

TRABAJOS DE CONCURSO

Causas y tratamiento de la esquizofrenia *

Por el Dr. SAMUEL RAMIREZ MORENO

Preámbulo

El concepto de la noción de **esquizofrenia**, nombre dado por Bleuler a la antigua **demencia precoz**, no está suficientemente precisado, pues encierra, no la denominación de una enfermedad, sino la de un conjunto de estados psicopáticos que forman, pudiéramos decir, una familia constituida por varios miembros.

La esquizofrenia —**mente hendida o disgregada**—, según etimológicamente se define, puede conceptuarse como el más interesante aspecto de **reacción psicopática**, teniendo en cuenta la explicación patogénica de ella según Bleuler.

No se puede aceptar como **síndrome** o entidad nosológica, sino más bien como un **tipo clínico**, según la expresión de Schneider. En tal sentido, Honorio Delgado, en su interesante ponencia del Perú, explica que entendemos por tal: “no un mero conglomerado de cuadros clínicos inubicables dentro de los otros casilleros de la sistemática psiquiátrica, como lo que se diagnosticaba con el nombre de **paranoia** hace medio siglo, según pretende Hoche que es hoy la esquizofrenia, sino la unidad determinada por una serie de requisitos de valor diferente, que se presentan reunidos en constelación variable en la realidad individual concreta, pero constante por lo común de la estructura de conjunto. Esta estructura de conjunto está formada por los síntomas que, aunque numerosos, tienen un sello peculiarísimo y un orden jerárquico inconfundible”.

La mentalidad del sujeto esquizofrénico es nueva, pues éste cambia esencialmente de lo normal y el hecho de que su inteligencia se conserve prácticamente intacta no quiere decir que

(*) Presentado al concurso abierto por la Academia en 1938 con el lema “Intellectus Unus in Omnibus”. Se publica hasta hoy por haberse demorado el fallo del Jurado Calificador respectivo.

sea un hombre normal con síntomas psíquicos, sino, como el propio Delgado explica: "es otro hombre, **hombre esquizofrénico**."

La entidad de la esquizofrenia se refiere a que instituye un **tipo de psicosis** con multiplicidad de formas clínicas, desintegrables en subtipos numerosos y más o menos independientes, ya que vemos que, desde la clasificación de Kraepelin, se señalan formas de aspectos diferentes entre sí, pero como dice Lange, no se dejan desprender una de otra: la **hebefrenia** puede acompañarse de **síntomas catatónicos** o la forma **paranoide** de manifestaciones **hebefrénicas**; en su evolución puede, por ejemplo, comenzar como hebefrenia, tener más tarde manifestaciones catatónicas y terminarse por paranoide, ya que, de hecho, se presentan todas las combinaciones posibles.

En otro sentido, hay que tener en cuenta que, a pesar de sus características, los síntomas esquizofrénicos suelen observarse aisladamente en el curso de otros estados psicopatológicos, de tal modo, que cabe afirmar que no hay síntoma patognomónico que individualice a la demencia precoz.

La **esquizofrenia endógena, esencial, genuina o psicosis proceso**, comúnmente llamada en la actualidad **esquizofrenia procesal**, puede confundirse con cuadros clínicos de **psicosis sintomáticas** causadas por procesos exógenos, como infecciones o intoxicaciones; cuando estos últimos estados dan en su conjunto la **reacción esquizofrénica**, es cuando se les designa como **esquizofrenias sintomáticas o exógenas**, o bien, como Delgado los denomina: **reacción somatógena esquizomorfa**, que se presenta por lo común sin predisposición hereditaria especial y en personalidades anteriormente normales.

Igualmente puede confundirse la **esquizofrenia esencial** con otros procesos psicopáticos de síntomas parecidos o iguales en personalidades de constitución anormal, en cuyo caso se observa la **reacción psicógena o neurosis esquizomorfa**.

Entre la personalidad llamada **esquizoide** y la **psicosis esquizofrénica** existen cuadros tan numerosos, que para unos autores imposibilita conceptuarlos como procesos de una misma enfermedad; en cambio, para otros son considerados como aspectos de grados variables del mismo proceso nosológico; de ahí que el problema de estudiar la etiología y el tratamiento de este **tipo psico-**

pático tan complejo sea algo difícil y escabroso de llevarse a cabo; pero trataremos de exponerlo dentro de lo más breve y claramente posible de acuerdo con las ideas que actualmente se tienen, muchas de las que aun están en revisión, ya que falta bastante por conocer y por comprender acerca de la esquizofrenia, la que ha sido motivo de numerosos estudios y de grandes preocupaciones de los alienistas contemporáneos, quienes seguramente con su ardua labor están preparando el esclarecimiento de la verdad, a la Psiquiatría del futuro.

E t i o l o g í a

"Hasta la fecha no ha sido probado, ni creo que lo sea, que la esquizofrenia reconozca una sola causa."—BUMKE.

Los obstáculos para el diagnóstico preciso de este tipo clínico llamado **psicosis esquizofrénica**, como acabamos de señalar, por la falta de delimitación acerca de ella, crea todavía en los conceptos psiquiátricos actuales, confusiones en lo que se refiere a los procesos etiopatogénicos.

Diversas y numerosas teorías existen sobre las causas de la dolencia que nos ocupa, unas de las cuales están completamente desechadas y sólo tienen interés histórico, otras que van perdiendo apoyo científico y comprobación clínica y, por último, algunas expuestas en la actualidad que son defendidas con ahinco por sus creadores y partidarios; pero antes de enumerarlas y comentarlas vamos a exponer algunos factores etiológicos de carácter general:

Frecuencia.—Las psicosis esquizofrénicas constituyen evidentemente—y en este sentido todos los alienistas están de acuerdo—, uno de los grupos de padecimientos mentales más frecuentes. Algunos autores los hacen llegar hasta el 40%. Varios, como Bleuler, consideran que ocupan el tercer lugar en frecuencia, después del alcoholismo cerebral y de las oligofrenias; pero por término medio podemos decir que se presentan aproximadamente en un 25% con relación a otros padecimientos psíquicos.

Raza.—No tiene especial importancia. Kraepelin nos decía cuando estuvo en México, que si en el corazón del Africa o en algún otro sitio donde hubiese pueblos salvajes existen enfermedades

mentales, seguramente dominarán las esquizofrenias. Con esto quería señalar que, además de la frecuencia de la psicosis, no tiene predilección por determinadas razas.

