

# REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Director. Profesor JORGE E. CAVELIER

VOL. VIII

Bogotá, agosto de 1939.

N.º 2

## LOS NUEVOS TRATAMIENTOS DE LA ESQUIZOFRENIA

*(Estudio Comparativo de Métodos y Resultados)*

por

JULIO MANRIQUE

Profesor Honorario de la Universidad Nacional y Director del Asilo de Locas, Miembro de la Academia Nacional de Medicina.

y

LUIS JAIME SANCHEZ

Interno encargado del Servicio de Tratamientos Especiales, Miembro de la Sociedad de Internos de los Hospitales.

Trabajo presentado a la Academia Nacional de Medicina en la sesión del 6 de junio de 1939.

Después de que el método de SAKEL se empleó con éxito en el tratamiento del síndrome esquizofrénico, el advenimiento de la tono-clono terapia de V. MEDUNA originó la comparación de los resultados obtenidos, para decidir cuál de los procedimientos había obtenido mayores éxitos.

En las controversias que se suscitan en los diversos Centros Psiquiátricos del mundo, publicadas en las respectivas revistas científicas, se observa que hasta el presente no existe un criterio para decidir cuál de los dos métodos mencionados es el mejor; si bien es cierto que cuando apareció el sistema de MEDUNA, fueron muchos los autores que abandonaron afanosamente la hipoglicemia, pasado el natural período de en-

tusiasmo con que se acoge siempre a las innovaciones terapéuticas, los psiquiatras se convencieron de que este tratamiento, excelente en algunos casos, no daba los resultados apetecidos en ciertas modalidades de la enfermedad.

Queremos en el presente trabajo poner de manifiesto, en primer lugar la importancia que tiene el apreciar la estructura o modalidad de la psicosis, para saber qué tratamiento es el más conveniente, y luego, exponer sucintamente el resultado de nuestra experiencia personal, advirtiendo que nuestras conclusiones no son definitivas, ya que los enfermos deben someterse a una larga y minuciosa observación después de las mejorías o curaciones logradas.

### INSULINA — (Método de SAKEL)

No nos referimos a las memorias originales de SAKEL, suficientemente conocidas por quienes se han ocupado del problema desde sus comienzos; únicamente, tomaremos en cuenta los resultados obtenidos por los investigadores desde 1937 hasta la fecha.

El mayor número de pacientes tratados, es el que exhiben las clínicas norteamericanas y la estadística personal de SAKEL.

Según H. H. REESE (1) los estudios estadísticos referentes a la literatura sobre insulino-terapia, dan una cifra de remisiones que fluctúa entre 50% y 80%. La duración de la enfermedad, de más de un año o dos, haría disminuir ese porcentaje, en un 10 o en un 27%. Este autor, hace referencia a los casos de remisiones espontáneas de la enfermedad, y cita a MAIZBERG (2) quien en un material escogido de 1.035 esquizofrénicos no tratados, vió remisiones espontáneas en el 21% de los casos hospitalizados desde hacía más de un año. En relación con la eficacia de los resultados por medio del tratamiento hipoglicémico. REESE (loc. cit) se muestra particularmente optimista. Su larga práctica, lo conduce a hacer la siguiente aseveración: "In my opinion, all patients with schizophrenic psychoses (reactions), should be submitted to insulinotherapy". Este mismo autor, admite una supremacía (a defini advantage) decisiva de la insulino-terapia sobre el cardiazol, fundándose en la observación de enfermos *a largo plazo*. Por su parte, DUSSIK y SAKEL (3) observan con su tratamiento remisiones completas en un 80% de los casos, pero anotan honradamente, que un 88% de las esquizofrenias menores de seis meses, tienen remisiones espontáneas. MUELLER (4) interesado por esta última aseveración, estudia el problema, y observa que el porcentaje de recaídas *en enfermos curados espontáneamente*, es de un 60%. Quedaría pues, solamente un 28% de enfermos que "curarían" espontáneamente, hecho bastante hipotético.

R. y H. YOUNG (5) establecen la siguiente clasificación con relación a los resultados de la insulino-terapia:

1.—Remisión: Desaparición completa de los síntomas esquizofrénicos y aparición de reacciones normales en la esfera de la efectividad.

2.—Revisión incompleta: Escasa reaparición de los fenómenos afectivos.

3.—Mejoría: Ligera regresión de los síntomas.

4.—Resultados nulos.

Esta clasificación, dicho sea de paso, es muy simplista, y no tiene en cuenta las mejorías tardías.

En la estadística de YOUNG (loc. cit) que comprende 135 enfermos, más de la mitad de los casos menores de seis meses tuvieron completa regresión de los síntomas. Los demás fueron resultados mediocres. LOW (6) de Chicago, en el comentario a los informes de REESE, y de YOUNG, se muestra un tanto escéptico con los resultados obtenidos, en tanto que H. HARRIS (7) en 106 casos tratados por la hipoglicemia obtiene un porcentaje de curaciones en el 57% de los casos recientes. ZISKIND (8) se muestra partidario de la insulina. No da estadística. MUELLER (9) da una cifra extraordinariamente halagadora, de un 73% de curaciones completas, siempre que el tratamiento se haga en pacientes de reciente psicosis, y que se prosiga hasta 90 días de comas hipoglicémicos, sin que el observador se deje desalentar por la lentitud de la mejoría. BENO (10) logra curaciones sociales en un 77% de los enfermos recientes y en un 14% de los casos mayores de 18 meses. P. FROSTIG (11) anota 86% de curaciones de enfermos de poca evolución y en un 23% en los otros casos. MARZYNSKI (12) asegura curaciones en un 55% de los casos recientes y en un 5,2% de los casos viejos. PRESS (13) en pacientes cuya dolencia no alcanza a los seis meses obtiene el 55% de las curaciones y en los de más de un año, el 6,6% solamente. DUSSIK (14) en el mismo orden de ideas, anota 70% y 15%.

Desde que uno de nosotros implantó por primera vez el tratamiento en Colombia, cuando aún las técnicas no se conocían suficientemente los resultados de los autores extranjeros estaban en observación, nuestra estadística se ha mantenido casi la misma.

