. Ref. Excerpta Med., 1, 2, 1948.
10. FATHERSTONE, CARTER y GOTTLIEB.—Arch. Neur. Psych. Chicago, 58, 2, 1947.
11. GRÜNTAL.—Schweiz. Med. Wschr., 76, 1286, 1946.
12. GRÜNTAL y UDVARHELYI.—Monatsch. Psych. u. Neur., 115, 3-4, 1948.
13. GOLDMANN.—The Med. Priess, 108, 5615, 1946.
14. GILLIS y WEBSTER.—Brit. Med. J., 115, 1947.
15. HARTMANN.—Schweiz. Med. Wschr., 76, 1289, 1946.
16. HARTMANN.—Therapeutische Umschau, 1947.
17. HARTMANN y MONNIER.—Schweiz. Med. Wschr., 74, 845, 1948.
18. HEYMANS y VLEESCHHONWER.—Schweiz. Med. Wschr., 10, 13 marzo 1948.
19. HEUSCHER y SHOELLY.—Schweiz. Med. Wschr., 21, 29 mayo 1948.
20. HEUSCHER.—Schweiz. Med. Wschr., 77, 1947.
21. HEATH y NORMAN.—Proc. Soc. Exp. Biol. a. Med., 63, 396, 1946.
22. HELDT.—Am. J. Psych. Baltimore, 104, 27, 1947.
23. HOBSON y PRESCOTT.—Brit. Med. J., 115, 1947.
24. HOBSON.—Journ. Belg. Neur. et Psych., 47, 10, 1947.
25. HEUSCHER.—Schweiz. Med. Wschr., 77, 1947.
26. HYVERT FRAGORD.—Annales Med. Psicol., 2, 4, 1947.
27. IMPASTATO y ALMANI.—Am. J. Psych., 100, 1943.
28. JOACHIMAGH y KLISINNIS.—Schweiz. Med. Wschr., 21 mayo 1948.
29. KALINOWSKY y KOCH.—Shocktreatment. Londres, 1946.
30. LABORIT.—Presse Méd., 4, 48, 1948.
31. LINDEMANN.—Am. J. Psych., 88, 1947.
32. LEVY y PERRY.—Journ. Nerv. and Ment. Dis., 106, 1947.
33. LINGLEY y ROBBINS.—Radiology, 48, 2, 1947.
34. MARSHALL y SWANTON.—The Medical Journ., 1, 1, 1947. Ref. Excerpta Med., 1, 2, 1948.
35. MAHAUX y KOWABWSKI.—Schweiz. Med. Wschr., 78, 41, 1948.
36. MARCHAND y MASSON.—Annal. Med. Psychol., 11, 5, 1947.
37. MARTÍNEZ y VEGA.—Actas Esp. Neurol. y Psiqu., 2, octubre 1940.
38. RAVINE.—Presse Méd., 18, 1948.
39. RUBINSTEIN.—Diseases of the Nervous System., 71, 1946.
40. SALDE, H.—Monatschrift für Psychiatrie u. Neurol., 115, 3-4 1948.
41. VELA, L. y DE LA VEGA, P.—Actas Esp. de Neur. y Psiqu.
42. VEGA, P. DE LA, y VEGA, J. L. DE LA.—Rev. Clín. Esp.,
43. VEGA, P. DE LA.—Rev. Clín. Esp., 9, 1, abril 1943.
44. VEGA, P. DE LA, SERRA, F. y VEGA, J. L.—Rev. Esp. Oto-Neuro-Oftal., 15 marzo 1945.
45. WILTUR, MICHAELS y BECKERN.—Diseases of the Nervous System, 8, 3, 1947.

## SUMMARY

The authors have gathered from their own experience that the complications of the electrical shock and of cardiazol are very limited if used with due care. Certain predisposing factors, abnormalities, etc., may be present in a few cases which render the patient more liable to the complications. In these particular cases, the use of parpanit and sodium amytal give rise to an attack, which, owing to the change of intensity of the tonic and clonic phases and also

of the post-convulsive disturbance, fractures of bones and luxations are avoided. This has been shown in 20 patients, 10 treated with electrical shock and another 10 with cardiazol. Furthermore, the dangers involved through the use of curare are non-existent when these drugs are used.

## ZUSAMMENFASSUNG

Auf Grund ihrer eigenen Erfahrungen nehmen die Verfasser an, dass die Komplikationen des Elektroschockes und des Cardiazols bei vorsichtiger Anwendung nur ganz gering sind. In bestimmten Fällen können Praedispositionen, Anomalien usw. vorliegen, die zu diesen Komplikationen führen können. Bei diesen Patienten werden Frakturen und Luxationen mit Hilfe von Parpanit und Natriumamital vermieden, weil so im Anfall die Intensität der tonischen und klinischen Phasen, sowie postkonvulsiven Agitationen in ihrer Stärke reduziert werden. Das konnte bei 10 mit Elektro-Shock und 10 mit Cardiazol behandelten Patienten beobachtet werden. Diese Medikamente sind ausserdem in ihrer Anwendung einfacher als das Curare.

## RESUMÉ

Les auteurs, comme fruit de leur expérience croient que les complications de l'électroshock et le cardiazol, alors qu'ils sont employés avec une technique soigneuse, sont très limitées. Dans des cas déterminés il peuvent exister des prédispositions, anomalies etc..., qui exposeraient le malade à souffrir ces complications et dans ces cas, au moyen de l'emploi du parpanit et de l'amital sodique is se produit une attaque d'un type tel chez qui, se trouvant modifiée l'intensité de ses phases toniques et cloniques ainsi que les agitations postconvulsives, les fractures et les luxations sont évitées. Ils l'ont prouvé de la sorte chez 20 malades, 10 traités avec électroshock et le reste avec du cardiazol. En outre, avec ces médicaments de manipulation aisée, il n'existent pas les dangers que suppose l'emploi du curare.

ALERGIA RESPIRATORIA EN VIZCAYA.  
ESTADISTICAS. COMENTARIOS

J. M. POSSE

Médico del Hospital Civil. Bilbao.

Hace algunos años publicamos un trabajo monográfico sobre el tema "La alergia respiratoria en Vizcaya"; desde entonces los hechos nos han venido a demostrar el interés que encierra el problema y la magnitud que alcanza en nuestra provincia; cada día que pasa vamos dándonos cuenta que nuestros conocimientos en la materia

son insuficientes y que la opinión de los clínicos y de los especialistas de alergia no sólo no son coincidentes, sino que muchas veces son diametralmente opuestas; en esta parte de la patología humana más que en cualquiera otra, los resultados tanto diagnósticos como terapéuticos son el reflejo de la manera de pensar del médico o del investigador, siendo, por lo tanto, de un valor relativo.

De modo que admitimos en la confección de una estadística que el criterio del investigador es una de las causas, por no decir la principal, que más directamente interviene modificando las cifras en uno u otro sentido; otra causa es la orientación que sugiere el compañero que manda el enfermo al especialista; muchas veces este último se limita a practicar las investigaciones y técnicas que se solicitan informando luego en consecuencia; este procedimiento, como se comprenderá, es parcial, y sus resultados son de poco interés general, ya que no reflejan el criterio propio del especialista de alergia ni tampoco un criterio uniforme y bien cimentado; creemos que este modo de hacer las cosas es totalmente equivocado; se debe dejar al especialista que estudie al enfermo desde el principio hasta el fin, siguiendo su manera de pensar, clínica, radiológica, alérgicamente, etc., y no sólo que llegue al diagnóstico, sino que incluso dirija el tratamiento, lo vigile y controle.

Otro factor que interviene modificando las cifras estadísticas es los métodos de exploración practicados; alérgenos comerciales o individuales, exploración sistemática o dirigida en un sentido clínico (nosotros seguimos siempre este último criterio); por último, existe otro factor, sitio donde se realiza el estudio; al decir sitio nos referimos no sólo al Hospital o Centro médico en que son estudiados los enfermos alérgicos, sino también a la localidad o a la región donde se encuentran los pacientes.

En los años que llevamos dedicando nuestra atención a estos problemas de la alergia, hemos podido formarnos nuestro propio criterio sobre la materia, basándonos en un estudio de algo más de 1.000 enfermos alérgicos, la mayoría de ellos (un 80 por 100, aproximadamente) afectados de procesos de alergia respiratoria; sin embargo, no todos estos enfermos los creamos utilizables para la confección de una estadística; podemos separarlos en tres grupos, a saber: un grupo de pacientes vistos por nosotros en nuestra consulta privada, que alcanzan a una cifra de unos 350 enfermos; otro grupo de cerca de 500 a 600, vistos en colaboración con otros compañeros, y, por último, un tercer grupo de enfermos alérgicos, estudiados en el Hospital Civil, que sólo llega a un pequeño número, despreciable en cuanto se refiere a todo valor estadístico por su número insuficiente y por la parcialidad que se observa en el reparto de los enfermos, ya que ciertas secciones tenían interés por estos estudios y otras no.

El primer grupo es el único utilizable de ma-

nera absoluta, pues refleja plenamente nuestro criterio, y es, por otro lado, el que mejor se ha estudiado y controlado; el segundo grupo es interesante, pues en él existen casos notables y demostrativos, pero no lo queremos utilizar en conjunto, pues no expresa nuestra manera de pensar, sino la del compañero que ha visto al enfermo; además, no han sido controlados por nosotros durante el curso del tratamiento. De este grupo hemos seleccionado aquellos enfermos en los que más directamente hemos tenido participación en su estudio y en su diagnóstico, con los cuales hemos formado otro lote que nos atrevemos a unir a nuestra primera estadística.

De modo que, resumiendo, de unos 1.000 enfermos alérgicos vistos por nosotros más o menos directamente, seleccionamos aquellos que en realidad son los que creemos de utilidad; esta cifra alcanza a 441 enfermos de alergia respiratoria, dato éste que nos dice que así como todo clínico en cuanto sospecha la existencia de una enfermedad tuberculosa pulmonar envía el enfermo al consultorio del tisiólogo para que éste lo explore y estudie con el fin de sentar la terapéutica a seguir, encargándose de la vigilancia de la misma, casi siempre directamente y en algunas ocasiones en estrecha colaboración con el internista, en la enfermedad alérgica no ocurre de esta manera, pues el médico se hace cargo directamente del tratamiento del enfermo o delega éste en un practicante o enfermera, siendo muy contados los casos en que lo envía al especialista para que éste corra con la responsabilidad total del caso; sería muy de desear que en este campo de la Medicina se estableciera una cordial y estrecha colaboración entre el médico general y el que dedica sus actividades a las enfermedades alérgicas; sería muy conveniente que se conceda a éste cierta beligerancia y cierta capacidad científica dentro del conocimiento de la Medicina, lo que no se puede admitir de modo alguno es decir al paciente de asma bronquial que abandone la localidad en que reside y que no se curará si sigue viviendo en su residencia acostumbrada, esto sin haberle hecho otra exploración que un breve interrogatorio y un examen radioscópico de tranquilidad.

Muchos de los que leyeren estas líneas (no todos) estarán conformes conmigo, y no es que yo pretenda establecer un exclusivismo y pretenda que sólo son capaces de llegar a un exacto diagnóstico etiológico aquellos que más se interesan por las enfermedades alérgicas (no los llamemos alergistas, ni alergólogos, ni siquiera especialistas en alergia, pues creo que esta especialización la ha de conceder el propio enfermo y nuestros mismos compañeros), pues todo clínico que tenga *tiempo* y *afición* (muy necesarios estos dos puntos) puede llegar y llega a establecer certeros diagnósticos etiológicos; ahora bien, hemos subrayado que tenga *tiempo* y *afición* por la sencillísima razón de que éste es el principal fallo que apreciamos en aquellos que



estudian a los enfermos de alergia como un enfermo de tantos, como un enfermo más.