Algunos autores citan que la raza negra es menos propensa al mal; pero se ha argumentado, con razón, que faltan estadísticas precisas sobre el particular.

Sexo.—El sexo también es indiferente, pues es padecimiento que se repartió más o menos equitativamente entre ambos sexos. Sin embargo, algunos lo consideran más frecuente en el hombre (Dercum, Rudin) y otros en la mujer (White, Claus).

Bleuler señala que en su hospital había el 39% de mujeres y el 23% de hombres. En el Manicomio de Mixcoac ha habido épocas de mayor número de mujeres que de hombres.

Edad.—Desde los primeros autores que describieron la demencia precoz, tales como Willys, Sydenham, Pinel, Esquirol, Spurzham, Hecker, etc., se ha hecho especial hincapié en la circunstancia de que es una enfermedad principalmente de la adolescencia y de la juventud, lo cual creó teorías etiológicas relacionadas con las funciones genitales. El padecimiento se presenta entre los 14 y los 35 años y su frecuencia en relación con las edades, según Bumke, es la siguiente:

Entre los 15 y 25 años,	el 43.5%
„ „ 25 „ 30 „ „	18.8%
„ „ 30 „ 35 „ „	15.4%
„ „ 35 „ 40 „ „	6.3%

Excepcionalmente se presenta antes de los 14 años y después de los 40.

Las formas más juveniles o infantiles se han designado con el nombre de **demencia precocísima**. En varios centenares de esquizofrénicos, solamente he tenido oportunidad de ver cuatro casos de enfermos menores de 12 años, siendo uno de ellos de 8.

La edad también varía de acuerdo con la forma clínica, y en este sentido igualmente los autores, en términos generales, están de acuerdo con ello. De modo que, por lo común:

Las formas **simple** y **hebefrénica** se presentan de los 14 a los 18 años.

La **catatónica**, de los 18 a los 25.

Y la **paranoide**, de los 25 a los 35.

Siendo padecimiento esencialmente de la adolescencia y de la juventud, es común observarlo en jóvenes estudiantes, y ello ha motivado supuestas etiologías sobre el esfuerzo mental o la fatiga mental que los trabajos intelectuales del estudio podrían producir; pero este factor puede conceptuarse en la actualidad como carente de importancia.

Igualmente podríamos decir de otras circunstancias etiológicas, que en la época están completamente rechazadas, por lo que a continuación expondré los tres grupos de teorías que comprenden las causas atribuibles a la esquizofrenia y que son:

Orgánicas, psíquicas y mixtas.

Teorías orgánicas. Disendocrinismos.—De acuerdo con los conceptos emitidos por Kraepelin sobre la demencia precoz, se sostenía que la causa del mal era lesiones de las **glándulas sexuales**, lo cual fué apoyado con entusiasmo por Prados, Such, Mott y numerosos autores.

La circunstancia de que existen frecuentes alteraciones vegetativas en los esquizofrénicos y trastornos de las diversas glándulas de secreción interna, ya de hipo, ya de hiperfuncionamiento, hizo pensar que estas perturbaciones glandulares podrían producir o favorecer la dolencia, y durante mucho tiempo la etiología endocrina se ha considerado de gran aceptación, a tal punto, que ha inducido a tratamientos glandulares diversos practicados por numerosos psiquiatras, no dirigidos con el objeto de corregir la disfunción glandular, sino con el fin de buscar la curación del cuadro esquizofrénico.

Pero actualmente Willmann y otros insisten en que las perturbaciones endocrinas, más que causales, son en numerosos casos consecutivas a las alteraciones cerebrales de la esquizofrenia, como en muchos otros padecimientos mentales se ha podido observar y comprobar.

Es interesante señalar que durante algún tiempo se ha tenido la concepción de Monocow sobre el funcionamiento de la barrera ectomesodérmica en la defensa de las funciones cerebrales y en el tono emotivo localizado al mesencéfalo. En la esquizofrenia, se destruiría la dialización selectiva de esta barrera, lo cual vendría

a producir la incomunicación del mesencéfalo con las hormonas endocrinas, estimulantes del biotono.

Todas las teorías endocrinianas que estuvieron muy de moda en los años de 1921 a 1925 han ido siendo substituídas por otras, en las que se ha señalado la influencia de la **herencia**, de la **auto-intoxicación**, de los **dismetabolismos**, como más adelante veremos.

Herencia.—Sin duda alguna, la herencia ha sido uno de los factores más estudiados y discutidos en la esquizofrenia y sobre ella se han escrito numerosos trabajos, que nos vienen a demostrar que, incuestionablemente, es uno de los elementos etiológicos más importantes en esta psicosis.

Kraepelin le concede especial interés y dice que en los ancestros de los esquizofrénicos hay mayor número de pacientes dementes precoces que entre las personas sanas. Esta herencia familiar, que fué uno de sus argumentos al crear el concepto de la demencia precoz, incluyendo dentro de ella muchos otros síndromes mentales que no tenían situación nosológica, ha sido, sin embargo, muy atacada; pero la casi totalidad de autores que han investigado la herencia vesánica en los esquizofrénicos han encontrado un porcentaje muy alto de antecesores enajenados.

Por ejemplo, Christian ha señalado el 50%, el propio Kraepelin, el 70%, Mallet, el 77%, Zablocka, el 90%, Wolfshom, el 95%, etc., etc.

Bumke y otros indican que hay que considerar con el mayor escepticismo todas las hipótesis referentes a la herencia en los esquizofrénicos, pues no se puede conceptuar al padecimiento como una **enfermedad unitaria** desde el punto de vista de su fondo y causa biológica, ya que éstos cambian con los diversos procesos esquizofrénicos conocidos en la actualidad.

Con relación al grupo de esquizofrénicos entre los cuales la herencia es un factor importantísimo, Rudin ha hecho hondos y minuciosos estudios, y a este respecto dice que es común que los familiares de los esquizofrénicos sean personalidades psicopáticas, y ha encontrado acumulación de casos de demencia precoz en una misma familia.

Sobre lo anterior debemos decir que hay numerosas observaciones de hermanos esquizofrénicos (conozco no menos de 5 ó 6

casos); hecho más común que el de esquizofrénicos hijos de dementes precoces.