Los casos que figuran en la tesis de AUGUSTI PASTOR (15), sumados a los otros, que desde la aparición de ese trabajo, hemos tenido oportunidad de tratar, dan un total de 76. El Prof. JULIO MANRIQUE (16) ha dado cuenta en repetidas ocasiones de los connotados éxitos de este tratamiento, y podemos decir que las mejorías y las curaciones unidas, arrojan un porcentaje de 58% de los casos. Se dividen, en cuanto a edad de la psicosis, así.

Menores de 6 meses	Entre 6 y 12 meses	de un año a dos
Mejoría 1%	16%	5%
Curación 13%		

Comparada con las estadísticas de autores europeos y norteamericanos, esta cifra es baja, si se examinan los porcentajes parciales. A este respecto, hay que hacer notar, que los casos que nos llegan al asilo, salvo excepciones, están representados por enfermos que tienen ya una duración de enfermedad que fluctúa entre 10 meses y año y medio. Guardando esta relación, nuestros casos entran ya en lo que se ha convenido en denominar la esquizofrenia subaguda o en la crónica y los resultados que hemos obtenido son altamente satisfactorios. En otros países, en los que las organizaciones de higiene mental contribuyen de modo eficacísimo al internamiento precoz de los pacientes, no es extraño que los resultados den cifras superiores. A pesar de esto, creemos que la hipoglicemia, representa un valiosísimo recurso contra la esquizofrenia y que aun cuando el caso sea ya crónico, vale la pena intentar todo esfuerzo, que a menudo conduce a sorpresas insospechadas.

Se quejan muchos psiquiatras, de que la insulina a dosis comatosa, además de ser un tratamiento muy difícil que requiere personal adiestrado, que tiene múltiples peligros y que es demasiado dispendioso, resulta a la larga poco estable. Es un error. Las recaídas que apuntan muchos impugnadores del método de SAKEL, acontecen o bien en enfermas a quienes se les ha hecho mal el diagnóstico o en quienes la terapéutica se ha interrumpido antes de tiempo. De las enfermas que el Prof. MANRIQUE trató hace ya dos años, sólo dos han recaído y esto, porque pertenezcan a una clase social en la cual las condiciones de vida, amén de las de higiene, eran de por sí una valla para el restablecimiento de la salud mental.

Es cierto que la hipoglicemia, es un método peligroso y enérgico. Con todo, los autores que se han ocupado en el estudio de las alteraciones histológicas del sistema nervioso producidas por la hipoglicemia y que han encontrado lesiones a menudo delicadas, no han podido aminorar los inmensos beneficios que se han logrado por medio de la insulino-terapia. La estadística de mortalidad, es mínima comparada con la de curación o mejoría. De la literatura publicada al respecto, sólo merecen atención los casos de WOHWILLIS (17), en diabéticos, los de EHRMAN y JACOBY, (18) con hemorragias subaracnoideas por hipoglicemia larguísima y el caso de DE MORSIER (19) en una morfinómana.

Pero al lado de estos casos fatales, son muchos los investigadores que se han ocupado en demostrar, que las muertes durante la hipoglicemia, son debidas a una "super dosificación" de la insulina y al coma demasiado prolongado. Esto lo prueban los trabajos de STIEF y TOKAY (20); y de SCHERSCHEROSKY, MOJIL, NTZKY y GORJAEV (21) y las investigaciones de WELL, LIEBERT, HEILBRUM (22) y GOZZANO (23). Las lesiones *que no son exclusivas de la insulina*. Se observan también, en animales sometidos a la acción de diversos medicamentos, administrados a dosis mortal, como lo atestiguan los estudios de TANI (24). Por su parte, BAKER y LAFKIN (25), refieren

las historias de tres casos en los cuales encontraron hemorragias difusas del sistema nervioso central, tanto más acentuadas cuanto que los enfermos habían tenido ataques epileptoides más frecuentes durante la hipoglicemia. A propósito de esto, FREED y WOFFARD (26) traen a cuento la fragilidad vascular de los psicóticos, sin distingos de categorías nosológicas, fragilidad aneurismal en la mayoría de los casos y que ha sido particularmente estudiada por FORBES y WOLF (27).

Como se ve, los peligros de la hipoglicemia terapéutica, trasladados al terreno experimental, toman otro aspecto, cual es el de que pueden ser evitados con una dosificación apropiada para cada paciente, teniendo en cuenta, el peso, la edad, el estado general y la predisposición a la convulsión hipoglicémica de los pacientes.

El éxito del tratamiento depende de un análisis hondo de los casos. Es preciso tener en cuenta, además de la duración de la enfermedad, la forma de la psicosis y la manera como ésta reacciona a la hipoglicemia. Es frecuente observar en el curso del tratamiento, que ciertos síntomas, por ejemplo, las alucinaciones en las formas paranoides, se exaltan y permanecen en este estado por algunos días, para desaparecer poco tiempo después. En las formas hebefrénicas, se observa una evolución hacia un brote agudo de catatonía, y en esta última, una persistencia a menudo intensa de algunas manifestaciones motrices. Sin embargo, es preciso continuar enérgicamente el tratamiento. Cualquier abandono en estos estados de recrudescencia de la enfermedad (Inversión de SAKEL) da lugar a resultados nefastos, que no ceden ni con el cardiazol. Otro punto importante, es el del tiempo de interrupción del coma. Sobre este particular se han ocupado especialmente, FROSTIG Y MULLER (Loc. cit.). En las formas paranoides, el coma debe ser llevado muy adelante; en cambio en la forma hebefrénica, debe interrumpirse precozmente y en la forma catatónica, debe prolongarse hasta la aparición de los signos motores (convulsiones, etc.). Este período de las convulsiones hipoglicémicas, bien estudiado por GEORGI (Loc. cit.) y que WINIARS y FROSTIG denominan "colapsos vasculares miocloniformes" tienen una importancia terapéutica real, ya que, como lo ha demostrado GEORGI, aparecen casi siempre antes del coma y las modificaciones biológicas que las acompañan son análogas a las que se han encontrado durante la convulsión cardiazólica.