Propugnamos, pues, la estrecha colaboración del médico general y del interesado en alergia en beneficio del enfermo y en beneficio de la alergia, pues sólo de esta forma nos será posible el enjuiciar con relativa seguridad el problema. ¿No es pena que de 1.000 enfermos sólo una tercera parte califiquemos como utilizables para fines estadísticos?

En presencia de esta cifra salta a la vista que el número de enfermos afectos de alergia es relativamente grande, si consideramos que la población de Vizcaya es de unos 600.000 habitantes poco más o menos, han desfilado por nuestras manos del 1 al 2 por 1.000 en calidad de pacientes alérgicos; si pensamos ahora que casi con seguridad no hemos visto más que una parte de los enfermos alérgicos de Vizcaya, podemos suponer con toda lógica que esta cifra es bastante más elevada; creemos, sin temor a equivocarnos, que la podemos hacer llegar al 1 ó 2 por 100 de la población, lo que supone que hayamos visto una décima parte; ahora bien, volvemos a recordar cómo en nuestra estadística el 80 por 100 de los enfermos se refiere a procesos de alergia respiratoria, y juzgaremos la importancia que este problema alcanza en la provincia de Vizcaya, lo cual, de otra manera, puede expresarse diciendo que de cada 100 individuos existe uno o dos que padecen de un proceso alérgico del aparato respiratorio.

#### SEXO.

Si estudiamos nuestra estadística de clientes privados (289 pacientes) fijándonos en el sexo del paciente, tendremos: varones, 158 (55 por 100); hembras, 131 (45 por 100); es decir, que hay un ligero predominio de las enfermedades alérgicas respiratorias (estudiadas en conjunto) en el hombre (10 por 100 más), lo cual creemos se debe a que por trabajar el hombre fuera de la casa está más expuesto a la acción perjudicial de los cambios de temperatura, atmosféricos, infecciosos, etc.; sin embargo, la diferencia, como se ve, es muy ligera.

Es conveniente, no obstante, analizar este punto y considerar aisladamente los diversos procesos alérgicos respiratorios; en esta materia, como en otras muchas, tampoco están de acuerdo las opiniones de los diversos investigadores; por ejemplo, limitándonos al asma bronquial que se manifiesta exclusivamente en niños, ha publicado recientemente MELAMED una estadística en la que encuentra un 50,5 por 100 de casos en hembras y un 49,5 por 100 en varones; por lo contrario FLEUSBOURG, en una estadística de 298 enfermos, encuentra 190 muchachos y 108 muchachas; estas cifras son coincidentes con las que da BRAY, el cual señala que en la infancia el número de casos de asma es dos veces más frecuente en los varones que en las hembras; desde los veinte a los cincuenta años

es más frecuente en la mujer y después de los cincuenta años vuelve a ser más frecuente en el hombre; examinado el problema en conjunto, se observa un predominio del asma en el hombre, aproximadamente un 53 a 57 por 100, cifra muy semejante a la nuestra; en las rinitis alérgicas, por el contrario, es muy manifiesto el predominio en la mujer; algún autor llega a dar la cifra del 80 por 100 (HULER y HARSH); nuestra estadística señala para las rinitis alérgicas puras, sean perennes o estacionales, la siguiente proporción: varones, 25 por 100; hembras, 75 por 100; y en las rinitis asociadas con asma, varones, 33 por 100, y hembras, 67 por 100.

#### EDAD.

Para estudiar esta influencia en nuestra estadística, vamos a referirnos también exclusivamente a casos de nuestra clientela privada. Citarémos, en primer lugar, la edad en que han sido vistos por nosotros, haciendo constar la característica de si se trata de síndromes "alergénicos" o "no alergénicos"; en la última columna del cuadro figura la proporción de casos en cada edad.

Edad	No alergénicos	Alergénicos	Total	Porcentajes
1-10.....	12	27	39	13,3
10-20.....	13	10	23	8,7
20-30.....	10	46	56	19,4
30-40.....	22	49	71	24,5
40-50.....	37	17	54	18,6
Más de 50.....	38	8	46	15,5
TOTAL.....	132	157	289	

COMENTARIO.—Este cuadro refleja la edad en que nosotros hemos visto en nuestra consulta los enfermos alérgicos y no la edad del comienzo de sus síntomas; si nos fijamos en el cuadro, vemos en primer lugar un ligero predominio de los síndromes "alergénicos" (157) sobre los "no alergénicos" (132), lo que supone un 54,3 por 100 y un 46,7 por 100, respectivamente; téngase en cuenta que en los síndromes "no alergénicos" incluimos las bronquitis crónicas, las bronquitis asmáticas y las bronquitis de repetición; fijándonos en la última columna, vemos que el mayor número de enfermos alérgicos de todo tipo está comprendida entre los treinta y cuarenta años, de tal modo, que antes de los cuarenta años hemos visto el 65,9 por 100 de los casos, el número de casos de síndromes "alergénicos" que están comprendidos antes de los cuarenta años alcanza el 84,1 por 100, mientras que los "no alergénicos" antes de esta edad sólo llegan a los 43,3 por 100.

Este dato de la edad en que el enfermo acude a la consulta, aunque de cierto interés, lo tiene menos que el dato que señala la época del co-

mienzo de los síntomas; hemos revisado nuestras fichas, y con los datos obtenidos construimos el siguiente cuadro:

Edad	Casos	Porcentaje
1-10 .....	52	18 %
10-20 .....	37	12,5 %
30-30 .....	90	32 %
30-40 .....	48	16,5 %
40-50 .....	46	15,5 %
Más de 50 .....	16	5,5 %
TOTAL.....	289	

COMENTARIO.—Analizando estas cifras, podemos ver que de todos los procesos alérgicos respiratorios sin hacer distinción de la naturaleza del síndrome comienzan antes de los cuarenta años, el 79 por 100 (compárese con el dato análogo del cuadro anterior, que señalaba 65,0 por 100), vemos también que el mayor número de casos de alergia comienza entre los veinte y treinta años (32 por 100), en contra de lo que se observa en el cuadro anterior, en que la edad de los pacientes que vemos con mayor frecuencia está comprendida entre los treinta y cuarenta años; observamos también cómo un 30,5 por 100 de los casos comienzan a padecer de síntomas de alergia respiratoria antes de los veinte años, más concretamente, según nuestros datos, antes de los quince, en plena edad infantil.

Los datos de la presente estadística se refieren, como ya lo hemos dicho en otro punto, a toda clase de síndromes alérgicos respiratorios, dentro de los cuales la cifra más importante la ocupa el asma bronquial; la mayoría de los autores, BRAY, TUFT, VAUGHAN, RACKEMAN y otros señalan exclusivamente para el asma bronquial los siguientes datos referentes a la edad de comienzo de los primeros síntomas; un 30 por 100 aparece antes de diez años de la vida, un 45 a 50 por 100 entre los veinte y cuarenta años y solamente un 12 a 18 por 100 después de los cincuenta años; comparemos estas cifras con las nuestras y veremos que son casi idénticas: de un año a veinte, 30,5 por 100; de veinte a cuarenta, 48,50, y después de los cuarenta años, 21 por 100; los síndromes alérgicos respiratorios determinados por el polen y las rinitis vasomotoras son más frecuentes en toda estadística después de los veinte años hasta los treinta, cosa que ocurre también en la nuestra.

Nosotros hacemos estos comentarios a nuestras cifras, que juzgamos del mayor interés; el lector podrá sacar, por su parte, otras muchas consecuencias; cierto que los datos son un poco vagos e imprecisos por englobar en la misma cifra síndromes alérgicos muy diversos y diferentes. A título informativo señalamos que esta estadística se desglosa, según el síndrome clínico, del siguiente modo:

	Casos
Asma bronquial .....	131
Rinitis alérgica .....	39
Rinitis y asma .....	45
Bronquitis asmática .....	31
Bronquitis crónica .....	23
Bronquitis de repetición .....	20
TOTAL.....	289

En este cuadro vemos, cosa que ya antes hemos señalado, cómo predominan los llamados síndromes "alérgicos"; estableciendo la separación etiológica de "alérgicos" y "no alérgicos", veríamos de modo mucho más patente la influencia de la edad en la aparición de los primeros.

#### ALERGIA RESPIRATORIA INFANTIL.

Vamos a referirnos concretamente a un punto en relación con la edad; estudiemos las características de la alergia respiratoria en los primeros quince años de la vida; en la estadística que comentamos, hasta ahora hay 80 casos comprendidos en esta edad; si a éstos añadimos 34 enfermos de menos de quince años estudiados en otros lotes de enfermos, tendremos un total de 114 casos de asma y rinitis vasomotora, separándolos, según las diversas edades en que hicieron aparición los primeros síntomas, tenemos el siguiente cuadro:

	Casos
Antes de 1 año .....	21
De 1 a 2 años.....	12
De 2 a 3 años.....	5
De 3 a 4 años.....	11
De 4 a 5 años.....	8
De 5 a 6 años.....	4
De 6 a 7 años.....	6
De 7 a 8 años.....	7
De 8 a 9 años.....	4
De 9 a 10 años.....	1
De 10 a 11 años.....	1
De 11 a 12 años.....	10
De 12 a 13 años.....	11
De 13 a 14 años.....	9
De 14 a 15 años.....	4

Más demostrativo es, sin embargo, el presente cuadro, si lo representamos refiriendo el número de casos a la edad cada dos años:

	Casos
Antes de los 2 años .....	33
De 2 a 4 años.....	16
De 4 a 6 años.....	12
De 6 a 8 años.....	13
De 8 a 10 años.....	5
De 10 a 12 años.....	11
De 12 a 14 años.....	20
TOTAL.....	110



COMENTARIO. — En ambos cuadros se ve de modo muy manifiesto cómo en el primer año (y también en el segundo) la cifra de procesos alérgicos del aparato respiratorio es relativamente alta, siguiendo también, aunque decreciendo progresivamente en los años siguientes para volver a elevarse al llegar a los doce, trece y catorce años, creemos que estas variaciones se deben al papel primordial que tienen en los dos primeros años de la vida los factores alimenticios, importancia que va disminuyendo con la edad a partir de esta época, para dejar paso en los años posteriores a la intervención fundamental de los alérgenos inhalantes, intervención ésta a la cual se debe la nueva elevación del número de casos en los trece y catorce años.

Lo expuesto nos lleva a decir alguna cosa más sobre la alergia infantil: en nuestra estadística privada vemos que antes de los quince años se manifiestan 80 casos de los 289, o sea, un 27,6 por 100; en una palabra, que la alergia respiratoria en los niños constituye un problema importante; queremos manifestar que no todos los clínicos enfocan este asunto de la misma manera ni le conceden la misma importancia, así en nuestra pequeña casuística de enfermos de alergia respiratoria estudiada en el Hospital Civil el número de casos de menos de veinte años alcanza un 40 por 100, lo cual se debe al interés de ciertos compañeros por el problema de la alergia en sus niños, interés que no demuestran otras secciones.