Se ha observado que cuando la herencia es por línea directa puede saltarse una generación (**herencia atávica**); pero no es raro encontrar también formas colaterales.

De acuerdo con la opinión de varios clínicos, por lo menos un grupo de esquizofrenias se transmiten de algún modo por herencia y ésta no es **dominante** sino **recesiva**, lo cual hasta cierto punto puede explicarse, aunque no se admite una relación abierta, pues entonces deberían encontrarse en las familias de los dementes precoces más casos de esta enfermedad (la cuarta parte de los hijos) de los que se observan en realidad, de donde el mismo Rudin en sus investigaciones etiológicas dice que en la esquizofrenia los caracteres se transmitirían **recesivamente**, originándose la enfermedad por su confluencia en el sujeto; pero lo interesante de sus estudios es que no **todos** los estados esquizofrénicos obedecen como ha sido dicho a un factor hereditario—por lo menos en parte—, sino que muchos pueden adquirirse durante el desarrollo de la vida del sujeto.

De acuerdo con el criterio que se tiene establecido acerca de que hay diversas formas de **cuadros esquizofrénicos** que pueden ser producidos por variadas causas, se ha venido admitiendo que hay **un grupo** de causas provocadas por **herencia recesiva** y, en ocasiones, en estos mismos **casos heredados** pueden agregarse elementos adquiridos de carácter exógeno. En tal sentido, se ha dicho que ocurre lo que sucede con la tuberculosis pulmonar, cuyas formas graves se deben no sólo a una predisposición hereditaria, sino a la coincidencia con factores exógenos.

Constitución.—Los partidarios de la herencia en la esquizofrenia consideran que, si no todos, cuando menos la gran mayoría de esquizofrénicos, antes de serlo, presentan manifestaciones mentales anormales con caracteres análogos al propio estado psicopático, pero en menor proporción, integrándose así lo que se ha dado en llamar **constitución esquizoide**, que ante factores ocasionales de otra naturaleza se convertiría en un estado esquizofrénico. Este punto de vista, censurado por Willmann y Bumke, ha sido revisado recientemente por varios autores, entre otros Kahn y Hoffmann, quienes señalan que en la esquizofrenia intervienen dos predispo-

siciones: una, heredada de **modo recesivo**, y otra, de **modo dominante**. La primera sería la **predisposición** para la **constitución esquizoide**, y la otra, para los procesos **psicóticos esquizofrénicos**, y entonces se diferenciaría el **esquizoide del esquizofrénico**, no sólo **cuantitativa**, sino **cualitativamente**; pero es evidente que el tipo **esquizoide de Kahn** es distinto del de **Kretchmer, Hoffmann y Bleuler**.

Sin embargo, queda como un hecho irrefutable, y la clínica lo demuestra, que un gran número de esquizofrénicos han sido previamente de constitución esquizoide.

Toxiinfecciones.—Se pensó por Bayard-Holmes que la causa del mal era cierta toxiinfección intestinal por gérmenes especiales producidos por una substancia, la **istamina**, de acción eminentemente tóxica para el cerebro, y también en el mismo sentido M. Buscaíno señaló las llamadas **aminas tóxicas**.

La etiología microbiana ha sido sostenida, en lo que se refiere a su origen infeccioso, señalándose las infecciones puerperales, la tifoidea, la paratifoidea, las colibacilosis, el tifo exantemático, los reumatismos articulares agudos y los padecimientos respiratorios infecciosos (pulmonía, pleuresía y gripe de localización respiratoria). Igualmente se citan diversas meningo-encefalitis, la neuroaxitis epidémica y varias infecciones de tipo hepatointestinal.

Con relación al origen tuberculoso defendido por Wolfer, Ciarla, Zaya, Hollander, Lewenstein, Baruk, Targowla, Laucière y Blumenfeld, ha tenido seguramente su partidario más decidido en Claude, quien ha dado la noción de la **metatuberculosis**, es decir, que considera que la mayor parte de las esquizofrenias serían producidas en una **fase especial** del virus filtrable tuberculoso y, de acuerdo con sus teorías, piensa que la discordancia ideoafectiva sería la consecuencia de la acción tóxica tuberculosa sobre las fibras córtico-tálamo-estriadas.

La etiología tuberculosa se basa en observaciones clínicas que se han recogido sobre la coincidencia tan frecuente entre la esquizofrenia y la peste blanca.

En Europa, según Luxemburger, los hermanos de esquizofrénicos tienen una mortalidad por tuberculosis cuatro veces más alta que el resto de la población; pero además, éste y otros autores admiten que gran número de esquizofrénicos mueren tuberculosos,

y aunque entre nosotros es notoriamente menos frecuente esto, el hecho en sí no tendría valor, pues la tuberculosis es tan común que coincide con otros muchos padecimientos; sino que teniendo en cuenta la relación que pueda haber de causa a efecto, hay circunstancias por demás interesantes que en algunos esquizofrénicos se observan, entre su dolencia y la tuberculosis, que hace pensar en la existencia de íntima relación entre ambas.

Recordando algunos de los muchos casos que se me han presentado en la práctica, referiré el de A. H., joven estudiante de medicina que durante el cuarto año de su carrera, y encontrándose en pleno estado normal de sus funciones psíquicas, presentó un padecimiento vesical que, después de estudiarse minuciosamente, se diagnosticó como cistitis tuberculosa. Algunos meses después, ya mejorado por el tratamiento a que fué sometido, empezó a presentar síntomas mentales que se fueron perfilando dentro de un cuadro de esquizofrenia hebefrénica. El enfermo actualmente vive y está recluso en el Manicomio General.

Otro caso fué el del joven D. Z., de veintitrés años de edad, quien fué internado en un sanatorio por padecer esquizofrenia catatónica. En el examen físico-funcional que se le practicó no se le encontraron indicios reveladores de otro padecimiento; pero tres o cuatro meses después presentó una hemoptisis, lo que motivó minuciosas investigaciones clínicas y de laboratorio, apreciándose un foco tuberculoso pulmonar muy pequeño. El mal siguió tan rápida evolución, que el paciente murió pocos meses después de tuberculosis pulmonar.