Estas indicaciones, al parecer triviales, tienen una trascendencia inmensa para los resultados finales, y tal vez en su descuido, resida el escepticismo de algunos autores por el tratamiento.

Una palabra, respecto de las contraindicaciones. Son muy escasas, y no se podría hablar de contraindicaciones absolutas. Nuestra experiencia, nos conduce a asegurar, que únicamente en aquellos casos de la insulina a dosis comatosa, es arriesgado. En estos casos, el enfermo, tratado antes de la instauración de la terapéutica, por medio de pequeñas dosis de insulina, al mismo tiempo que activará el metabolismo

hidrocarbonado, resistirá mejor el tratamiento. Las cardiopatías *bien compensadas*, no nos parecen ser una contraindicación. Actualmente, tratamos una enferma con una estenosis mitral compensada y que a pesar de que ha tenido comas profundos, con convulsiones, no ha tenido ninguna complicación. Antes bien, el colapso vascular periférico (cianofilia) con que ingresó, ha cedido considerablemente.

¿Cuánto tiempo debe durar el tratamiento por medio del coma hipoglucémico? Tanto más cuanto más antigua es la enfermedad. Esta aseveración, tiene sus límites. Se entiende que los casos que excedan del lapso que se ha fijado para la esquizofrenia crónica, por más intensamente que sean tratados, tendrán resultados nulos. Pero en general, no puede fijarse matemáticamente, un límite definido para el tratamiento. El criterio del especialista y su práctica en la materia, serán los mejores guías. Hacemos hincapié, eso sí, sobre la trascendencia de una psicoterapia bien conducida, y hecha en tiempo oportuno, cuando se anuncia en la esfera de la afectividad, la aparición de una conexión con la realidad. La insulino-terapia, debe ser, en manos del psiquiatra, un arma doble: farmacológica y psíquica.

#### CARDIAZOL (Método de MEDUNA)

No entramos a detallar la técnica, amplia y minuciosamente conocida, desde la memoria de MEDUNA. Las variaciones de esta técnica en relación con la asociación a la insulina, las veremos más adelante. Como apunte personal, respecto de la vía de introducción, anotamos que cuando se dificulta mucho el hallazgo de las venas, en pacientes muy gordas, o en aquellas que las tienen muy endurecidas por frecuentes dosis de cardiazol, empleamos la vía de la yugular externa. No hay ningún peligro, siempre que se fije bien el vaso en su parte inferior, y que se coloque la cabeza del paciente en hiperextensión forzada y el hombro de abducción para que no dificulte la introducción del medicamento. En algunas pacientes excitadas, los gritos o protestas, favorecen la congestión de los vasos cefálicos, lo que se aprovecha rápidamente para proceder a la inyección. Hemos notado con este sistema, que la dosis se puede disminuir bastante, y que no es tan necesaria la rapidez que se aconseja en la técnica clásica.

Acaso no haya mejor sistema para dar cuenta de la eficacia de un método terapéutico, que el estadístico. Así, nos parece indispensable, antes de exponer nuestros resultados, citar las cifras de diversos autores en diferentes países.

## EUROPA

AUTORES	Casos	Curaciones	Cas. m. de 18 m.	Curaciones	Cas. m. de 18 m.	Curaciones
MEDUNA (Budapest)	230	76	74	48	154	28
BUCHMULLER (Budapest)	106	32	58	24	48	8
J. NYIRO (Budapest)	24	12	15	11	42	7
ANGYAL y GIARFAS (Budapest)	45	17	27	12	18	5
A. BROUSSEA (París)	110	53	36	33	74	20
STAHLI y BRINER (Suiza)	112	23	34	17	78	6
SORGER y HOFFMAN (Austria)	100	27	51	23	49	4
P. SCHENHAMMER y WISGOTT (Viena)	30	13	13	9	17	4
L. COOK y KENT (Inglaterra)	27	12	13	9	14	3
E. KUPPERS (Alemania)	262	44	96	36	166	8
LEHMAN (Frankfort)	18	7	12	7	6	0
F. HAGER (Kiel)	30	9	21	8	9	1
WALHMAN (Haldamar)	21	8				
SANTANGELO (Palermo)	120	48	53	42	67	6
E. CORTESSI (Venecia)	38	14				
E. BROGGI (Milán)	126	34				
TOTALES	1.472	447	534	290	751	101
Porcentajes	40%			52%		14%

## NORTEAMERICA

Sus estadísticas, respecto del cardiazol, son las más numerosas hasta hoy. En las muchas clínicas norteamericanas, las cifras de enfermos tratados, son superiores a las de todo el material europeo reunido. Nos re-

ierimos al trabajo de FRIEMAN (28). La enumeración detallada de los resultados parciales de las clínicas tomadas separadamente, resultaría un trabajo fastidiosamente inútil. Unicamente, daremos las cifras totales, y los porcentajes. El número de pacientes tratados, es de 2.720, y se dividen así:

<i>Casos.</i>		
Agudos	Subagudos	Crónicos
1.465	201	1.054

### PORCENTAJE DE RESULTADOS

#### *Casos agudos y subagudos.*

Curaciones y mejorías	Fracasos
65%	25%

#### *Casos crónicos.*

Curaciones y mejorías	Fracasos
45%	25%

Por caso agudo, se entiende (FRIEDMAN-MEDUNA) aquél cuyo principio no data de más de seis meses. Caso subagudo, entre 6 y 18 meses, caso crónico, más de 18 meses.

---

### CENTROAMERICA

En Méjico, RAMIREZ MORENO (33) da una estadística aproximadamente igual.