A título de curiosidad haremos constar que el enfermo asmático que más precozmente manifestó los síntomas alérgicos fué a los cuatro meses y el de más edad a los setenta y un años; también como dato interesante diremos que una enferma acudió a nuestra consulta después de pasados treinta años del comienzo de sus molestias; otro enfermo, que empezó a sufrir de asma a los siete años, le vimos nosotros a la edad de treinta y tres, o sea, a los veintiséis años de enfermedad; todos los enfermos, o al menos la gran mayoría, acuden a consultar sus molestias después de un período de tiempo más o menos largo; es raro que el enfermo se presente en nuestra consulta en el primer año de enfermedad; la mayoría lo hacen en períodos que oscilan por lo regular entre los dos y diez años.

#### FACTORES ETIOLÓGICOS Y PATOGENICOS.

Las cifras expuestas hasta ahora tendrían poco interés si sólo comentásemos los citados aspectos; creemos conveniente enfocar ahora el problema etiológico y patogénico. La estadística que vamos a comentar se compone de los 289 casos ya citados y alguno más no incluído, lo que eleva la cifra a 306 enfermos, y otra de 135 pacientes seleccionados de los 600 casos estudiados con otros compañeros, o sea, que en total comentaremos la etiología y patogenia de 441 casos de alergia respiratoria, señalando con preferencia las sensibilizaciones encontradas.

Expongamos en forma de cuadro las diversas estadísticas:

CUADRO PRIMERO

Sensibilización	Casos	Porcentaje
Polvo .....	46	15,5
Polvo y hongos .....	29	10,6
Polvo y prod. epidérmicos.....	14	4,7
Polvo, hongos y bacterias.....	10	3,3
Hongos (exclusivamente) .....	7	2,2
Hongos y bacterias.....	14	4,5
Bacterias .....	117	33,1
Polvo de cereales (exclusiv.).....	7	2,2
Pólenes .....	10	3,1
Epidérmicos puros .....	6	1,9
Mostaza .....	4	1,6
Químico .....	3	1,0
Sin diagnosticar .....	15	4,7
Alimentos .....	16	5,0
Café (inhalante) .....	1	0,3
TOTAL.....	306	

CUADRO SEGUNDO

Sensibilización	Casos	Porcentaje
Polvos (exclusivamente) .....	12	8,9
Polvo y hongos .....	11	8,1
Polvo y prod. epidérmicos.....	14	10,2
Polvo y bacterias.....	9	7,5
Polvo, hongos y bacterias.....	6	4,3
Hongos (exclusivamente) .....	2	1,9
Hongos y bacterias .....	7	5,2
Bacterias (exclusivamente) .....	50	36,5
Polvo de cereales .....	3	2,3
Pólenes .....	5	3,6
Sin diagnosticar .....	10	7,3
Alimentos .....	6	4,2
TOTAL.....	135	

CUADRO TERCERO (RESUMEN)

Sensibilización	Casos	Porcentaje
Polvo (exclusivamente).....	58	13,2
Polvo y hongos .....	40	0,2
Polvo y prod. epidérmicos.....	28	6,5
Polvo y bacterias .....	19	4,3
Polvo, hongos y bacterias.....	13	2,9
Hongos (exclusivamente) .....	9	2,0
Hongos y bacterias .....	21	4,8
Bacterias (exclusivamente) .....	167	37,7
Polvo de cereales .....	10	2,3
Pólenes .....	15	3,2
Epidérmicos puros .....	6	1,4
Mostaza .....	4	0,9
Café .....	1	0,3
Químico .....	3	0,7
Alimentos .....	22	5,0
Sin diagnosticar .....	25	5,6
TOTAL.....	441	

COMENTARIO.—Del examen de los cuadros anteriores puede apreciarse que la proporción en que aparece cada alérgeno es muy parecida; así

la sensibilización al polvo, sumados todos los casos en que ésta se manifiesta, son 36,3 por 100, 39,0 por 100 y 36,1 por 100, respectivamente, en cada cuadro; las sensibilizaciones a hongos (en su totalidad) supone 19,5 por 100, 18,5 por 100 y 19,9 por 100, respectivamente, y así en otros aspectos podemos ver cómo las cifras son coincidentes también; esto refleja, como decíamos al principio del trabajo, no sólo el problema de la alergia en sí mismo, sino más bien el criterio del médico; vemos que en las dos estadísticas la repartición de los casos son sensiblemente coincidentes, y no es que en la segunda estadística hayamos seleccionado los casos, sino que nos hemos limitado a recoger, como ya lo hemos dicho, aquellos que hemos juzgado como utilizables por su estudio más completo.

#### BACTERIAS.

Aparte de esta primera impresión, lo que salta a la vista es el elevado número de casos que presentan sensibilización bacteriana; si sumamos los casos en que aparecen no sólo esta clase de sensibilización, sino también otra simultánea, o sea, los que en nuestro cuadro clasificamos como sensibilización a "polvo y bacterias", "polvo, hongos y bacterias" y "hongos y bacterias", veremos que llegan a 220 casos (en el último cuadro), lo que supone un 50 por 100 de todos los procesos de alergia respiratoria; pero conviene que señalemos que en la mayoría de los casos de sensibilización múltiple la sensibilización a bacterias es secundaria, aunque no por ello despreciable; no obstante, la sensibilización de tipo "alergénico" es de mucha mayor importancia; nosotros hemos clasificado a estas sensibilizaciones múltiples como síndromes "alergénicos", y el tratamiento con los extractos específicos y más tarde con una vacuna bacteriana nos han asegurado la curación clínica; ahora bien, los casos de nuestra casuística que presentan únicamente sensibilización a bacterias, alcanza la cifra (cuadro tercero) 167, o sea, el 37,7 por 100 de la totalidad; si recordamos que dentro de los síndromes alérgicos de origen bacteriano incluimos las bronquitis crónicas, las bronquitis de repetición y los complejos cuadros clínicos de las bronquitis asmáticas, tendremos que de los 167 casos de sensibilización bacteriana podemos separar 71, que corresponden a los síndromes que acabamos de citar; es decir, que los asma de etiología bacteriana bien definidos quedan reducidos de un modo notable; creemos que podemos hacer llegar su proporción a un 24 por 100 de todos los casos de alergia respiratoria.

No pocos de los enfermos que presentaban sensibilidad cutánea a bacterias, al explorar ésta en épocas más avanzadas nos ha demostrado la existencia de típicas alergias, que antes no se habían manifestado, lo cual se podía explicar por un primer examen deficiente, por una sensi-

bilización que se ha producido con el tiempo o porque en el primer examen la alergia citada estaba localizada en el órgano reaccional y más tarde se ha extendido a la piel; nosotros admitimos en la mayoría de los casos este último mecanismo, ya que en algunos cuadros clínicos éste coincidía con el alérgeno encontrado, y en consecuencia recomendamos la repetición de las pruebas cutáneas en años sucesivos, al menos con las sustancias clínicamente sospechosas.

Este capítulo del asma bacteriano en especial y de la alergia bacteriana en general es uno de los puntos más debatidos y quizá en el que más se aprecia de modo manifiesto el criterio personal del investigador o del clínico; ya el lector se habrá dado cuenta de nuestra manera de pensar sobre la alergia bacteriana, la cual, si no es opuesta, tampoco es incondicionalmente entusiasta; la exploración de los enfermos y el mismo tratamiento no nos satisface plenamente en cuanto se refiere a la alergia bacteriana, a pesar de los buenos resultados obtenidos con la vacunoterapia.

TUFF, RACKEMAN, ROWE y otros forman como defensores de un criterio; así el citado en el último lugar, en un reciente trabajo en el cual estudia un lote de 173 enfermos asmáticos de edad superior a cincuenta y cinco años, encuentra 73 pacientes en los cuales las pruebas cutáneas fueron negativas, pero la clínica demostró la existencia de sensibilizaciones a diversos alérgenos, y concluye el citado autor admitiendo que la alergia bacteriana es muy poco importante en estos enfermos (véase cómo precisamente el mayor número de casos de alergia bacteriana se dan en nuestra estadística después de los cuarenta años), y desde luego muy inferior a los alimentos y a los alérgenos inhalantes.

Este criterio podríamos considerarlo como opuesto a la existencia de la alergia bacteriana, mientras que el polo opuesto, también extremo, es el que sustentan entre otros clínicos nuestros compatriotas JIMÉNEZ DÍAZ y SÁNCHEZ CUENCA; el primer autor, sobre 1.218 enfermos de alergia respiratoria, señala y cataloga como infecciosos a 1.003, o sea, el 81 por 100.

Nuestra opinión, como resultado de nuestra experiencia, es la expuesta; la alergia bacteriana como factor fundamental en los síndromes respiratorios y su importancia clínica no la creemos de interés capital, sobre todo en la génesis de los cuadros clínicos de asma, recortado y preciso de típica presentación alérgica; no obstante, nunca se deberá olvidar el papel de las bacterias en el momento de hacer el diagnóstico ni a la hora de hacer el tratamiento.

El aspecto de la alergia bacteriana que se refiere a la alergia tuberculosa en relación con los síndromes alérgicos respiratorios, es en nuestra estadística muy secundario; en pocas ocasiones hemos encontrado lesiones tuberculosas activas en verdaderos asmáticos; por lo demás, la apreciación de lesiones moderadas de fibrosis o restos y secuelas de anteriores lesiones tuberculo-



sas, las juzgamos de poca importancia clínica, ya que su hallazgo no es mayor en este tipo de enfermos que en otro enfermo cualquiera.

El problema de la infección focal es, en nuestra casuística, de poco, por no decir nulo, interés.

#### ALERGIA AL POLVO Y HONGOS.

Si sumamos los casos en que hemos encontrado sensibilización a polvo de casa, bien sea ésta aislada o coincidiendo con otras sensibilizaciones, vemos que el número total de enfermos sensibles al polvo se eleva a 158, lo que supone un 36,1 por 100.

Puede apreciarse en los tres cuadros estadísticos que cerca de la mitad de las sensibilizaciones por polvo presentan simultáneamente otro tipo de sensibilización, y muy en especial a hongos; la sensibilización producida por la inhalación de esporos de hongos está asociada en la mayoría de las ocasiones a la presencia de sensibilización al polvo; así vemos en nuestro último cuadro que las sensibilizaciones a hongos se elevan en su totalidad a 83 casos que supone un 20 por 100 (exactamente 19,9 por 100) de todos los síndromes alérgicos respiratorios; ahora bien, vemos cómo 40 casos, o sea, la mitad en números redondos, coinciden con la alergia al polvo de vivienda.

Si se suman todos los casos que presentan sensibilización a polvo y a hongos, la cifra se eleva a 188, o sea, 42,6 por 100; es decir, que la alergia al polvo y a los esporos de hongos es, en nuestra opinión, en los enfermos que hemos estudiado en la provincia de Vizcaya, la más importante como factor etiológico en los síndromes alérgicos respiratorios; si nos fijamos exclusivamente en los síndromes "alergénicos", ocupan estas dos sensibilizaciones, y muy especialmente el polvo de casa, un papel fundamental; si en el tercer cuadro estadístico mantenemos la misma proporción entre síndromes "alergénicos" y "no alergénicos" del cuadro primero, veríamos que el número de casos de síndromes "alergénicos" sería de 240, y, por lo tanto, dentro de éstos la alergia al polvo y a los hongos es fundamental, llegando a alcanzar en conjunto la cifra de 78 por 100 de todas las sensibilizaciones; la alergia al polvo sola o asociada, sería de un 65 por 100 en los síndromes "alergénicos".