A otros gérmenes, como ya señalamos, han sido atribuidas algunas formas de esquizofrenia; pero es evidente que existen casos que se presentan después de una infección aguda (tifo, fiebre tifoidea, gripe, etc.). Generalmente, tras de estos estados infecciosos queda un cuadro de confusión mental, el que, al disiparse, permite apreciar la existencia de una psicosis esquizofrénica.

En este sentido, ya Regis hablaba de dos tipos de demencia precoz esencialmente diferentes: el primero, llamado por él **constitucional** o **degenerativo**, propio de los individuos jóvenes, pero con taras anteriores, quienes "con ocasión y bajo la influencia autotóxica del **proceso puberal** y en formas clínicas diversas, caen en la demencia precoz."

El segundo tipo, llamado por el insigne psiquiatra **demencia precoz postconfusional**, es aquel en que los individuos con poca o ninguna predisposición anterior inician su estado psicopatológico por una forma de confusión mental aguda (tóxica o infecciosa), después de la cual se manifiestan fenómenos de estupor, pudiendo algunas veces constituir estados catatónicos que en ocasiones llegan a la curación o caen definitivamente en la demencia precoz.

Estos casos tendrían tres fases: la primera—**fase aguda**— no sería sino un proceso ordinario de **confusión mental**; la segunda—**fase de transición**—en la que los síntomas sufren evolución crónica—**confusión mental crónica**—; y por último, una **tercera fase de incurabilidad**, que no sería sino propiamente la **demencia precoz postconfusional**.

Regis no señalaba para el segundo tipo **postconfusional** algún factor etiológico o específico, sino cualquier clase de intoxicación o infección capaz de provocar cuadros de confusión mental.

Este concepto de demencia **precoz postconfusional**, atacado por algunos autores, queda demostrado, sin embargo, en la clínica, pues numerosísimos esquizofrénicos empiezan con el cuadro confusional tóxico o infeccioso y en este sentido nosotros hemos tenido ocasión de verlo con gran frecuencia, pudiendo decir que los estados tóxico-infecciosos más comunes que dejan una secuela primero confusional y luego esquizofrénica son: las infecciones puerperales, la tifoidea, la paratifoidea, las colibacilosis, el tifo exantemático, el reumatismo articular agudo, la pulmonía y las pleuresías.

Traumatismos.—Se ha citado por varios autores la íntima relación que pueda haber entre los traumatismos cefálicos y las psicosis esquizofrénicas (Muralt, Tefster, Vergne).

Willmann y Schmidt refieren casos de síndromes esquizofrénicos que se han presentado en traumatizados de guerra; pero tales casos han sido contradichos por otros clínicos, como Goldstein y Bonhoffer, etc., quienes indican que esto sólo es mera coincidencia, o bien, que cuando más, los traumatismos obrarían no como causas eficientes, sino simplemente ocasionales; de tal manera que este factor etiológico carece completamente de importancia en la actualidad.

Nosotros no tenemos observaciones de esquizofrenias que ha-

yan aparecido después de traumatismos cráneo-encefálicos; por lo menos, observaciones que sean dignas de tomarse en consideración.

Todas las teorías anteriores que afirman el carácter orgánico cerebral de la esquizofrenia, ya por procesos hereditarios, metabólicos, tóxicos o infecciosos, coinciden en el punto común de que hay alteraciones anatómicas nerviosas, bien neuronales del manto cerebral, bien subcorticales, que explican la desintegración de las funciones afectivas e ideatorias en estos enfermos. Tales teorías sostienen en primer término, que lo principal es la lesión anatomopatológica de los tejidos nerviosos, y lo secundario, las modificaciones psíquicas que estas lesiones producirían ocasionando los síntomas mentales.

Cualquiera que sea la teoría más próxima a la verdad, como dice Gruhle: "la mayor parte de los actuales conocedores de la esquizofrenia la consideran como una **enfermedad orgánica**."

II. **Teorías psíquicas.**—En contraposición con los conceptos orgánicos causales de la esquizofrenia, señala Gruhle que los románticos—enemigos de aceptar una causa física—han venido creyendo que es una enfermedad del alma.

Jung, uno de los más destacados psicoanalistas, y sus discípulos Maeder, Spielrein, Nelken, Grebelskaja e Itten, han lanzado una concepción psicológica de la esquizofrenia, la cual consiste en que hay **una regresión de la libido** hasta la fase autoerótica o narcisista, fase que se caracteriza por la **existencia mítica**, y de las **imágenes subconcientes de aspecto arcaico o colectivo**.

Si se emplea el método **constructivo**, en cierto modo análogo al **intuitivo** de Bergson, es posible descubrir el sentido de los síntomas en los esquizofrénicos, quienes regresan al tipo de **pensamiento mágico** en el cual lo **afectivo** y lo **concreto** están íntimamente relacionados con el individuo, es decir, realismo y animismo propios del niño o del salvaje; los objetos son señales y el individuo los aprecia en relación con el significado mágico que poseen para él, lo cual varía en su **función de lugar y de tiempo**. Si continúa el camino de **regresión** en el enfermo, se llega entonces, de acuerdo con estos mismos conceptos psicoanalíticos, al estado de **psiquismo fetal** que vendría a explicar las actitudes que ciertos catatónicos tienen, como si estuviesen dentro del claustro materno (posición en ovillo), **juntamente con las crisis de agitación cata-**

tónica y las reacciones catastróficas de Goldscheider que se observan precisamente en los fetos y en los recién nacidos.

Estas teorías son muy defendidas por los psicoanalistas y por los que propagan esta escuela.

La **teoría instintivista** de Hesnard y Laforgue señala que la esquizofrenia es una **enfermedad de los instintos** y que se debería al regreso de **fijación libidinosa** hacia la madre, lo cual crea el **símbolo erótico y nutritivo** a la vez. De este modo, el enfermo se **introyecta** y se **fuga de la realidad** o del **mundo mismo** que constituye para él **materia muerta y repulsiva**, para volver a su satisfacción primitiva que le fué quitada con más o menos violencia por el destete.

Toulouse y Mignard piensan que el trastorno fundamental de la esquizofrenia estaría radicado en **alteraciones de la función de autoconducción**, que es la que orienta y aplica las actividades psicológicas a una finalidad pragmática.