---

### SURAMERICA

#### *Porcentajes*

Autor	Casos	Curaciones	Mejorías	Fracasos
<i>I. Quaranta y Lambruschini (Argentina)</i>	30	63%	18%	18%
(29)				



<i>Adauto Botelho</i> (Brasil) 64 30)	63.8%	22%	14%
<i>Delgado</i> (Perú) 22 (31)	72.7%	14%	14%
<i>Manrique</i> (Colombia) 38	63.1%	5.2%	32%

CUADRO RESUMEN Y PORCENTAJES DE CURACIONES Y MEJORIAS EN LAS CLINICAS EUROPEAS Y NORTEAMERICANAS

(MEDUNA-FRIEDMAN, 1939, febrero)

	Casos	Porcentaje
Número total de casos ... ..	2.937	
Número total de remisiones completas ... ..	737	25.9%

RESULTADOS NORTEAMERICANOS

Casos tratados ... ..	1.465	
Curaciones completas ... ..	290	19.8%
Mejorías ... ..	564	38.4%

*Detalle:*

Esquizofrenia "Tipo agudo" ... ..	210	
Remisiones ... ..	128	60 %
Mejorías ... ..	42	20 %

*Tipo subagudo:*

Casos ... ..	201	
Remisiones ... ..	74	36 %
Mejorías ... ..	47	23 %

*Tipo crónico:*

Casos ... ..	486	
Remisiones ... ..	88	8.3 %
Mejorías ... ..	398	37 % (?)

RESULTADOS EUROPEOS:

Número total de casos (38 hospitales) ... ..	1.472	
Número total de remisiones ... ..	447	34 %

*Detalle:*

Tipos agudo y subagudo ... .. .	584	
Número de curaciones ... .. .	290	49.6%
Tipo crónico ... .. .	751	
Curaciones ... .. .	101	13 %

*Mortalidad*

Sobre cerca de 3.000 casos ... .. .	9	0.2 %
-------------------------------------	---	-------

*Complicaciones diversas no mortales:*

Sobre cerca de 3.000 casos ... .. .	68	2.2 %
-------------------------------------	----	-------

La enseñanza que resulta de las cifras estadísticas es muy grande. Sin pretender creer, que el criterio numérico puede embotar u opacar las características sintomáticas de cada caso particular, el observador, concluye que los casos recientes (Esquizofrenia aguda), son los de mejor pronóstico y los que más rápidamente ceden al tratamiento. Sin embargo esto no es exclusivo. Hemos observado dos casos, con una psicosis de tres meses de duración, en los cuales el brote fué de tal violencia y de tal poder invasor, que no cedió a ninguna de las terapéuticas y condujo a las enfermas a un estado demencial prematuro.

La concepción estadística de un tratamiento tiene el inconveniente de diluir el caso clínico en el porcentaje final. Es ventajoso, eso sí, porque muestra *globalmente* los resultados. En este sentido, las cifras que hemos citado, no pueden ser más alentadoras y dan cuenta del enorme progreso realizado en este terreno.

*Resultados personales. (Detalle).*

Los casos que hemos tratado hasta hoy, se dividen así:

*a) En cuanto a la edad de la enfermedad:*

	<i>Remiscomplet.</i>	<i>Social</i>	<i>Ning. Remis</i>	<i>Total</i>
Casos agudos ... .. .	10	0	2	12
Casos subagudos ... .. .	7	2	0	9
Casos crónicos ... .. .	5	0	12	17
SUMA ... .. .	22	2	14	38
Porcentajes ... .. .	63.1%	5.2%	32%	

## b) En cuanto a la forma de la psicosis

	Remiscomplet.	Social	Ning. Remis	Total
Catatónica ... ..	7	1	1	9
Hebefrénica ... ..	8	1	4	13
Paranoide ... ..	6	0	4	10
Simple ... ..	1		5	6
Suman ... ..	22	2	14	38

Nuestros resultados, están pues de acuerdo con los obtenidos por otros investigadores. Anotamos la resistencia de las formas de esquizofrenia simple para el cardiazol, y la benéfica y pronta acción de esta droga sobre las formas catatónicas en lo general.

¿Justifica esta disparidad de resultados en relación con la estructura de la psicosis, el empleo del medicamento en ciertas formas solamente? El criterio, no puede ser extremista. Es evidente, que el cardiazol, en la forma catatónica, da los mejores resultados, en cuanto a la rapidez de regresión de los síntomas. Empero, la solidez no va a la par con la velocidad de la regresión. Mientras que la hebefrenia cede a 20 ó 30 accesos convulsivos, las formas de psicosis catatónica, dan recaídas intermitentes más o menos próximas. Hemos visto mejorías en catatónicas a la segunda dosis, mejoría que desgraciadamente desapareció a los pocos días, al cabo de los cuales tenía que recomenzar el tratamiento. Nos hemos formado el criterio de que en esta clase de psicosis, una mejoría, por completa y perfecta que parezca, no *justifica la interrupción del tratamiento*; antes bien es preciso continuarlo, por lo menos hasta sobrepasar en 7 u 8 accesos, al ataque en que se observó la mejoría.

Hay autores, como REESE (loc. cit.) que fijan de una manera precisa, las indicaciones de la terapéutica convulsivamente a las psicosis esquizofrénicas de forma catatónica y hebefrénica, dejando las otras, para la insulino-terapia. En realidad, un método preconcebido, no es el indicado. Hay lugar para creer que este autor, basado en grandes estadísticas, posee una experiencia suficiente para concretarse en esta forma; pero quizá más que la estructura de la enfermedad, el tiempo de evolución es el que da la norma. Puede decirse, según lo hemos observado, que las formas catatónicas más o menos antiguas, reaccionan mejor a la insulina; en las recientes, se justifica el método de MEDUN. La forma simple de esquizofrenia, tiene mejor pronóstico con la hipoglicemia, en los casos antiguos; las formas hebefrénicas de reciente estallido, ceden mejor a la insulina, en tanto que las antiguas, con la terapéutica convulsivamente pueden mejorar. En todo caso, el factor tiempo y el factor estructura, se mezclan íntimamente. No podría ser de otra manera, ya que la esquizo-

frenia. tiene como carácter esencial el de ser una enfermedad de evolución (MINKOWSKI). El observador, ante el dilema terapéutico, debe analizar al paciente cuidadosamente y tratar de fijar en lo posible, las características de la destrucción psíquica *en el tiempo*, es decir, en la extensión de los síntomas y en sus peculiaridades de invasión progresiva.