Por lo tanto, creemos que la sensibilización a polvo es la primera en importancia en Vizcaya; en segundo lugar, la producida por hongos y junto con ella los procesos de naturaleza principalmente bacteriana, sobre todo importante en los síndromes no netamente recortados, como son la bronquitis de repetición, la bronquitis crónica y la bronquitis asmátiforme; a considerable distancia de éstos quedan los otros factores etiológicos.

#### POLINOSIS.

Veamos a continuación el aspecto que ofrece en Vizcaya el problema de las polinosis; en líneas generales, su importancia es muy secundaria; el número total de casos de alergia respiratoria debidos a sensibilizaciones polínicas sólo llega al 3,2 por 100 de la totalidad; esta proporción es muy semejante a la que hemos encontrado en otras estadísticas de autores españoles, por lo cual podemos catalogar a las polinosis como escasas; cierto que muchos casos no se consultan con el especialista, debido a que su síndrome, una rinitis polínica (el síndrome más frecuente), no les molesta lo suficiente; pero aun admitiendo una cifra real de polinosis mayor que la señalada, siempre sería su importancia bastante secundaria en relación con otras etiologías; de aquí que los estudios botánicos sobre la flora alergógena y los que se dirigen a conocer la concentración polínica del aire atmosférico de determinada región sean de un valor muy limitado, y, desde luego, las molestias y trabajo que suponen no están compensadas con las aplicaciones prácticas que de sus resultados se derivan, dada la poca importancia relativa del problema en toda España y también en Vizcaya; sin embargo, esto no quita para que precisamente éste haya sido el tema que más ha atraído a todos los que nos hemos interesado por el problema de la alergia, sobre todo en nuestros primeros pasos en este terreno de la Medicina, pues en verdad el tema es altamente sugestivo y atrayente; lo dicho no supone que se deban abandonar estos estudios sistemáticos; nada más lejos de nuestra opinión, sino que no deben hipervalorarse en exceso, pues, como ya lo hemos dicho, el problema de las polinosis en España, y también en la provincia de Vizcaya, es fundamentalmente simple, ya que se reduce a las manifestaciones clínicas determinadas por la sensibilización a pólenes de gramíneas de aparición primaveral.

#### POLVO DE CEREALES.

Otros aspectos de menor interés de la alergia respiratoria en Vizcaya lo constituyen la alergia a polvo de cereales y la determinada por productos epidérmicos de animales.

La alergia producida por polvo de cereales estudia aquellos casos cuya sintomatología aparece vinculada a dichos productos, y las pruebas cutáneas lo confirman; se trata, como se sabe, por lo general de casos de alergia, que podemos calificar como profesionales, molineros, panaderos, etc.; su presentación en Vizcaya es poco notable.

#### PRODUCTOS EPIDÉRMICOS.

La alergia a productos epidérmicos de origen animal, pelo, caspa, etc., tampoco es frecuente en Vizcaya; su presentación, como es lógico,

ocurre entre personas que se relacionan directamente con el animal origen de la sustancia alergizante, y en no pocos casos, debido a la gran potencia alergénica de estas sustancias en individuos que se ponen en contacto con intermediarios portadores del alérgeno; hace ya tiempo publicamos uno de estos casos, típico y de fácil diagnóstico, por estar localizado el alérgeno en determinado tipo social de individuo.

Los casos más frecuentes en Vizcaya pertenecen a sensibilizaciones por productos epidérmicos de origen vacuno (vaca y buey), en menor cuantía el asno y raros los producidos por el caballo y mucho más raros otros animales.

Los casos de hipersensibilidad debida a lana y plumas son algo más frecuentes; sin embargo, casi todos ellos se deben a la intervención de estos materiales como relleno de almohadas y colchones; por ello, y ya que la inmensa mayoría, por no decir todos estos casos, coinciden con hipersensibilidad al polvo de vivienda los estudiados dentro de aquélla, y los hemos catalogado en nuestras estadísticas como debidos a alergia "al polvo y productos epidérmicos"; su cifra llega en total a 28 casos, y supone una proporción de 6,5 por 100 de la totalidad.

No vamos a insistir en que estos casos se deben al deterioro de estos productos, así como a la parasitación de los mismos, pero sí quiero llamar la atención sobre un punto de relativo interés; se ha escrito por eminentes clínicos que la importancia de las plumas es escasa, ya que rara vez intervienen éstas como relleno; en Vizcaya podemos decir que su uso está muy extendido, ya que el relleno de almohadas, sobre todo, y también de edredones y cojines es en el medio rural casi exclusivamente de plumas de gallina; plumas muy frecuentemente, aunque también se encuentran casos de relleno de otro tipo: corcho, miraguano, etc. Considerado el asunto en conjunto, podemos decir que el relleno de almohadas es de plumas como regla, y de otro material como excepción.

Los casos de alergia a la mostaza los hemos catalogado aparte, por la dificultad de hacerlo en otro grupo definido; de su importancia ya hemos tratado en anteriores trabajos; en conjunto no es frecuente.

#### Químicos.

Tampoco son frecuentes los casos de alergia respiratoria producida por agentes químicos; de nuestros casos, el más violento fué un asma bronquial determinado por sulfamidas (sulfatiazol), síndrome grave que puso en peligro la vida del enfermo, y raro en la casuística, se originó la hipersensibilidad clínica en la tercera tableta que tomó el paciente.

#### ALERGIA ALIMENTICIA.

Hemos dejado para el final este tema, por el poco interés que juegan como genuinos alerge-

nos los alimentos; en nuestra estadística resumen (cuadro tercero) su importancia llega al 5 por 100; sin embargo, en la mayoría de los casos podemos catalogar los alimentos como factores complejos, sobre todo en la génesis de síndromes alérgicos abigarrados; las formas clínicas de asma alérgico alimenticio primario o idiosincrásico son muy raras; nosotros sólo hemos visto dos casos de este tipo: uno producido por clara de huevo y otro por harinas de leguminosas.

En donde hemos encontrado con mayor frecuencia la intervención de las sustancias alimenticias ha sido en la primera infancia; muchos de los casos que hemos clasificado como sin diagnosticar su etiología son, sin ningún género de dudas, alergias alimenticias infantiles; por lo tanto, podemos decir que los alimentos intervienen en la aparición de los síndromes alérgicos respiratorios en un 10,5 por 100 de los casos.

En el primer cuadro de factores etiológicos clasificamos aparte un caso de alergia al café; lo hacemos así, porque en esta ocasión el café intervenía como inhalante cuando se trataba del producto crudo; en cambio, la inhalación de polvo de café tostado, así como la inhalación de polvo de la tienda y de los sacos era perfectamente tolerada, lo mismo que el café en ingestión o la respiración del humo del mismo en la torrefacción.

#### AMPLIACIÓN.

Posteriormente hemos visto cerca de 100 enfermos más; la repartición de los casos entre sí es muy semejante a la expuesta en los cuadros anteriores, y por ello no hemos modificado las cifras, ya que fundamentalmente no se modificarían tampoco las proporciones ni la esencia de los mismos.

#### CONCLUSIONES

Se hacen consideraciones sobre más de 1.000 enfermos de alergia respiratoria, de los cuales se seleccionan 441 casos (en realidad son 539 con las aportaciones que se indican en la ampliación), en los que se examinan ciertos factores etiológicos.

El problema de la alergia respiratoria en Vizcaya se juzga de interés, y su frecuencia se valora en un 1 por 100, aproximadamente, más frecuente en conjunto en el varón que en la mujer.

La mayoría de los casos manifiestan sus síntomas precozmente, de modo que antes de los cuarenta años comienzan a padecer de sus molestias alérgicas del aparato respiratorio el 79 por 100 de los individuos; el problema de la alergia respiratoria infantil es de interés en Vizcaya, ya que antes de los veinte años hemos visto el 30,5 por 100 de los enfermos.

De los factores etiológicos se admite que en Vizcaya ocupan el primer lugar el polvo y los



hongos y luego las bacterias; éstas son de gran importancia (los agentes etiológicos más importantes) en los síndromes no "alergénicos"; el polvo ocupa en los síndromes "alergénicos" el primer lugar, alcanzando al 65 por 100 de las sensibilizaciones.

El número de polinosis es en Vizcaya semejante al que se da en otras provincias españolas.

La alergia respiratoria por productos epidérmicos y polvo de cereales no es frecuente en Vizcaya.

La alergia alimenticia no es frecuente; su mayor interés se presenta en la primera infancia.

Se observa un predominio ligero de los síndromes "alergénicos" sobre los "no alergénicos".

Se sugiere la conveniencia de una estrecha colaboración del internista con el especialista de alergia, pues sólo de esta forma se podrá llegar a enjuiciar el problema en sus verdaderos términos, y sólo así se conseguirá un conocimiento real del problema.

#### SUMMARY

The causative factors of 539 cases of respiratory allergy chosen from over 1.000 patients of the Province of Biscay are studied. The main factors are the following: dust (65 %); fungi and bacteria. The pollinosis are encountered at the same rate as in the rest of Spain and the alimentary and epidermic product allergies are uncommon. Seventy nine percent of the cases were under 40 years and 30,5 % under 20 years of age, with a net superiority of "allergenic" syndromes over "non-allergenic" syndromes.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Man untersuchte die aethiologischen Faktoren von 539 Patienten mit respiratorischer Allergie, die aus mehr als 1.000 Kranken der Provinz Vizcaya, herausgesucht wurden. Dabei handelt es sich hauptsächlich um Staub (65 %), Pilze und Bakterien. Die Polinosen kommen ebenso oft wie im übrigen Spanien vor, wogegen die durch Nahrungsmittel und epidermische Produkte erzeugten Allergien selten sind. 79 % war jünger als 40 und 30,5 % jünger als 20 Jahre, wobei die "allergenischen" Syndrome immer stärker waren als die "nicht allergenischen".

#### RÉSUMÉ

On étudie les facteurs étiologiques de 539 cas d'allergie respiratoire choisis parmi plus de 1.000 malades de la province de Biscaye. Les principaux sont: la poudre (65 %), les champignons et les bactéries. Les polynosis se présentent avec la même fréquence que chez le reste de l'Espagne et les allergies alimentaires et par produits épidermiques sont rares. Le 79 % des cas étaient âgés de moins de 40 ans et le 30,5 % de moins de 20, prédominant toujours les syndromes "alergéniques" sur les "non allergéniques".

## EL "ANÁLISIS DEL DESTINO"—TERCERA ESCUELA PSICOANALÍTICA—Y SU DIAGNÓSTICO EXPERIMENTAL DE LOS INSTINTOS

A. LINARES MAZA

Director de la Clínica Psiquiátrica Militar y Psiquiatra por oposición del Hospital Civil Provincial de Málaga.

En 1937 publicó por vez primera una exposición de sus ideas sobre "análisis del destino" el célebre psiquiatra húngaro LIPOT SZONDI, las cuales fueron ampliadas en 1944 en su libro aparecido en idioma alemán y con este mismo título de "Schicksalanalyse", en una editorial suiza. En 1947 aparece, también en Suiza, un segundo libro de este autor titulado "Diagnóstico experimental de los Instintos", y en él se anuncian ya el tercero y cuarto de esta gran obra psiconalítica de SZONDI, cuyos respectivos títulos serán los de "Instintos y Educación" y "Terapéutica de los Instintos", respectivamente.

¿Y en qué consiste esta nueva doctrina del "análisis del destino", cuyo nombre es tan sugerente y al mismo tiempo tan ambicioso?