Sobral Sid ha lanzado la teoría psicógena en la que considera como condición primordial para que se produzca este padecimiento, la **persistencia en la mente** de tendencias de **reacción egocéntrica** inadmisibles por el **yo social**; y como de esto surgen conflictos permanentes entre los diversos núcleos de los elementos o formas integrantes de la personalidad, se origina su ruptura y, por lo tanto, la disociación o desintegración de ésta en complejos que, según el autor, representan **almas fragmentarias** que vivirían automáticamente en un mismo grupo, formando así la **estructura personal polifrénica** del hombre primitivo. Cuando se ocasiona el desprendimiento de uno de estos núcleos en el conjunto de la personalidad, ésta se va empobreciendo y se engendra un nuevo defecto esquizofrénico, hasta que en las fases últimas el individuo es **“un depósito de constelaciones anímicas imperfectas que funcionan ignorándose mutuamente.”**

Minkowski dice que lo esencial en la esquizofrenia es la pérdida del **contacto vital** y del **sentimiento de armonía con la vida**, lo cual se diferencia del concepto del autismo de Bleuler, en que **no es el enfermo quien se aleja del mundo sino éste el que se desvanece ante aquél** al desaparecer los factores afectivo-instintivos que permiten la **subjetivación o concienciación** del espacio (movimiento) y del tiempo (duración); y así, el enfermo esquizofrénico,

imposibilitado de apreciar el movimiento y la duración, "cae a un **realismo** o **geometrismo** morbosos para entrar a un mundo nuevo, de abstracciones, en el que se pierden o desvanecen sus vivencias".

Otra teoría interesante que interpreta la esquizofrenia desde un punto de vista psicológico es la emitida por R. Sarró y que se apoya en la antropología Klagesiana. Según ésta, habría una **desaparición del espíritu** o una **suspensión de su función**. Así considerado este concepto, la esquizofrenia se aceptaría como un aspecto morbozo de la **vida pelasga**, en la cual los signos y las palabras pierden su carácter representativo de contenido espiritual y el sujeto queda reducido a un simple **esqueleto fonético y gráfico**.

Tal teoría se opone a la de Minkowski que refiere e interpreta los hechos en sentido inverso: el racionalismo morbozo es para Sarró un estado de defensa del psiquismo ante la emergencia de la vida pelasga; el geometrismo morbozo sería el resultado de la transformación del espacio logocéntrico en espacio pelasgo, y así, "en el mundo esquizofrénico predomina la imagen sobre la cosa, el símbolo sobre el concepto y el alma sobre el espíritu."

C. Schneider considera que la esquizofrenia es un estado particular de la personalidad que conserva la conciencia en una **situación intermediaria entre la vigilia y el sueño**, lo que traería alteraciones en las vivencias inmediatas que son imprecisas, flúidas, incompletas, un tanto caóticas, inestables y extrañas.

Las concepciones anteriores y otras que no tendría ya caso enunciar, son en su mayoría derivadas de la escuela psicoanalítica fundada por Freud con las modificaciones que posteriormente han seguido sus continuadores, entre ellos Jung y una pléyade de psiquiatras contemporáneos y, aunque algunas son muy sugestivas, ¿tienen realmente una base de comprobación científica? Ciertas de ellas dan la impresión de que son la consecuencia de lucubraciones más o menos imaginativas de sus autores, y aunque parte de éstas pueden tener explicación lógica, ¿son puramente psicológicas las causas de la esquizofrenia?

Seguramente que no, y por ello, dentro de un terreno más verosímil y más clínico, pensamos que son múltiples los factores etiológicos, entre los cuales es innegable que se cuentan los de origen psíquico; pero ya éstos no se pueden sostener como exclu-

sivos y en tal sentido ha ido perdiendo terreno el concepto del **trauma afectivo** como causa única de la dolencia; a este respecto Gruhle dice que: "si las conmociones psíquicas fueran capaces de producir la esquizofrenia, esta enfermedad hubiera experimentado un aumento enorme durante la gran guerra, tanto en los que tomaron parte directa en ella como en los que quedaron en sus hogares y, sin embargo, no se observó esto."

III. **Teorías mixtas.**—Las opiniones actuales, como ya se indicó, son en el sentido de que obran varias causas en la producción de este mal, que se considera en la mayoría de los casos como una afección **sui generis** del parenquima cerebral y, por tanto, se acepta como fundamentalmente orgánico el padecimiento.

No obstante, de todo lo expuesto anteriormente y tras de haber enumerado la mayor parte, si no todas, las causas a que se atribuye la esquizofrenia así como las diversas teorías sobre la etiopatogenia de este mal, consideramos, como muchos psiquiatras contemporáneos, que pueden distinguirse dos grupos de esquizofrenias de acuerdo con los mecanismos que las originan:

El primero, constituye la **esquizofrenia procesal de naturaleza endógena** y de **fondo orgánico**, cuya etiología es bastante oscura, aunque se puede afirmar que lo más importante es la **predisposición hereditaria de carácter recesivo**. Es propiamente la **esquizofrenia genuina, endógena, esencial o psicosis proceso**.

El segundo, está formado por la esquizofrenia o **esquizofrenias sintomáticas, exógenas**, en el cual obrarían como causas fundamentales **factores somáticos y psíquicos adquiridos**.

Por lo común, este segundo grupo se presenta **sin predisposición hereditaria especial** y en personas **anteriormente normales**. Sus formas engloban las **esquizofrenias psicógenas adquiridas**, muchas de ellas señaladas por los psico-analistas, y las formas orgánicas que dan la reacción somatógena esquizomorfa (Delgado), las cuales, cuando son consecutivas a toxiinfecciones, tienen en cierto modo el carácter **procesal**, como las esquizosis metatuberculosas de Claude, las postconfusionales de Regis y otras muchas relacionadas entre sí por la **reacción esquizofrénica**; pero son todas éstas, o por lo menos su mayoría, de **procedencia adquirida**. Algunas de tales formas hemos tratado de caracterizar en la clínica como **síndromes esquizofreniformes**, ya que debidamente consi-

derados son sólo estados psicopáticos con síntomas de la **serie esquizofrénica**, o bien, cuadros sintomáticos de otras enfermedades con perturbaciones psíquicas de **tipo esquizofrénico**.