### COMPARACION DE LOS DOS METODOS

Con igual intensidad e interés, hemos practicado los dos tratamientos. Uno y otro método, nos han dado resultados que los acreditan como sistemas tanto de ataque como de consolidación. No creemos, como afirman algunos autores, que deba concederse primacía absoluta de un sistema sobre el otro. Todo lo contrario. Son dos terapéuticas, llamadas a completarse según las circunstancias clínicas y de cuyo empleo inteligente y estudiado, depende el porvenir del enfermo. Los dos creadores de los tratamientos empleados hoy contra la esquizofrenia, son en ocasiones demasiado apasionados. Tal vez más MEDUNA que SAKEL. Aquél, en su último trabajo, citado ya en páginas anteriores, aunque basado en su enorme estadística, resulta muy aferrado a sus ideas; éste, en cambio, no se ha dejado dominar por la métrica de las cifras y es más elástico. Sin embargo, no es de boca de los propios autores de los sistemas donde debe brotar la última palabra; ésta tiene en estos casos, un fuerte colorido personal. En cambio, de la experimentación en centros alejados del lugar de origen, el estudio menos rígido. Hemos citado los trabajos más connotados en los diversos lugares del mundo, a fin de que el lector interesado compare por sí mismo los resultados y defina las conclusiones.

Un paso de transición que satisficiera a los eclécticos, debiera darse. Este paso, lo ha dado BRAUNMUHL, con el sistema de una terapéutica mixta, llamada hoy "block-methode". Consiste en intercalar, curas insulínicas, entre curas por cardiasol. El esquema es fácil y su denominación lo explica. Se somete primero al enfermo a una serie que varía en número, de choques hipoglicémicos; luego se le aplica la terapéutica convulsivante y por último, se termina con una nueva serie de comas insulínicas. En manos de este autor, el sistema da resultados satisfactorios, pero sus estadísticas no son superiores ni a las de SAKEL ni a las de MEDUNA. Este método, nos parece que puede dar éxitos, especialmente en los casos rebeldes.

GEORGI y STRAUSS, indican un método que a nuestro juicio, es criticable. Consiste en administrar al paciente, en hipoglicemia avanzada, una dosis convulsivante de cardiazol. Pretenden así los autores citados, anular, con la acción del coma hipoglicémico, el "traumatismo psíquico" que ocasiona el cardiazol aplicado solo. Nos parece, que aplicado en esta forma, el cardiazol pierde gran parte de su poder terapéutico, ya que ese mismo traumatismo psíquico obra en todos los casos de una manera decisiva.

Frente a estos sistemas de tratamiento, la opinión imparcial que resulta de su estudio, es la de que existe una igualdad de sufragios favorables a uno y otro método. El hecho de mezclarlos, no desdice de ninguno y los impugnadores de cualquiera de los dos, tienen en la terapéutica mixta, un argumento en contra. Personalmente, nuestro criterio formado sobre 114 esquizofrénicas tratadas por los dos sistemas, favorece al cardiazol en los casos recientes y a la insulina en los antiguos. La forma de la psicosis, influye notablemente. Ya hablamos de los éxitos que se obtienen en las formas catatónicas (recientes) con el tratamiento convulsivamente, y de las mejorías, con la insulina, de los antiguos. Los casos más difíciles, son los de esquizofrenia simple, de estallido aún reciente en los cuales aconsejamos la terapéutica de BRAUNMUEHL.

## EL PROBLEMA DE LAS RECAIDAS EN LOS ENFERMOS TRATADOS, Y EL PRONOSTICO EN LAS REMISIONES ESPONTANEAS

No menos interesante e importante que el tratamiento, es el pronóstico. Aquí, debemos separarnos un poco de las cifras. Es un fenómeno tan sutil, tan complejo, de tan hondas raíces orgánicas y mentales, que la simple luz del criterio aritmético no basta para penetrar en su intimidad.

Asimismo, su detallado estudio es demasiado extenso, para pretender resumirlo en pocas líneas. Procuraremos pues, esbozar cuáles son, a nuestro juicio, las características que es preciso tener en cuenta en la enfermedad y en el enfermo para poder establecer un pronóstico.

### 1.—*El pronóstico en los esquizofrénicos no tratados:*

Cuando aún reinaba en neuropsiquiatría la influencia genial de KRAEPLIN, el pronóstico de las psicosis "endógenas" (esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva) era bastante discutido. No bastó en efecto, que este autor dividiera de una vez por todas el gran grupo de "las psicosis progresivamente demenciales" en dos, (esquizofrenias y psicosis circulares) sino que, por necesidades clínicas y biológicas, los autores pidieron nuevas bases, distintas de la sintomatología especial a cada cuadro nosológico. Vinieron entonces, los estudios sobre la influencia de muchos factores, especialmente caracteriológicos y tipológicos, los cuales unidos a los que había suministrado la doctrina psicoanalítica, formaron un concepto más hondo de las enfermedades mencionadas. BLEULER, especialmente, en su doctrina sobre la estructura psicológica cuadros clínicos superficiales para examinar los mecanismos psíquicos profundos. KRETSCHMER, sentó las bases morfológicas del pronóstico, y poco a poco, (GAUPP, TILLING, FRIEDMAN, BIRBAUM, KRONFELD, BER-

ZE, GRHULE, JUNG, SCHILDER, STORCH, WERNER, MAUZ, MIN-KOWSKI, etc.) la primitiva concepción de que el pronóstico era función del grupo a que pertenecía la psicosis y de su evolución fatal hacia la demencia, se modificó. El mismo KRAEPLIN, escribía después: "Hay que acostumbrarse a la idea, de que en el territorio de la esquizofrenia y en el del grupo maniaco-depresivo, acontecen entrecruzamientos, cuyo motivo es el que las manifestaciones de la enfermedad toman su origen en ciertas condiciones preexistentes. Debe quedar por ahora sin decidir, si ello depende tan sólo de la organización general de la especie humana y de aquí su extensión a las alteraciones patológicas, o de disposiciones hereditarias que hacen más asequibles y sensibles a ciertos territorios para los excitantes patológicos" (Cit. MAUZ) KRETSCHMER, admitió también la mezcla: "Ya no desecharemos sino que exigiremos que, por ejemplo: en un cuadro esquizofrénico, puedan reproducirse también algunos componentes circulares de la masa hereditaria".