Según su propio autor, se trata nada menos que de una dirección, aún inexplorada dentro de la Psicología profunda, la de la *Genealogía del Inconsciente*, que, simultáneamente, y como su nombre indica, pretende darnos una visión prospectiva del destino individual, con las posibilidades favorables y los peligros que le aguardan en el futuro y el modo de ayudar a aquéllas y de evitar éstos, porque creo necesario consignar desde un primer momento que SZONDI no es en absoluto *determinista* en el sentido clásico de la palabra, y por ello admite que las posibilidades de desarrollos y direcciones instintivas para el futuro que en cada individuo se albergan, aunque influirán decisivamente en toda su conducta futura, no están rígidamente sometidas a un *fatum* que no deje resquicio al libre albedrío para orientar aquella conducta desde el sentido altruista más elevado hasta el más bajo y antisocial, según el ambiente, educación, ideales, etc. de cada ser humano.

Esta teoría parece, pues, ciertamente, interesante, y no habiendo aún aparecido en España más que un sucinto resumen del segundo libro de SZONDI, hace poco más de un mes, y cuando ya llevaba muchos de utilizar personalmente estos métodos, publicado en la "Revista de Psicología General y Aplicada", con el título de "El test de SZONDI", y orientado hacia la técnica del método que éste utiliza para su "diagnóstico experimental de los instintos", creo de interés para el público científico de habla española hacer una exposición de la doctrina del "análisis del destino", que, aunque en parte parece adolecer del común defecto de las escuelas psicoanalíticas de un exceso de generalización y de amplitud que tiende a hacerlas en seguida ver-

daderas "concepciones del mundo", estimo que contiene en sí muchas ideas y novedades provechosas y prácticamente utilizables.

\* \* \*

Como es sabido, el genio de FREUD, fundador del psicoanálisis y verdadero descubridor del inconsciente, prescindiendo de generalizaciones y exageraciones, unas científicamente inadmisibles y otras además éticamente reprobables, nos ha dejado un cuerpo de hechos y doctrinas utilísimas, y que marcan una nueva dirección en Psicología.

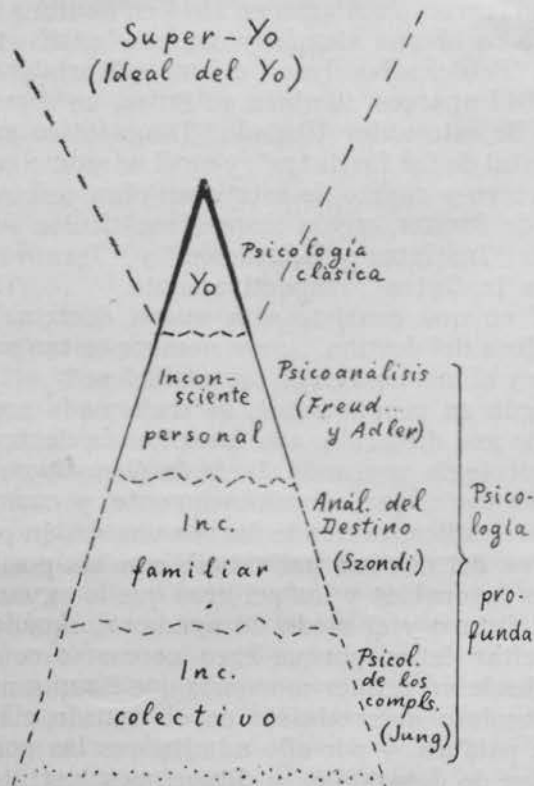


Fig. 1.—Esquema convencional de un psiquismo humano. (El grosor y la continuidad de las líneas representan la más o menos neta delimitación entre los diversos estratos del psiquismo y de éste, en su conjunto, frente al ámbito no personal.)

FREUD insistió especialmente en la importancia de las vivencias infantiles, aparentemente olvidadas, pero realmente conservadas en el subconsciente personal y cargadas dinámicamente por el gran motor (pero no tan exclusivo como en el freudismo resulta) del instinto sexual.

En esa riquísima mina que significa para la psicología profunda el "inconsciente", FREUD, tras de hacer su denuncia o descubrimiento, se fué adentrando en la exploración y explotación de los filones más superficiales, los que constituyen el *inconsciente personal* que ontogénicamente se ha ido formando en cada individuo.

Le siguió luego JUNG, que profundizando mucho en los últimos filones del *inconsciente colectivo*, extrajo de él los ricos materiales de los *arquetipos* para su "Psicología de los complejos". Las interesantes teorías de AGLER, el principal discípulo disidente de FREUD, aunque muy

útiles en la práctica y complementarias de las de éste al poner a contribución amplia el instinto de autoafirmación y conservación del yo junto al sexual hipervalorado por FREUD, se mueve no obstante en los mismos estratos del inconsciente personal que las de su maestro.

Quedaba, no obstante, una "tierra de nadie" en los filones intermedios, más profundos que los del inconsciente personal explotado por FREUD, y no tanto como los últimos del colectivo, común a toda la especie humana, puestos a contribución por JUNG, y esos filones intermedios por los que SZONDI intenta adentrarse son los del *inconsciente familiar*, no explorado antes que él, el cual, además, tiene el elegante rasgo de probidad científica de no menospreciar, como los investigadores que le precedieron, los filones que no sean de su propiedad exclusiva, sino que valora en conjunto la total mina del "inconsciente" en todos sus estratos.

Habremos, pues, de reconocer desde hoy, en la estructura de cada psiquismo individual, los siguientes componentes principales:

1.º El *yo* o parte *consciente* del psiquismo, de la que venía ocupándose, con exclusión de las demás, la psicología clásica.

2.º El *inconsciente personal*, formado ontogénicamente en cada ser humano, estudiado a fondo por la escuela de FREUD y complementariamente (en lo que se refiere a los instintos de conservación del individuo) por la de ADLER.

3.º El *inconsciente familiar*, puesto a contribución por SZONDI, del que nos ocupamos en este trabajo.

4.º El *inconsciente colectivo*, objeto de estudio de la "psicología de los complejos" de JUNG y su escuela, que contiene los arquetipos, imágenes y conceptos primitivos, que ejercen también un importante papel en las formaciones espirituales humanas, tanto normales (Poesía, Mitología, ensueños) como patológicas (enfermedades mentales).

Estos tres estratos del inconsciente y sus relaciones mutuas, así como con el yo y el mundo externo, constituyen el campo de investigación de la llamada "psicología profunda".

Aunque tampoco nos ocupemos especialmente de él, no debe dejarse de mencionar un quinto e importantísimo componente psíquico normal, que es el *super-yo*, formado a expensas del resto del psiquismo, con aspiraciones y tendencias provenientes de los estratos inferiores en mutua interacción (en el sentido más lato de esta palabra) con el mundo de los valores supraindividuales, siendo por ello equivalente al *ideal* del yo, lo que "se querría ser", lo que "se querría poseer", etc., y que también tiene una evidente actuación sobre el psiquismo normal y patológico.

\* \* \*

Veamos ahora cuál es la base o substrato material y los contenidos y mecanismos de ese *inconsciente familiar* de que nos habla SZONDI.



Ya sabemos desde MENDEL que los portadores de toda cualidad hereditaria son los genes que el individuo recibe de sus padres, y que entre esos genes hay unos dominantes que se manifestarán a su tiempo en el fenotipo si las circunstancias paratípicas les son favorables y otros recesivos, que permanecerán reprimidos o "dominados" por aquéllos en estado de latencia durante la vida del individuo, pero que, no obstante, pasarán a los hijos de éste, en los que se manifestarán tan sólo cuando el azaroso proceso de las permutaciones genéticas permita la aparición de un sujeto homocigoto respecto a alguno de ellos. Casi a esto se reduce, en lo fundamental, lo que la heredología clásica nos puede informar sobre esos genes recesivos o latentes que todo individuo porta en sí para entregarlos a su descendencia, y que pasarían por él, aparentemente, como el pez por el agua, sin dejarle traza de su paso.

Pues bien, la grande y revolucionaria aportación, de enorme interés heurístico, que SZONDI ha hecho a la genética es la de dar un muy importante papel a esos genes latentes, hasta ahora tan menospreciados. A base de amplias y minuciosas investigaciones genealógicas, proseguidas durante años por SZONDI y sus colaboradores y elaboradas con el moderno rigorismo estadístico, creen haber demostrado que esos genes recesivos latentes son el fundamento material de las importantes energías instintivas que alimentan el *inconsciente familiar*, y que poseen una influencia decisiva sobre el destino del individuo, por ser las que principalmente condicionan, sobre todo, a través de su carácter, esos actos tan aparentemente libres o casuales de la elección de amigos y de cónyuge, la preferencia por una u otra profesión, e incluso gran parte de las enfermedades y el género de muerte que puede sufrir una persona, en los que ya, con entera independencia, la actual *medicina psicosomática* ha hecho reconocer el básico papel que hay que atribuir a los influjos de naturaleza psíquica.

Esos genes latentes reciben, pues, su investidura en el "análisis del destino", por ser los portadores de las tendencias y posibilidades instintivas de la persona. Y respecto a este tema, tan trascendental en psicología profunda del sistema de instintos de la especie humana, vuelve a romper revolucionariamente con todo lo que antes de él se había dictaminado sobre la materia. Es sabido que el dualismo de FREUD de un instinto sexual (libido = de vida para la especie), en pugna con un instinto del yo (autoafirmación individual, al mismo tiempo que de muerte)—que en sus publicaciones de madurez relaciona respectivamente con las células germinales, inmortales y con las somáticas, perecederas (\*)—vuelve dominando en general en Psicología, aun a

través de modificaciones más o menos aparentemente radicales de los autores que amplían estos dos instintos fundamentales con otros, como el de nutrición, de poder personal, gregario, etc. SZONDI y sus seguidores, en cambio, partiendo de sus investigaciones genealógicas y clínicas, admiten los cuatro instintos fundamentales o *vectores instintivos* (eligiendo el término "vector" por su sentido matemático de "segmento limitado y con sentido de dirección") siguientes:

*Instinto sexual* (vector S), en relación con el círculo (\*\*\*) hereditario de las anomalías sexuales—homosexualidad, sadismo y masoquismo, principalmente—, cuya individualidad e independencia genética han sido demostradas por las investigaciones de PILTZ, MATNUS HIRSCHFELD, VON RÖMER, THEO LANG, etc.

*Instinto ético y paroxístico; Instinto de sorpresa* (vector P), relacionado con el círculo *epileptiforme* (BRATZ) o *paroxístico* (SZONDI (\*\*\*)).

*Instinto del yo* (vector E) (SZONDI usa Sch, iniciales de "Schizophrenie", que yo aconsejo simplificar en español en E), con los dos importantes grupos de tendencias egosistólicas y egodistólicas, en relación con el círculo esquizomorfo (RÜDIN, HOFFMANN, LUXEMBURGER, etcétera).

*Instinto de contacto* (vector C), relacionado con el círculo heredo-biológico maniaco-depresivo o circular (LENZ, HOFFMANN, RÜDIN, etc.).