Todavía, como se ve, hay confusión en lo que se refiere a la etiología de la esquizofrenia y esto es, sin duda alguna, debido a que, no obstante los constantes esfuerzos de los alienistas, aun no se hace la delimitación clínica y anatomopatológica de este proceso; pero creemos, sin embargo, que los estudios recientes sobre el mal, llevarán necesariamente a la apreciación más definida y exacta de su etiología y de su patogenia.

Tratamiento

"No hay recurso terapéutico que no haya sido propuesto contra la esquizofrenia."

—MIRA.

Si la delimitación clínica de la noción de la esquizofrenia y la etiopatología de este estado de **reacción psicopática** constituye actualmente uno de los problemas por resolver más complejos en la psiquiatría, el tratamiento está aún carente de un plan de orientación y de bases suficientemente sólidas, de tal modo que los métodos, principalmente por choques, son en gran parte empíricos; pero algunos constituyen procedimientos verdaderamente útiles y en ocasiones admirables, si se emplean con la debida oportunidad.

El tratamiento de la esquizofrenia, demasiado extenso si tratáramos de exponerlo con todo detalle, lo vamos a resumir, pues parte de éste solamente tiene interés desde un punto de vista histórico y sería ocioso describir procedimientos que están fuera de uso. En cambio, trataremos con mayor detalle lo relacionado con los métodos de Sakel y Von Meduna, que han sido admitidos y elogiados por la mayor parte de los psiquiatras modernos.

La exposición de este asunto llevará el siguiente orden:

- I.—**Tratamiento profiláctico.**
- II.—**Tratamiento sintomático.**
- III.—**Internamiento.**
- IV.—**Tratamientos pasados.**
- V.—**Tratamientos modernos.**

I.—Tratamiento profiláctico.—El problema de la profilaxis en la esquizofrenia es el mismo de todos los padecimientos mentales en los que intervienen, por una parte, causas de predisposición hereditaria, y por otra, procesos adquiridos que obran directamente sobre el psiquismo, originando estados psicopáticos.

Desde este punto de vista, las reglas de la higiene mental son las más adecuadas, principalmente las que tienen por objeto atender debidamente a los hijos de padres neuróticos o enajenados dentro de métodos de educación física, alimentación suficiente y nutritiva, exclusión de trabajos o esfuerzos intelectuales, etc.

Los individuos que viven en un medio de influencia mental morbosa, deben ser separados de ese ambiente y colocados en otro donde puedan estar exentos de factores etiológicos que influyan nocivamente sobre su psiquis.

En lo referente a los preceptos para evitar las uniones consanguíneas de psicópatas o los matrimonios de individuos enfermos de padecimientos nerviosos graves, y aun el delicado asunto de la esterilización y de la castración en enajenados o tarados profundos, son cuestiones que corresponden a la eugenesia y que han sido tratadas y discutidas con suficiente amplitud.

Debemos, sin embargo, insistir en la conveniencia de aislar a los hijos de padres psicópatas, enajenados o viciosos, y colocarlos en planteles educativos donde se pueda ejercer sobre ellos la vigilancia médica adecuada, sometiéndolos a exámenes médicos y psiquiátricos de acuerdo con las orientaciones que la propia higiene mental señala, pues en esta forma pueden destruirse o atenuarse estados de predisposición latente en un medio desfavorable; en condiciones higiénicas pobres y ante la lucha de esfuerzo y de trabajo por la vida, igual a la de los individuos normales, puede favorecer el desarrollo de un padecimiento esquizofrénico, especialmente en los sujetos de constitución esquizoide.

La siguiente observación interesante, de varias que he podido recoger, en mi concepto es explicable por la influencia del medio sobre la predisposición.

Se trata de E. M., joven de 28 años, con manifestaciones esquizofrénicas recientes: discordancia ideoafectiva, ambivalencias, ideas querellantes, alucinaciones auditivas, agresividad hacia la madre, etc., que se agrupan hacia una forma paranoide.

Esta enferma tiene antecedentes familiares de enajenados y neuróticos; su madre es persona de carácter extravagante, muy rígida y severa en la educación que ha tenido para los hijos; pero lo curioso es que una hermana, G. M., presentó un estado esquizofrénico hace varios años, el cual evolucionó rápidamente hasta constituirse en forma hebefrénica; durante algún tiempo estuvo internada en un sanatorio, pero deseando la madre hacerse cargo personal de ella, la recluyó en su casa quedando su vigilancia y atención encomendados a la hermana, E. M., quien desde hace ocho años ha tenido el papel de enfermera, con una vida de absoluto retraimiento, sin tener distracciones, sometida a la rígida disciplina de la madre y sufriendo los actos de la conducta anormal de la hermana: insultos, agresiones, etc., y hace poco ha empezado a presentar el cuadro esquizofrénico que se indica.

Reflexionando sobre este caso, puede pensarse con fundamento que si E. M. hubiera sido separada de la enferma, viviendo en otro ambiente, sometida a educación distinta y dentro de una vida de higiene mental, ¿habría desarrollado la psicosis esquizofrénica que presenta? Posiblemente no, pues en el caso, sobre la predisposición hereditaria, podemos pensar que hay factores psicológicos de influencia directa que han favorecido el desarrollo de un estado **latente**.

En México se debe extender, como lo pretende llevar a cabo el Departamento de Psicopedagogía, la investigación psicológica y psiquiátrica a todos los escolares para conocer oportunamente sus taras, sus desviaciones psíquicas, sus constituciones, y tomar las medidas adecuadas y oportunas a efecto de detener un padecimiento mental que con el tiempo pudiera producirse.

La creación de consultorios de higiene mental, como en algunas partes del mundo se han establecido, es indispensable en nuestro país, para que allí puedan resolverse los problemas que padres, educadores y médicos presenten, a efecto de que se les instruya sobre los métodos de higiene mental en el caso de los anormales, de los psicópatas, con relación a todas las cuestiones sociales y médicas a que dan origen.

De este modo, podría llevarse a cabo labor de efectiva profilaxis no sólo en la esquizofrenia sino en muchas otras enfermedades mentales.

II.—Tratamiento sintomático.—Las distintas formas de esquizofrenia traen cuadros y síntomas múltiples que requieren medicaciones diversas y adecuadas.