Admitiendo también esta mezcla, este entrecruzamiento de factores en el grupo de las psicosis endógenas, había que investigar en qué consistían esas "condiciones preexistentes" de que habló KRAEPLIN. Nada mejor para hacerlo, que el tomar, como punto de partida, las investigaciones tipológicas de KRETSCHMER, que tanta luz parecían arrojar sobre el problema. Fué lo que hizo MAUZ (32). Sus conclusiones, no hicieron sino corroborar la tesis de su maestro, es decir, asegurar que el factor "morfología individual", representaba un factor decisivo para el pronóstico tanto de la esquizofrenia como de las psicosis circulares, pues, según MAUZ, el tipo leptosómico, es el que DETERMINA en un 31% de los casos, la catástrofe esquizofrénica demencial. En cambio, la forma pánica, sería base suficiente para asegurar un buen pronóstico.

Entre nosotros, la tesis de MAUZ, como lo demostraremos extensamente en otra ocasión, no nos ha dado ningún resultado, como base de pronóstico. Tal vez por factores de raza, nuestra constitución morfológica, es distinta de la de los germanos en quienes MAUZ hizo sus observaciones, y creemos que en estrecha relación con el pronóstico, hay que considerar otros motivos. En primer término, lo que BERZE y GRUHLE, han denominado, "el factor procesal de una esquizofrenia, es decir: que la enfermedad esté "en marcha"; que posea un carácter orgánico y que tenga una tendencia destructivo-progresiva que determine el rumbo hacia la destrucción esquizofrénica.

Como carácter distintivo del "proceso", los autores sajones especifican varias peculiaridades, para cuya enunciación emplean términos bastante confusos. Dicen: "lo característico del proceso, es la vivencia de la enfermedad como transformación subjetiva; como el apereibir de una amenaza del yo y su unidad; es una vivencia de insuficiencia, es la concienciación de la variación". Más claramente, podría decirse que proceso, traduce una evolución, más o menos intensa y rápida y que el paciente siente en las diversas esferas de su organismo.

Esta manera de considerar la enfermedad facilita el acercamiento hacia otros aspectos que han sido bien analizados en lo que atañe al factor psíquico-reactivo, por MAUZ, esquizocaria provoca una decadencia rápida, fulminante y predominantemente continua de la personalidad, en tanto que la segunda es "la expresión esporádica de una forma discontinua de la enfermedad". En las dos, el autor que acabamos de citar, hace intervenir de modo decisivo en el pronóstico y en la evolución, la forma corporal del que sufre la destrucción esquizofrénica.

¿En cuál de estas dos modalidades de evolución morbosa se observan las "remisiones espontáneas" y las recaídas consiguientes? Indudablemente, en la forma que evoluciona por brotes. Creemos, que los casos que se han considerado como pertenecientes a las remisiones espontáneas no son sino psicofrenias progresivamente destructoras de carácter esquizoide. El pronóstico en estos casos, no lo da —por lo menos entre nosotros— la forma corporal, sino las características de la destrucción. Hemos observado, cuatro casos de psicofrenia, en enfermas pertenecientes todas al tipo pánico, en quienes los brotes, entrecortados por remisiones más o menos largas han sido cada vez más intensos. Dos de ellos, considerados como formas de destrucción hebefrénica, y los otros dos, de destrucción paranoide, llegaron a la demencia. Las aparentes remisiones espontáneas, nos parece que forman parte de un mismo cuadro clínico de invasión psicótica paulatina, que tiene la especial particularidad de ser intermitente.

En el personal de enfermas que hemos tratado por medio de la terapéutica convulsivante, el número de casos que había evolucionado bajo la forma de brotes esporádicos más o menos distanciados, fué de un 21%. Es decir, de 8 enfermas sobre 38. De este porcentaje, más de la mitad, había tenido tres brotes y los otros, solamente dos. La sintomatología de los casos más avanzados, era la de una demencia paranoide en enfermas de 25 a 30 años de edad.

En resumen, de acuerdo con los conocimientos actuales sobre evolución de la psicofrenia admitimos, que en los pacientes en quienes se ha observado la remisión espontánea de la enfermedad, ésta última en realidad evoluciona de una manera progresiva e intermitente. Una remisión en esta clase de enfermos, no justifica por sí sola un buen pronóstico y el tratamiento debe instituirse lo más rápidamente posible.

#### *b) El pronóstico de los esquizofrénicos tratados:*

Distinto de un pronóstico a simple vista, como el que se desprendió de los estudios de morfología individual, los tratamientos actuales han dado pie para establecer un pronóstico verdaderamente terapéutico. Empero, los factores que intervienen, son muchos y todos ellos complejos. Fuera de lo que puede influir el tiempo de evolución de la enfermedad, halla-



mos en cada caso particular, modalidades y variaciones en el modo como se exteriorizan los síntomas, o en el modo como se encapsulan.

Una noción, debe dominar el terreno del pronóstico: la esquizofrenia, es una enfermedad "en marcha" (BORZE), una enfermedad "proce-sal", que en sus formas agudas y bruscas, adopta el tipo esquizocárico, fulminante, y en las formas lentas, adopta muchos matices, desde el brote paroxístico, hasta el anonadamiento catatónico. En este concepto, nacido de la experiencia y de la observación de muchos autores debe fundarse la terapéutica por la insulina o el cardiazol.

La degradación psíquica, forma otros niveles mentales; unos que se manifiestan de manera ruidosa y dentro de una relativa conservación de la mentalidad y otros en los que a una desintegración total, se une una falta absoluta de estructura cohesiva. La super-estructura "psíquico reactiva" de que hablan los autores sajones, es precisamente el potencial de evolución, la posibilidad de demencia o de mejoría, el índice que mide la enfermedad y sus peculiaridades de evolución.