\* \* \*

Hasta aquí he procurado dar una idea general de la amplitud de las ideas de SZONDI, que abarcan: a) Una teoría del inconsciente familiar. b) Un nuevo sistema instintivo para la especie humana. c) La fundamentación genético-biológica de los instintos, al menos en la parte que "llena" ese inconsciente familiar, en los genes recesivos o latentes de que es portador todo individuo; y d) El gran papel que esos instintos representan, desde el inconsciente, en el destino

(\*\*) Estas concepciones fisiopatológicas y nosológicas de "círculos" aparecen bajo el influjo de la patología funcional, y se refieren al conjunto de mecanismos (sin sujetarse a localizaciones rígidas), cuyas correlaciones intervienen en una función determinada, y al de afecciones que guardan análogas mutuas relaciones; así se habla en Psiquiatría de círculo esquizofrénico, timopático, etc. (v. LÓPEZ IBOR: "Actas Luso-Esp. de Neur. y Psiq.", VIII, 1948).—L. M.

(\*\*\*) M<sup>me</sup>. MINKOWSKA ("L'Evol. Psychiatr.", 1947) fué la primera en individualizar un grupo patológico, genético-constitucional, al que llamó "glischroide" (de una raíz griega que significa viscoso). Ahora bien, SZONDI, en su amplio grupo "paroxístico", incluye lo epiléptico junto a lo histérico, rompiendo las tendencias hasta hace poco dominantes de rígida separación entre ambas series de manifestaciones y alineándose, por tanto, junto a los investigadores que han hallado puntos de contacto patogenéticos y aun etiológicos, como FISCHER y LEYSER, negando la distinción entre ataques funcionales y orgánicos ("Msch. Psychiatr.", 1922), BRATZ ("Msch. Psychiatr.", 1911) y GUTTMANN ("Z. Neur.", 1929), con ciertas reservas, en sus estudios sobre epilepsia afectiva, o MAUZ ("La predispos. a los ataques convuls.", Madrid, 1942), con su constitución histero-refleja entre las ic-  
tafines.

(\*) En relación con las ideas de WEISMANN sobre la continuidad del *plasma germinal*, que a su vez se basa en las célebres investigaciones de BOVERI, y tuvo ya un ilustre precursor en GALTON mismo.—L. M.

del individuo en la vida: en su carácter, en la selección amorosa y en amistades y profesión, en posibles actuaciones antisociales o criminales y en las enfermedades, y, como secuencia lógica de la concatenación durante su vida de todos estos factores, en el género de muerte. No es, pues, de extrañar que, dada la amplitud de todo este programa, o sea, la gran riqueza en nuevas ideas, abundantemente desarrolladas y argumentadas, que nos ofrece SZONDI, sea prácticamente imposible el resumirlas por completo en los estrechos márgenes de este trabajo. Por ello, y esperando que me sirva de excusa previa la extensión de la obra que trato de extractar, me limitaré a intentar dar de ella ahora unas cuantas visiones parciales de sus principales puntos que sirvan para intuir la magnitud del conjunto y que puedan despertar el interés por conocerla en el original con mayor detalle.

Cada pareja de genes (alelos)—el paterno y el materno—transmisores instintivos, son portadores de dos *tendencias instintivas*—una en cada gene, por lo que las fórmulas hereditarias de éstas serán *A* o *a*, *B* o *b*, etc.—, y éstas serán, por lo tanto, los elementos primordiales indivisibles o “átomos instintivos”; además, las dos tendencias de cada pareja son polarmente opuestas, por ejemplo, la tendencia del sadismo-agresión-actividad y la del masoquismo-humildad-pasividad.

Las dos tendencias de cada pareja, en su fusión heredo-biológica, dan origen al elemento secundario, que es la *necesidad instintiva* o *factor instintivo*—con fórmula *Aa* o *Bb*, etc.—, por ejemplo, las dos tendencias precitadas forman el factor *s*, sado-masoquista o de sexualidad masculina.

Cada dos factores polarmente opuestos, pero intrínsecamente afines, forman un *instinto* o *vector instintivo*—cuyas fórmulas serán, pues, *AaBb* o *CcDd*, etc.—, por ejemplo, el factor *s*, ya mencionado, unido al factor *h*, de sexualidad femenina, forman el instinto sexual o vector *S*.

Y aquí terminan las oposiciones polares por parejas que vimos se encuentran en las tendencias y de nuevo en las necesidades instintivas, pues entre los cuatro instintos fundamentales que admite la escuela de SZONDI ya no hallamos aquéllas, estando los cuatro en mutua interacción y lucha por predominio y por aflorar a conciencia satisfaciéndose en sus objetivos específicos.

Cada instinto, y respectivamente, cada necesidad y cada tendencia instintiva tienen tres orientaciones posibles de su destino en la vida: I. *Fisiológico* o *normal*, socialmente indiferente o útil, en forma de selección de amigos, objetivo amoroso, profesión, etc. II. *Patológico* o *negativo*, en actitudes antisociales o criminales y en enfermedades; y III. *Sublimado* o *positivo extremo*, en misiones y profesiones elevadas, arte, práctica de grandes virtudes, etc.

Analicemos ahora, en forma de compendio, cada uno de los instintos básicos, sus componen-

tes y los destinos vitales hacia los que se orientan, y de los cuales he ideado una sinopsis esquemática en la figura 2.

El *instinto sexual* o *vector S* se compone de dos factores instintivos, el *h* y el *s*, que son, respectivamente, el de la sexualidad femenina e impulso maternal (con la tendencia primera, a la ternura personal y sensual, y segunda, a la ternura colectiva y humanizada) y el de la sexualidad masculina (con las dos tendencias que indiqué en un ejemplo anterior, tercera, sádica, y cuarta, masoquista).

Las formas de satisfacción normal del factor *h* son en la ternura y amor por una *determinada* persona, familia, país, etc., en la maternidad y en profesiones, como las del servicio doméstico, cocina, peluquería, modistería, etc. Formas patológicas y antisociales serían la homosexualidad, estafa, prostitución, etc. y socialmente elevadas la aspiración a gran cultura, filantropía y espiritualidad.

El factor *s* tendería normalmente a comportamiento viril y activo, paternidad y profesiones, como la de conductor, leñador, carnicero, luchador, etc. Patológicamente, a las desviaciones algolágnicas sexuales, homicidio y violencias, etc., y sublimadamente encontraría su finalidad en el sacrificio heroico, obra de civilización o conquista guerrera, por ejemplo.

El *instinto paroxístico* y *ético* o *vector P* está constituido por el factor *e*, de aspiraciones morales (quinta tendencia, al mal, y sexta, al bien) y el *hi* de las inclinaciones exhibicionistas y a hacerse valer (séptima tendencia, al impudor exhibicionista, y octava, que es su opuesta, de pudor y recato).

La satisfacción normal del factor *e* se da en las descargas de ira e intolerancia y profesiones como la de herrero, fogonero, marino o aviador. La patológica, en la epilepsia con todas sus variantes, en el asma, jaqueca y otras afecciones alérgicas, clepto y piromanías, etc. La socialmente positiva, en las diversas formas de piedad y beneficencia.

El factor *hi* halla su satisfacción patológica en la histeria y pseudologismos, por ejemplo. La normal y la sublimada, en el anuncio y cuidado personal más o menos excesivos, en la oratoria, artes teatrales, política, etc.

El *instinto del yo* o *vector E*, que ocupa una parte muy amplia en la obra de SZONDI, merece, por ello, que nos detengamos un poco más en él.

El “análisis del destino” concibe la conciencia como formada por dos grandes partes: 1) La *conciencia perceptiva*, que se llena del mundo externo por las sensaciones y percepciones que de él capta; y 2) La *conciencia desiderativa* o *apetitiva* (*Bedürfnis* o *Wunschbewusstsein*), que recibe sus materiales de los deseos contenidos en los factores instintivos genéticamente condicionados.

También en el inconsciente (globalmente concebido, con sus tres partes: individual, familiar y colectiva) habría dos grandes compartimen-



tos en íntimo contacto: 1) La "sala de espera", de las aspiraciones que todavía no han llegado a aflorar jamás a conciencia, pero que pugnan por conseguirlo; y 2) La "prisión", donde los procesos de represión han confinado a aquellas tendencias primitivas que alguna vez se manifestaron importunamente chocando con algún

llungnehmende Ich", cuya traducción literal sería "yo que adopta actitudes", pero que, considerando el sentido que le da SZONDI, creo mejor traducirlo como "yo directivo", que como "director o conductor interno" decide sobre la suerte que han de sufrir las aspiraciones instintivas, ya manifestadas en nuestra conciencia deside-

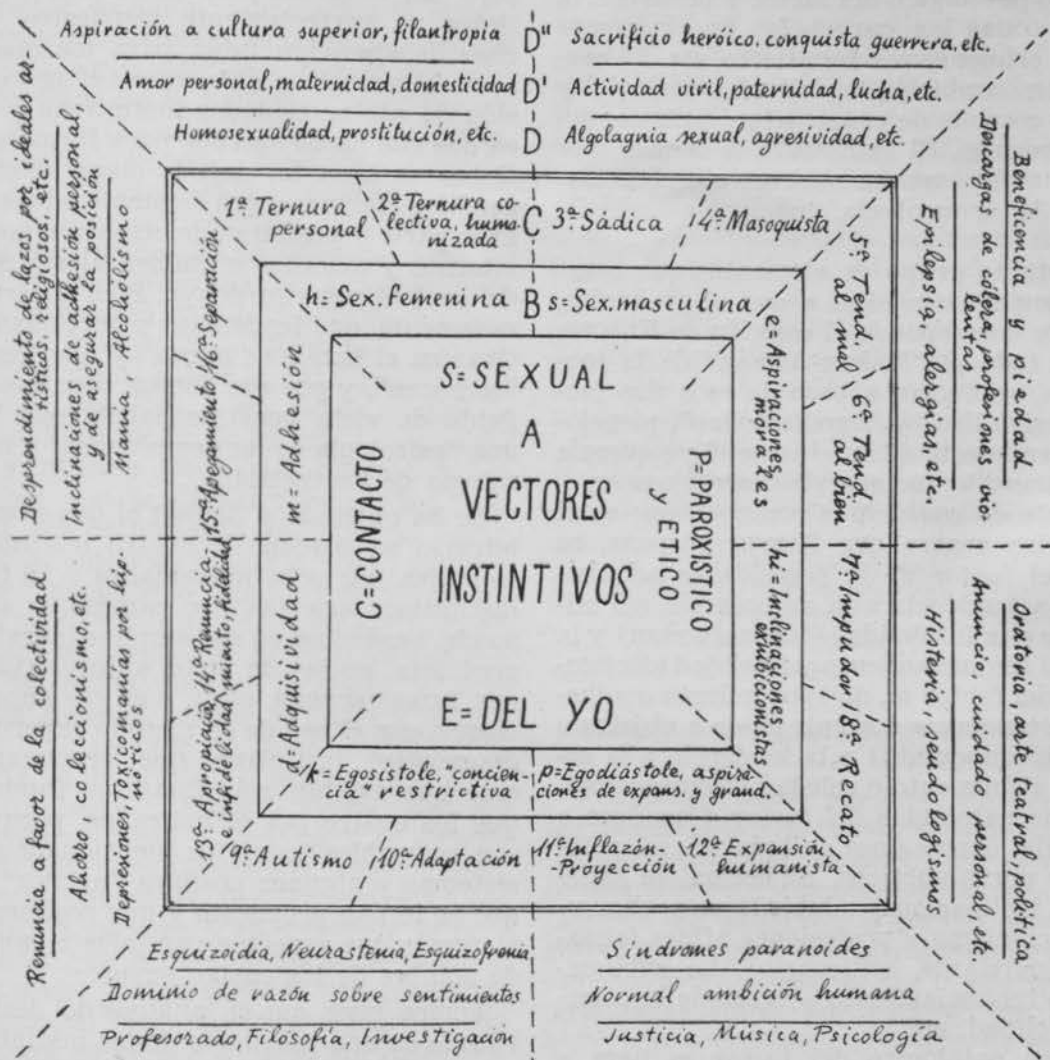


Fig. 2.—Sinopsis del sistema de los instintos de SZONDI y de sus posibilidades de destino. Zona A = Los 4 "vectores" instintivos; zona B = Las 8 "necesidades" instintivas; zona C = Las 16 "tendencias" instintivas; zona D = Posibilidades principales de destino: Normal (D'), Patológico (D) y Sublimado (D').

tipo de resistencia interna o del ambiente suficientemente fuerte para desencadenar el mecanismo de la censura.