Contra la **agitación**, principalmente propia de los estados hebefrénicos y paranoides, es de uso corriente emplear la clinoterapia prolongada, los baños calientes de inmersión a 38 ó 39 grados, el aislamiento en habitaciones silenciosas, o bien el empleo de sedantes nerviosos: bromuros, cloral, barbitúricos, etc.

En los casos de **agitación muy intensa** se recomienda el método de la narcoterapia, que consiste en tener al enfermo durante varios días dormido, ya usando inyecciones de Somnifène, ya enemas con hipnóticos diversos, ya fórmulas por vía oral.

Este procedimiento, llamado también **narcosis permanente**, ha sido muy útil en algunos casos y se recomienda por Klasi, su autor, y por otros muchos psiquiatras, entre ellos Baltasar Caravedo.

Los **estados depresivos** tienen la terapéutica común de los síndromes de esta naturaleza y se emplean para ellos estimulantes de la nutrición, excitantes del sistema nervioso. En los últimos tiempos se viene usando el clorhidrato de hematóporfirina.

En los **estados de agotamiento y desnutrición**, el suero fisiológico y glucosado, las inyecciones de extracto hepático; pero, de modo muy especial, nosotros hemos tenido resultados satisfactorios con las transfusiones, inyectando 150 ó 200 c.c. de sangre cada dos o tres días, hasta completar seis a diez.

Para la **sitiofobia**, tan frecuente en los catatónicos, se impone la alimentación con sonda esofágica, introduciéndola por la nariz, para lastimar lo menos posible al enfermo. La práctica de esta alimentación es de uso corriente en todos los sanatorios psiquiátricos y siempre hay enfermeros habilísimos que la saben emplear, pues con frecuencia se requiere este recurso —en ocasiones por varios meses—, para poder nutrir a los pacientes.

Las **alteraciones glandulares** que con tanta frecuencia se presentan en los enfermos, como insuficiencias ováricas, perturbaciones tiroides, etc., se pueden corregir en parte, mediante extractos opoterápicos adecuados.

Otros medicamentos sintomáticos tienen las mismas indicaciones que para las demás enfermedades mentales y, por lo tanto,

son comunes en la terapéutica psiquiátrica y no exclusivos o propios de la esquizofrenia, por lo que no hay caso de citar.

III.—Internamiento.—La mayor parte de los enfermos esquizofrénicos requieren su reclusión en hospitales psiquiátricos, tanto para protegerlos de los actos que ejecutan contra ellos mismos: rechazo de alimentos, automutilaciones; o contra los demás: impulsiones agresivas u homicidas, robos, delitos en propiedad privada, etc. Hay que tener presente que estos enfermos cometen actos anormales y agresivos mucho más frecuentemente en el medio del hogar y con sus propios familiares —especialmente contra los padres—, que en el ambiente disciplinado y propio del hospital.

Por otra parte, es más fácil que sean sometidos a métodos de trabajo cuyos beneficios son indiscutibles, así como a algunas actividades gimnásticas y deportivas.

La terapéutica ocupacional o laboroterapia de Simon, que tanto se ha extendido en los últimos años entre los enfermos mentales y que ha dado beneficios extraordinarios en muchos esquizofrénicos, sólo puede llevarse debidamente en el hospital.

El internamiento es además indispensable para realizar en forma adecuada los procedimientos de insulino-terapia y convulsio-terapia que ahora se aplican.

Las formas atenuadas del mal, o los estados de remisión y convalecencia, es posible atender fuera del sanatorio, pero es de recomendarse que el enfermo no esté al lado de sus propios parientes, sino bajo la vigilancia de una familia que pueda cuidarlo, para que éste sienta la impresión de vivir en el hogar, pero sin la confianza y las ligas afectivas que con sus familiares tiene, ya que, según la escuela psicoanalítica, esto da motivo a la conducta agresiva y violenta que tales enfermos presentan ante sus padres y hermanos por los complejos incestuosos que se ponen en acción.

IV.—Tratamientos pasados.—Hasta hace poco tiempo se habían intentado numerosísimos métodos de tratamiento sin resultados ostensibles, y como no hay propiamente una terapéutica causal, la mayor parte de dichos procedimientos se realizaban, ya desde un punto de vista puramente empírico, ya por extensión, pues en otros padecimientos mentales, algunos dieron resultados favorables; pero la ineficacia de todos había creado el concepto de que la esquizofrenia casi no tenía recursos terapéuticos y en ese

sentido Bleuler decía: "se han de evitar en todo caso las curas caras que no sirven para nada. En general, no se deben sacrificar los intereses económicos y morales de una familia en un tratamiento sin esperanza".

Algunos de los métodos llaman la atención porque no tienen ninguna base científica para haberse empleado, y sólo se disculpan por el hecho de que se ha intentado buscar recursos que pudieran ser provechosos en este padecimiento.

Como sería imposible describir y aun siquiera enumerar los tratamientos practicados, a continuación expondré los que principalmente fueron realizados en épocas pasadas, haciendo hincapié en aquellos que se emplearon más o en los que se cifraban esperanzas de mejoramiento o de curación.

Tratamientos glandulares.—Cuando se sostuvo la etiología endocrina de la esquizofrenia, se empezaron a emplear todos los productos opoterápicos: tiroideos, hipofisarios, suprarrenales, etc.; pero seguramente lo que tuvo más aplicación fué el tratamiento opoterápico genital —extractos orquíticos y ováricos—. Estos se han empleado con exceso y puede decirse que aún en la actualidad son de uso corriente en los esquizofrénicos, quienes indiscutiblemente presentan perturbaciones endocrinas con mucha frecuencia; pero éstas, como ya se ha señalado, no son productoras del cuadro psicopatológico sino éste más bien puede ser el motivo causal de aquéllas.

Se ha intentado el tratamiento con hormonas sexuales femeninas inyectadas a varones y viceversa (Beck), y aunque algunos autores optimistas señalan haber obtenido buenos resultados, la verdad es que no se han confirmado, y sería muy difícil distinguir las mejorías espontáneas de aquellas que pudieran ser favorecidas por estos métodos.

Ciertos autores han sido partidarios de los tratamientos mixtos como, por ejemplo, tirohipofisiosuprarrenal (Mira).

Actualmente los tratamientos glandulares son de administrarse cuando hay manifestaciones de disendocrinismo, pero propiamente pueden conceptuarse como terapéutica sintomática o asociada en los estados esquizofrénicos.