En los casos clínicos de esquizofrenia, las terapéuticas por el cardiazol y por la insulina, van a modificar ese agrupamiento de sistemas patológicos. Pero para esto ¿con qué elementos clínicos, y cuál es su importancia?

Si la forma particular de decadencia y de degradación mental está ligada con un determinado tipo de personalidad, ¿deben las terapéuticas modificar este tipo? Imposible. Aun sin admitir la existencia de la demencia precoz "constitución", el intento de modificar los fundamentos de toda una personalidad, es inútil. La terapéutica, únicamente, destruye, aniquila o anula, esas superestructuras, esas constelaciones, esos pequeños grupos anárquicos de ideas sobrevaloradas o polivalentes. En este sentido, la insulina o el cardiazol, hacen el papel de instrumentos de "exéresis". La operación que cada una de estas terapéuticas lleva a cabo, es la de una verdadera enucleación de focos dispersos, de neoformaciones diseminadas, esparcidas indistintamente en la superficie y en la profundidad de la vida psíquica. Más esta tarea del medicamento, puede ser llevada de una manera inteligente y eficaz, si se el refuerza con ciertos datos.

En primer lugar, la *constancia* de los síntomas, su marcha hacia una forma electiva de decadencia, su reforzamiento por elementos de la vida exterior que se van sumando unos a otros hasta formar capas casi indestructibles de formaciones esquizoides, es uno de los caracteres más fijos de un proceso esquizofrénico, que conviene atacar más pronto. Por esto hemos dicho, que la insulina conviene a los casos crónicos, es decir, en aquellos cuyas particularidades, están ya definitivamente orientadas hacia una cualquiera de las formas de destrucción esquizofrénica. Si referimos esto a las conclusiones a que llega MAUZ, en su libro sobre las psicosis endógenas, podemos relacionar de la siguiente manera, la opinión de ese autor con la nuestra:



1.—La insulina, debe emplearse, cuando existe ya en lo prepsicótico, una marcada dificultad para volverse hacia el mundo exterior y hacia las cosas y un temperamento orientado hacia dentro, encerrado en sí mismo, con gran irritabilidad interna y una posición ante la vida, en que domina lo asténico-sentivo, a menudo con un polo contrario, esténico ligero.

2.—Cuando existe ya una marcada unilateralidad, rigidez y uniformidad de las aspiraciones y de las posibilidades.

3.—El cardiazol debe emplearse, cuando el brote esquizofrénico adopta la forma de destrucción esquizocárica, y cuando *cualquiera que haya sido la forma de comienzo de las psicosis*, el enfermo ha llegado al embrutecimiento catatónico.

4.—El cardiazol da buenos resultados, cuando el “proceso” esquizofrénico es aún inestable, y pasa con facilidad, de una *posibilidad de destrucción*, a otra.

Insistimos de nuevo, sobre la consideración del carácter procesal de una esquizofrenia, y sus probabilidades de regresión frente a las terapéuticas, y podemos resumirlas así:

### CARACTERISTICAS DEL PROCESO

El proceso, reduce, por decirlo así la personalidad; debilita y hace ineficaces ciertas partes de su estructura (KRONFELD).

El proceso varía la personalidad (KRONFELD).

El proceso crea algo nuevo en la personalidad (MAUZ).

### POSIBILIDADES DE LA TERAPEUTICA

Los tratamientos limitan la esfera de acción del proceso, y colocan la personalidad en situación apta para emplear nuevas orientaciones.

Las terapéuticas modifican el rumbo del proceso y en ciertas ocasiones lo destruyen.

Las terapéuticas, uniendo las diversas partes disgregadas del psiquismo esquizofrénico, determinan la exclusión del proceso, y lo hacen considerar por el conjunto de la personalidad, como una formación parásita.

Además, al lado de la constancia que denoten los síntomas, y de su encauzamiento hacia una forma determinada de destrucción, es menester considerar la posibilidad de evolución de uno u otro signo, y el alcance patológico en la región del psiquismo que haya quedado poco invadida. Nos referimos, a aquellos casos que entran de lleno en el grupo de las “superestructuras caracteriológicas”, es decir, en el que los pacientes de experiencia francamente autista (BERZE), modelan sus manifestaciones patológicas en forma conveniente para aparentar normalidad. Este grupo de enfermos, acaso los más rebeldes a los tratamientos, en quienes una

constitución autístico-hiperestésica (KRETSCHMER, MAUZ) ha llevado progresivamente a una concepción subjetiva del mundo, muchas veces simbólica y sugestiva, este grupo, decimos, es en el que la psicoterapia logra resultados buenos, siempre que el tratamiento esté bien orientado y se acompañe de los que hemos comentado en este trabajo. El concepto, la sintomatología del paciente en estos casos, es paranoide. Son enfermos lúcidos cuya neoplasia mental, delirante y conexas, se ha desarrollado muchas veces sobre un fondo de lógica, como apunta KHOVER. En ellos, la acción de los tratamientos, debe ser vigilada, en el sentido de procurar que el individuo, aproveche el fondo de su afectividad, escasamente lesionado.

El pronóstico pues, de la enfermedad *tratada*, depende de tres factores:

1.—Del proceso y de sus peculiaridades (Tiempo).

2.—De la forma de destrucción esquizofrénica.

3.—De la mayor o menor integridad de algunas esferas psíquicas.

Nos queda por examinar —y lo haremos someramente— el estado mental post-esquizofrénico, es decir, el que queda una vez que se ha logrado la regresión de los síntomas. Un punto capital, debe tenerse en cuenta: si las curaciones obtenidas, tienen estrecha relación con la intensidad de la invasión psicopática, las mejorías o curaciones sociales dependen de la edad de la psicosis). Los tratamientos, sólo modifican en estas circunstancias de antigua alteración mental, aquellas formaciones que por su decisiva inconexión con el mundo circundante, impiden al enfermo la contemplación tranquila de los sucesos vitales. Es decir, que en los esquizofrénicos de forma paranoide, la mejoría que se puede lograr, es la de una buena utilización *social* de los elementos del psiquismo, que les permitan la vida común, sin exteriorizar sus alteraciones. Esto equivale a decir, que en esta forma de enfermedad, lo que algunos investigadores llaman el “defecto esquizofrénico”, lo que permanece inestable y biológicamente inmodificable, no desaparece en el enfermo, sino que más bien se cubre de apariencias de normalidad y de realidad. El observador, debe tratar de estimular la atrofia de la idea delirante, ya que no su destrucción, y menos aún, su encapsulamiento.