El *instinto del yo* se hallaría integrado, como los otros tres, por dos necesidades instintivas opuestas, el factor *p*, dotado de potencias expansivas, por lo que se le considerará el "creador del yo" o *egodiastólico*, y el factor *k*, con las energías directivas, de precaución y también de asimilación materialista, siendo, pues, el *ego-sistólico*.

Las dos tendencias de este factor *k* son: la del autismo-egoísmo-narcisismo o de *introyección* (novena) y la de adaptación a las exigencias de la colectividad o de *represión* (décima), las cuales intervienen sinérgicamente en las importantes funciones del: 1) *Yo directivo* ("ste-

rativa, siendo por tanto manifestación del "libre albedrío" clásico. 2) *Yo "materialista" introyectivo*, que se apropia y asimila lo que le conviene o agrada, formándose por tal mecanismo esa parte del ideal del yo que refleja lo que se desea tener o posar; y 3) *Yo represivo*, que rechaza toda tendencia instintiva peligrosa que se haya hecho consciente.

El factor *p* consta también de sus dos tendencias opuestas, que son: la de *inflazón*, expansiva, de voluntad de poder y grandeza, o bien de *proyección* al exterior, de tendencias propias inconscientes (undécima), y la de extensión humanista, de inclinaciones espiritualizadas hacia la colectividad (duodécima).

El destino patológico del factor *k* puede plasmarse en la catatonia, esquizoidia y neuraste-

nia, vagabundeo y pereza. El normal se refiere a las mencionadas funciones "egosistólicas" y adaptativas del yo directivo o voluntad de libre decisión, censura y dominio de la razón sobre los sentimientos, etc. y el sublimado proporciona una superación del autismo y egoísmo en altas profesiones, como la del profesorado, lógica, filosofía, matemáticas y física teóricas, etc.

El destino patológico del factor *p* llevaría a la paranoia y todas las variedades de síndromes paranoides, crímenes por fanatismo, etc. El normal, a la sana ambición espiritual y material y profesiones como la de constructor, químico, detective o abogado. El sublimado, a la más alta rectitud y justicia, renunciamento altruista, dedicación a la arqueología, música, psicología, etcétera.

El importante grupo de elementos que constituyen el super-yo o ideal a que el yo aspira, que en parte corresponde al espíritu de KLAGES, pero sobre todo al "Mahan-Atmán" de la teosofía índica, se forma a base de esos dos factores: "egosistólico" y "egodistólico", mencionados, dictando este último lo que el yo querría ser y el primero lo que querría tener o poseer.

El *instinto de contacto* o *vector C*, que es el último de los cuatro que SZONDI propone, se compone del factor *d*, de necesidades adquisitivas, con la tendencia a la apropiación sin miramientos y a la infidelidad (décimotercera) y la tendencia al renunciamento y fidelidad (décimocuarta), y del factor *m*, de apegamiento o adhesión, con la tendencia a seguir unido a objetos o personas (décimoquinta) y la tendencia a la separación y aislamiento o soledad (décimosesta).

El destino patológico del factor *d* conduce a la melancolía, depresiones de todas clases y toxicomanías por hipnóticos. El normal se satisface en las inclinaciones adquisitivas y ahorrativas, coleccionismo y profesiones afines (almacenista, comerciante, anticuario). La sublimación es por renunciamento a favor de la colectividad, fidelidad, etc.

El destino patológico del factor *m* lleva a manía, alcoholismo, morfinomanía, etc. El normal, a la adhesión personal dentro de la familia, clase o país y la inclinación a asegurarse posición y bienes. El sublimado, al desprendimiento de lazos familiares, sociales, etc. a favor de un ideal más elevado, político, artístico o religioso.

\* \* \*

El "análisis del destino" es, pues, una amplia "psicología de los instintos", y ya he apuntado algunos de los principios fundamentales que propone, y según los cuales se regiría la vida de éstos: La unidad elemental de las tendencias instintivas, ligada cada una a un gene, el paterno o el materno y su oposición polar por parejas. La misma polaridad existente entre las dos necesidades instintivas que forman un instinto y que biológicamente van unidas, cada una, a una pareja de genes alelos.

Cada instinto en sí, formado de dos necesida-

des o factores instintivos opuestos, no presenta ya a su vez oposición polar con los otros tres instintos fundamentales. Su anclaje genético, por lo demás, es constante—como toda teoría de los instintos y no sólo la de SZONDI lo admite—y también viene en el hombre genéticamente condicionado cuáles son las dos necesidades que han de fundirse para originar cada instinto, pero, así como los animales nacen con sus instintos ya perfectamente dispuestos y con fechas de aparición fatal, para los más tardíos, como el sexual en el hombre, el proceso de fusión de sus necesidades instintivas y el tiempo en que ello ha de suceder para formarse los instintos maduros les deja la ciega determinación genética cierto margen de amplitud con el que en gran parte dependerán de otros muchos factores internos y externos o ambientales y sobre todo del control superior del yo. Podría decirse, figuradamente, que tendencias y necesidades instintivas en el hombre "nacen" y que los instintos "se hacen", y por eso SZONDI dice que desde un punto de vista genético habría que hablar de una "psicología de las necesidades" y no de "psicología de los instintos".

Se ha objetado a SZONDI el que resultara arbitrario su sistema de cuatro instintos fundamentales, con ocho necesidades y 16 tendencias instintivas opuestas por parejas, y a ello responde, basándose en sus amplias investigaciones genéticas, en las de otros autores (LENZ, RUEDIN, LUXEMBURGER, etc.), y en sus años de experiencia con el uso de su método experimental de diagnóstico instintivo, que prácticamente no cree que existan más instintos fundamentales que los cuatro por él indicados, porque a ellos son reducibles todos los mencionados en otros sistemas y algunos posibles "nuevos" instintos que se le han propuesto y que realmente no serían más que aspectos parciales o cambios sólo de nombre de los cuatro suyos.

Vemos, pues, que el "análisis del destino" está basado en una psicología de los instintos, y hasta tal punto es en ello revolucionaria la escuela de SZONDI, que concibe la psiquiatría como la ciencia de las enfermedades instintivas y no de las enfermedades mentales, considerando las psicosis—al menos en sus comienzos—como debidas a alteraciones funcionales de los instintos, igualmente que las neurosis, siendo la diferencia fundamental entre ambos grupos, debida a intensidad y a un papel preponderante del instinto del yo en las psicosis.

Según SZONDI, los hombres sanos serían heterocigotos respecto a los genes instintivos, a los que llevarían, por tanto, en dosis simples y sólo cuando por cruce desafortunado surgen individuos homocigotos para una de estas parejas de alelos, existiría la condición básica para que pueda presentarse una psicosis. *El mismo gene que en dosis doble o "total" puede conducir a la enfermedad o a la muerte, en dosis simple, o sea, en conductores heterocigotos, ejerce acción estimulante sobre las capacidades y vi-*



talidad del individuo; esta interesante hipótesis de trabajo la cree SZONDI demostrada por muchas investigaciones hereditarias recientes, y entre ellas las del sueco GUSTAFSSON, en animales en las que no es posible detenerse aquí.

Como ejemplo de las nuevas interpretaciones psicopatológicas con que SZONDI intenta enriquecer y "rejuvenecer" la psiquiatría, veamos, muy resumidamente, lo que nos dice sobre la manía.

SZONDI considera a ésta como una "reacción a la depresión". En la depresión habría una exageración mórbida de la tendencia instintiva de ir en pos de nuevos objetivos psíquicos, persiguiendo siempre un ideal. Pero, precisamente por estar patológicamente más aumentadas las exigencias y al mismo tiempo, más acuciante cada vez la aspiración, ese ideal se convierte en un imposible, revolviéndose en auto-tormento angustioso la tensión de tal inacabable búsqueda. Tras esta fase previa "depresiva", que podrá ser más o menos evidente, pero que siempre se encontrará, se llega a un punto crítico de cansancio y de intuición de lo inútil de aquella búsqueda, y entonces sobreviene una destrucción de todo ideal, con verdadera incapacidad para reconstruir esa importante función del ideal, presentándose entonces la manía. En el factor *s* se pasa del masoquismo (auto-tormento) al sadismo, que no significa triunfo sobre el tiránico super-yo, sino un revolverse en ira y odio contra el mundo, del que el enfermo se siente definitivamente distanciado, porque al llegar a intuirse que el objeto ansiado no se encuentra en él, todo importa ya un ardite y aparecen ideas e impulsos destructores..., rabia y agresividad dejan de orientarse hacia la persona y se dirigen contra el mundo, pero aumenta la tragedia, porque al desmoronarse la función del ideal, el abismo entre la persona y su ambiente se profundiza tanto, que los contactos sucesivos con los objetos serán ya tan fugaces, que no sirven ni para descargar esos impulsos agresivos, que se exteriorizan en vana agitación sin finalidad.

• • •

Para la investigación experimental de los instintos, ha ideado SZONDI un método originalísimo, basado en los fenómenos de elección o selección instintiva. Ya hemos visto que el "análisis del destino" admite como importante función de los instintos albergados en el inconsciente familiar y anclados en los genes latentes o recesivos las acciones de elección de pareja amorosa y de amigos...; en suma, pues, las de simpatía y antipatía en todos sus grados. Cree que se elige en esos casos en virtud de afinidades con el sujeto elegido y otras veces por encontrar instintivamente en él rasgos o factores que nos faltan y deseáramos poseer.

La selección matrimonial entre seres afines y complementarios es ya cuestión comprobada por las investigaciones genealógicas que, por ejemplo, han demostrado la mayor frecuencia del matrimonio entre psicópatas de lo que las leyes

del azar permitirían admitir, la baja extracción intelectual y social del cónyuge que suelen elegir los epilépticos, etc. Sobre esto quisiera también recordar dos conocidos proverbios españoles, uno es "Dios los cría y ellos se juntan", que contiene claramente la intuición popular sobre "afinidades electivas" entre seres semejantes, y el otro, "Dime con quién andas y te diré quién eres", que no creo se refiera tan sólo a la acción decisiva de las buenas o malas compañías, sino también a la selección por simpatía o antipatía que se hace de éstas a base de "lo que uno es", de modo que por las que hayamos elegido podrá juzgarse sobre nuestro propio carácter y conducta.

El método de SZONDI consiste en presentar al sujeto de prueba (*S. p.*) varias series de fotografías de personas que padecen de enfermedades instintivas evidentes y con tara genealógica homóloga y bien conocida, para que vaya apartando las que le resulten más simpáticas y más antipáticas.

Las fotografías, 48 en total, están marcadas al dorso con las iniciales de las enfermedades a que se refieren, y que son las siguientes:

h.....	de Homosexualidad.
s.....	de Sado-masoquismo (homicidas).
e.....	de Epilepsia.
hi.....	de Histerismo.
k.....	de Catatonía.
p.....	de Paranoia.
d.....	de Depresión.
m.....	de manía.

Vemos que estas iniciales son precisamente las letras con que se simbolizan los factores instintivos del sistema de SZONDI, pero, como ya se indicó oportunamente, éste admite en dichos factores una satisfacción normal, junto a la negativa (patológica) y positiva (sublimada), y por eso conviene acentuar el que la simpatía por determinadas fotos, por ejemplo, de individuos histéricos u homosexuales, etc., no significa en modo alguno la presencia en el que las elige de esos trastornos, sino que son portadores de genes afines y que los factores instintivos correspondientes se podrán manifestar en ellos en formas normales, y ello, naturalmente, con mayor frecuencia estadística que en las formas patológicas.

A base de las fotografías seleccionadas—de entre las 48 han de resultar en total 12 más simpáticas y 12 más antipáticas—se hacen una serie de complicados cálculos, obteniéndose el *grado de tensión* con que cada necesidad instintiva aspira a satisfacerse, la *fórmula instintiva*, que refleja especialmente los factores sintomáticos y los radicales o reprimidos, la *clase instintiva*, por las que los individuos se agrupan en "géneros instintivos", según analogías de sus genes, etcétera, y todo ello a base de repetir la prueba varias veces—en general 10—en momentos distintos, para ir captando el *perfil instintivo* del *S. p.*

Los datos obtenidos se interpretan fundamen-

talmente a base de un perfecto conocimiento del método en su conjunto y de una serie de *tablas psicodiagnósticas* que contiene la obra de SZONDI.

Complemento psicoanalítico de gran valor para su método es lo que SZONDI llama la *prueba de asociación factorial*, que consiste en ir presentando al S. p. las fotos que ha elegido como más simpáticas y antipáticas para que, con entera libertad y franqueza nos vaya manifestando los motivos de su elección, ocurrencias que le sugirieran los retratos, personas a las que se parecen y su relación íntima con ellas, etc.

Viendo las conclusiones tan completas y terminantes a que SZONDI llega a base de su método, se piensa a veces si no pecará por un exceso de atrevimiento y generalización en sus deducciones, pero el mismo autor del método sale al paso de estas posibles objeciones señalando, entre otros argumentos, la perfecta concordancia que la fría elaboración estadística demuestra entre las varias direcciones paralelas de investigación que su método permite, por ejemplo, entre los resultados del análisis del yo, hecho a base del vector *E* y los obtenidos, separadamente, de los otros tres vectores instintivos. Desde luego, personalmente, también he podido yo comprobar coincidencias impresionantes en sujetos que tenía caracterológica o clínicamente perfectamente conocidos, y en los que este método me ha dado paralelismo exacto entre sus diversas partes y con el diagnóstico que tenía previamente establecido del sujeto investigado.

Otro argumento en el que SZONDI insiste es en que las fotos que se presentan al S. p. no tienen ningún valor diagnóstico intrínseco, sino por las imágenes que consciente o inconscientemente evocan de personas conocidas, amadas u odiadas, admiradas o despreciadas, etc., por aquél, descubriéndonos, por tanto, por esta vía indirecta—selección fisiognomónica → procesos íntimos de simpatía o antipatía—las profundidades instintivas ocultas. La mejor comprobación de esto nos la da la mencionada prueba de "asociación factorial", con la que se exploran las series de ocurrencias asociativas respecto a las caras elegidas por él y que, o recuerdan personas conocidas o tipos humanos en abstracto dotados de cualidades o de vicios que atraen o repelen, en íntima conexión con las virtudes y defectos del S. p.

Mi experiencia personal con este método llega en la actualidad a un total de 622 exámenes, que he practicado a 119 sujetos distintos, de ellos 81 normales y 38 psíquicamente anormales (psicópatas, neuróticos y psicóticos). A todos estos sujetos, tanto los normales como los anormales, los tengo, por lo demás, bien estudiados psicológica o psiquiátricamente, habiendo aplicado además en la mayoría de ellos otras pruebas caracterológicas experimentales, principalmente el psicodiagnóstico de RORSCHACH, ya con su serie primitiva de láminas o con la paralela de BEHN-RORSCHACH, y, más aún, con

ambas, en días distintos (\*). En un trabajo ulterior me propongo dar a conocer estos resultados obtenidos en españoles, su posible utilidad en clínica, correlación con otras pruebas caracterológicas, etc., pues sería dar extensión desmesurada a éste el ocuparse en él de todo ello.

Terminaremos, pues, resumiendo lo antedicho en las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> Se considera el "análisis del destino" de LIPOT SZONDI como una *tercera escuela psicoanalítica*, que viene, tras las de FREUD y de JUNG, a completar el estudio del inconsciente en direcciones hasta ahora inexploradas y con métodos originales propios.

2.<sup>a</sup> Sus innovaciones y al mismo tiempo sus aportaciones fundamentales a la psicología profunda se refieren a los siguientes puntos:

a) Haber proporcionado una teoría del *inconsciente familiar*, estrato filogenéticamente intermedio entre el *personal* (FREUD) y el *colectivo* (JUNG).

b) Haber construido un *sistema instintivo* para la especie humana a base de cuatro instintos fundamentales, sin oposición polar entre ellos, pero en continua interacción y lucha por su satisfacción finalista, y que son: instinto sexual, instinto paroxístico y ético (sorpresa y sentimentalidad), instinto del yo e instinto de contacto (social).

c) La cimentación genético-biológica de los instintos, al menos en la parte que llenan ese inconsciente familiar, en los *genes recesivos o latentes* de que es portador todo individuo.

d) El haber puesto en evidencia el gran papel que esos instintos representan desde el inconsciente en el *destino* del individuo en la vida: en la formación del carácter, en la selección amorosa, de amistades y de profesión, en las posibles transgresiones antisociales o criminales, en las enfermedades y como conclusión lógica de la concatenación durante su vida de todos estos factores, en el género de muerte, si bien todo ello no con un ciego determinismo bio-sáquico, sino con amplio margen de actuación para los factores externos y el "libre albedrío" del propio yo.

3.<sup>a</sup> Su "método de diagnóstico experimental de los instintos", basado en una selección fisiognómico-instintiva de simpatía o repulsión, de técnica bastante complicada, me parece destinado a ocupar un lugar destacado en el porvenir como fino instrumento psicológico, y en cuanto a su aplicación en sujetos españoles—de la que vamos teniendo ya, en la actualidad, bastante experiencia—, la creo susceptible de ciertas objeciones y modificaciones, de las que habré de ocuparme en un próximo trabajo.

## SUMMARY

The "Analysis of Destiny" of Lipot Szondi is regarded as a third psychoanalytical School which, after Freud and Jung, completes the study of the Unconscious to a degree not reached up to the present, using truly original methods.

(\*) Creo de interés recordar que en el interesante "Psychologischer Atlas", recientemente publicado por KATZ ("Basel, B. Schwabe", 1945), solamente han merecido el honor de ser citados, como *tests* caracterológicos, el psicodiagnóstico de RORSCHACH, junto al psicodiagnóstico de SZONDI, que aquí nos ocupa.



The basic innovations in deep psychology are studied and it is considered that the "Method of experimental diagnosis of the Instincts" may be in the future applied to Spanish subjects after having made certain changes.

### ZUSAMMENFASSUNG

Man betrachtet die "Bestimmungsanalyse" von Lipot Szondi als eine dritte psychoanalytische Schule, die nach der von Freud und Jung kommt und die die Untersuchung des Unterbewusstseins in bis jetzt nicht untersuchten Richtungen mit eigenen originellen Methoden vornimmt.

Man untersuchte die Neuheiten und fundamentalen Beiträge zur Tiefenpsychologie; man glaubt, dass die "Methode der experimentellen

Diagnose der Instinkte" in der Zukunft auch mit gewissen Modifizierungen bei den Spaniern angewandt werden kann.

### RÉSUMÉ

On considère "l'analyse du Destin" de Lipot, Szondi comme une troisième Ecole psychoanalytique qui, après celle de Freud et de Jung, vient compléter l'étude de l'inconscient vers des directions inexplorées jusqu'à présent et avec des méthodes originelles propres.

On étudie ses innovations et ses applications fondamentales à la psychologie profonde, et on estime que la "Méthode de diagnostic expérimental des Instincts" peut être appliquée à l'avenir, avec des certaines modifications, chez les sujets espagnols.

## NOTAS CLINICAS

### LA ESTREPTOMICINA COMO TRATAMIENTO DE LA PERICARDITIS TUBERCULOSA EXUDATIVA

(Comentarios a dos observaciones.)

P. A. BUYLLA

V. A. BUYLLA ACEVEDO

Profesor de Sala del Hospital Provincial de Oviedo.

Asistente a la Clínica.

Es indudable la frecuencia de la etiología bacilar en las pericarditis agudas con derrame, pues aunque recientemente algunos autores ingleses asimilan la casi totalidad de ellas bien al reumatismo o al grupo de las pericarditis idiopáticas, tanto los tratados clásicos como nuestra propia experiencia nos inducen a considerar a la tuberculosis como la causa (después de la reumática) más frecuente de las pericarditis fluyonarias no purulentas de curso agudo. Esta afirmación se ve avalada por el hallazgo necropsico de lesiones de esta serosa en el 1 por 100 de todas las secciones y en el 4 por 100 de las efectuadas en sujetos que en vida padecieron de tuberculosis. Son estas cifras indicadoras de una relativa frecuencia de lesiones pericárdicas en el curso de las más variadas formas de tuberculosis, lo que nos obliga a recoger y estudiar cuantos avances se produzcan en la terapéutica de la tuberculosis pericárdica.

Ya hace algún tiempo que uno de nosotros, con GARCÍA MORÁN, señaló la utilidad de la pericardiotomía con drenaje interno en el tratamiento de la pericarditis aguda tuberculosa con de-

rrame, señalando entonces la escasez de medios con que se disponía para tratar esta grave afección: Las punciones, con su frecuente repetición; las inyecciones de aire, lipiodol, calcio, etcétera, fracasaban las más de las veces por tratarse únicamente de terapéutica paliativa.

Con el advenimiento de la estreptomicina y su indudable eficacia en el tratamiento de diversas localizaciones serosas del bacilo era de esperar se prestase pareja atención al tratamiento de la anidación bacilar en membrana pericárdica; sin embargo, no fué así, siendo muy contados los autores que se han ocupado de ello hasta el presente. Unicamente hemos encontrado en "Annals of internal Medicine" de noviembre de 1947 un caso publicado por McDERMOTT de pericarditis aguda tuberculosa con derrame, en el que el tratamiento con estreptomicina dió excelentes resultados; otro de CARUSELLI, en "La Riforma Medica", en 1948, en el que se trata con éxito mediante la estreptomicina una pericarditis exudativa con derrame pleural bilateral; los cinco enfermos tratados con este antibiótico, y publicados en el "Journ. Am. Med. Ass." de 23 de octubre de 1948 por el Consejo de Farmacia y Química de la "American Medical Association", como continuación de otro informe publicado en la misma Revista un año antes, y de cuyo ensayo no se atreven a llegar a conclusión alguna. Por último, es publicado en "Tubercle" de 1949 un caso por GOLDSTEN, en el que la estreptomicina hizo regresar la pericarditis al mismo tiempo que una miliar concomitante, y en "American Heart Journal" de enero de 1949 nos refiere MEREDITH un nuevo enfermo afecto