En las otras modalidades de la enfermedad, el “defecto”, esquizofrénico, compensando con una terapéutica adecuada, debe ser motivo de permanente y asidua vigilancia por parte del medio social a que pertenezca el paciente. Es lástima, que no exista entre nosotros, una educación colectiva respecto de higiene mental, la cual permitiría un mayor acercamiento del enfermo con el médico. Sin embargo las advertencias de este último a la familia o a los encargados del paciente, procurarán orientarlos hacia la psicoterapia, con el fin de evitar en lo posible un nuevo brote de la enfermedad. Una armónica sintonía del convaleciente con el medio exterior, contribuirá a evitar las colisiones entre las tendencias introvertidas y las extravertidas, principalmente cuando la psicosis ha tenido

un comienzo psíquico-reactivo y cuando los tratamientos por medio de la hipoglicemia o la convulsión tono-clónica no hayan logrado borrar completamente, las neoformaciones psicógenas.

### BIBLIOGRAFIA

- 1.—REESE H. H.—Hypoglycemia and convulsive therapy in schizophrenia. J. of A. M. Assoc. Febrero 4 de 1939.
- 2.—MAIZBERG B. Outcome of Insulin therapy. Quart. New York. State Dep. of Ment. Dis. Marzo, 1938.
- 3.—DUSSIK y SAKEL.—Cit. Reese.
- 4.—MUELLER M.—Die Insulintherapie der Schizophrenie. Swis Ach. F. Neurol. U. Psych. 1937.
- 5.—YOUNG R. y YOUNG A.—Treatment of psychoses with induced hypoglycemia and convulsions. Jor. AM M. Ass. Febrero 11 de 1939.
- 6.—LOWW A. A.—Abstract of discussion on pap. Reese and Young. J. of A. M. Ass. Febrero 11, 1939.
- 7.—HARRIS T. H.—Ibid.
- 8.—ZISKIND.—Ibid.
- 9.—MULLER M.—The insulin therapy of shizophrenia. The Am J. of Psch. Supl. Mayo, 1938.
- 10.—BENO N.—Insulin Treat. of 52 psychotic. Ibid. pag. 213.
- 11.—FROSTIC J. P.—Exp. with insul. therapy. Ibid. pag. 220.
- 12.—MARZYNSKI M.—Results of insulin ther, in schizophr. Ibid. pag. 240.
- 13.—PRES M. LL.—Remissions after insulin teratment. Ibid. pag. 253.
- 14.—DUSSIK TH. K.—Three and a half year of insulin therapy in Schy-zophr. Ibid. pag. 269.
- 15.—AUGUSTI PASTOR ALFONSO.—El tratamiento de la esquizofrenia por el coma insulínico. Tesis de grado. Bogotá. 1937.
- 16.—Prof. JULIO MANRIQUE.—Los nuevos tratamientos de la esquizofrenia. Rev. Col. Rosario. Bogotá, 42 casos de esquizofrenia tratados por la hipoglicemia insulínica. Comunic. a la 11 semana méd. Nac. Méd. 59:464, 1936.
- 17.—WOHWILLS H.—Ueber Hirnbefunde bei insulin ueberdosierung. Klin. Wochscr. 7:344—1928.
- 18.—EHRMANN y JACOBY.—Deutch Me. 50:138—1924.
- 19.—DE MORSIER y MOZER.—Lésions cérébrales par hypoglyc. Ann. Méd. 59:464, 1936.
- 20.—STIEF y TOKAL.—Beitrag zur hist. und. path. der exper. insulinvergiftung. Ztschr. f. d. ges. Neurolg. u. Psych. 1935.
- 21.—SCHEHESCHEWSKY, MOJIL, NIZKY y GORJAEWA.—Endorkr. 5:204, 1929.
- 22.—WEIL, LIEBERT y HEILBRUM.—Arch. Of Neurol. and Psych. 39:457, 1938.

- 23.—GOZZANO M.—Alterazione instolog. del sist. ner. nell intox. insul. Boll. Soc. Biol. Sper. 4:73, 1929.
- 24.—TANI F.—Psych. und. Neurol. Jap. 35:5, 1936.
- 25.—BAKER y LAFKIN.—Central lesions in hipogl. Arch Path. 23:190, feb. 1937.
- 26.—FREED y WOLFÁRD.—Subaracn. Hemorr. during schok-ther. in Schizophr. Arch. Neurol. and Psych. 39:813, 1938.
- 27.—FORBES y WOLFF.—Amyotonia Congenita. Bull. Jhon. Hopkins Hosp. 47:359. Dic. 1930.
- 28.—MEDUNA y FRIEDMAN.—The convulsive therapy of the psychoses. J. of the Am Med. Ass. Febrero 11 de 1939.
- 29.—QUARANTA y LAMBRUSCHINI.—CARDIOZOLTERAPIA en psiquiatría.—Rev. Argent. de Neurol. y Psiqu. Diciembre de 1938.
- 30.—ADAUTO BOTLHO. — Cardiazolterapia dos esquizofrenicos Separat. Aequivos brasileiros de neuiriatria e Pisiqiat. Maio, agosto de 1938.
- 31.—DELGADO HONORIO.—Tratamiento de la esqu. por el cardiazol a dosis convulsivante. Revista de neuro-psiquiatría. 1:19, 1938.
- 32.—MAUZ F.—El pronóstico de las psicosis endógenas. 1. vol. Trad. española. Edit. Morata. Madrid, 1931.
- 33.—RAMIREZ MORENO.—Cardiazolterapia en psiquiatría. Rev. Méd. Méxic. Octubre de 1938.