Tratamientos psicológicos.—Durante el auge del psicoanálisis se concibió la esperanza de que por procedimientos de esta te-

rapia, podrían curarse o mejorarse los esquizofrénicos, como en el caso de las neurosis, psicastenia e histeria, y numerosos psiquiatras se dedicaron a la tarea de intentar fuese llevado a la práctica el método (Leland, Hinsie, etc.).

También estuvieron muy en boga otros sistemas psicológicos consistentes en provocar **choques emocionales** (Schimajel, Birnbaum) y aun procedimientos de persuasión, especialmente en algunas formas paranoides (Mira).

Igualmente fueron aconsejadas las curas psicagógicas por hipnotismo, y las llamadas indirectas: modificando el medio ambiente en los pacientes; rodeándolos de distracciones, personal adiestrado, orientarlos en el trabajo, etc., lo cual en parte no ha sido sino una forma de la terapia ocupacional de Simon que, como ya se indicó, tan buenos resultados ha dado en la mayoría de los enfermos mentales crónicos.

Es evidente que ciertos procedimientos de la psicoterapia son útiles, pero sólo modifican algunos de los aspectos en los síntomas y en la conducta de estos pacientes, pues otros, como el propio psicoanálisis, están completamente desechados por ser impracticables.

Tratamiento por sueño prolongado (narcoterapia).—Este método, introducido a la terapéutica de las enfermedades mentales por Klasi, no solamente se ha utilizado en la esquizofrenia como procedimiento sintomático, sino también como tratamiento de fondo. y en este sentido ha sido muy empleado, principalmente por el profesor Mayer, en la Clínica de Burgholzi.

El método normal consiste en aplicar al paciente primero un enema de 30 gramos de aceite de ricino y después, por vía rectal, la mezcla narcótica cuya fórmula es:

Paraldehido	0,4864 grs.
Extracto de amileno	0,1593 „
Hidrato de cloral	0,1157 „
Alcohol de 92 grados	0,1747 „
Acido isopropilalilbarbitúrico	0,0409 „
Digaleno	0,0330 mgms.
Efedrina	2,4600 „

Se aplican 0.15 c.c. por kilo de peso diluidos en diez veces su volumen en solución glucosada al 10 por ciento, cuya acidez se neutraliza con un gramo de bicarbonato de sodio.

Generalmente los dos o tres primeros días se aplican al enfermo tres o cuatro enemas de 3 a 4 c.c., y en los siguientes días, de 2 c.c., durando el tratamiento de ocho a doce días según los casos.

El método no está exento de peligros, pues se cita que hay de 0.5 a 2 por ciento de mortalidad y se requiere vigilancia y cuidado especial con los enfermos, administrándoles enemas de Morphy, suero glucosado, suero fisiológico, inyecciones de oxígeno, etc.

Baltasar Caravedo, del Perú, emplea principalmente el Somnifène Roch, y este autor considera ventajas del procedimiento, además de las del punto de vista de la exploración psicológica, pues dice que el enfermo "antes de dormir, por lo general, habla, rompe el autismo, exhibiendo sus verdaderas preocupaciones, y en los casos en que la censura es fuerte y sólo pronuncia monosílabos, palabras inductoras que pueden señalar la pista para descubrir sus complejos".

Otros hipnóticos se han empleado con el mismo propósito, entre ellos la escopolamina con luminal, el luminal sódico, el dial, el sulfonal y la morfina-escopolamina.

El método aludido ha continuado preconizándose por los alienistas suizos, pero no con indicación exclusiva para la esquizofrenia.

Piretoterapia.—Después de los resultados tan satisfactorios obtenidos mundialmente provocando reacciones piretógenas en los enfermos neurosifilíticos, ya empleando infecciones como el paludismo, la fiebre recurrente, el sodoku, ya mediante la inyección de sustancias proteicas que ocasionan choques con hipertermia, o ya por otros medios, se empezó a extender esta terapia a la esquizofrenia, y por mucho tiempo se ha venido practicando (Menzies, Gallaud, Giehm, Mageneau, Male, D.Ormea, Pasqualini).

La piretoterapia más empleada ha sido la malárica, de la cual se citan resultados muy contradictorios, pero para algunos autores, bastante buenos, pues consideran que el método es capaz de favorecer remisiones (Belloni, Bertolini, Cebrián, Hinsie, Malquin, Mikulski, Masquin, Mazza, Umsworth, Banelli, Varena, Urdela, Warner, Wizil).

Nosotros hemos ensayado la malarioterapia en esquizofrénicos sin resultados verdaderamente satisfactorios, pues sólo hemos observado en algunos casos ciertas mejorías, pero sólo sintomáticas, especialmente en lo que se refiere a los estados de agitación que presentan los hebefrénicos; pero no hemos apreciado remisiones ostensibles.

La malarioterapia ha sido también empleada asociándola con inyecciones de salicilato de sodio (Brunowa).

Algunas vacunas se han usado para provocar choques piréticos, entre otras, la vacuna antitifoidea (Berkley, Joson, Vallejo Nájera, Alvarez, Nouvilas, Lourrival de Queiroz); el Dmelcos (vacuna contra el estreptobacilo de Ducrey), las vacunas antigonocócicas, etc., etc. Podemos decir que las mismas empleadas para la neuro-lúes.

Algunas drogas químicas se han recomendado como de acción piretógena útil (Pyripher, Phlogetan).

El nucleinato de sodio, muy recomendado por Grimaldi en dosis progresivas de 0.15 a 2 ó 3 gramos en suero fisiológico, también se utiliza en cierto modo dentro de la orientación de la terapia por choques.

Piretoterapia azufrada.—Seguramente la forma de piretoterapia que ha tenido más aceptación en la esquizofrenia ha sido la preconizada por Claude y Dublineau en 1933, quienes, después de sostener la etiología **metatuberculosa**, empezaron a tratar a dementes precoces con **piretoterapia azufrada e inyecciones de sales de oro**. La técnica consiste en alternar inyecciones de aceite azufrado (de 1 a 10 c.c. al 1 por ciento) con una sal de oro.

Este procedimiento tuvo feliz acogida entre los psiquiatras y empezó a extenderse rápidamente (Tusques, Broggi, Groce, Fenwick, Fournier, Izikowytz, Minsk, Nakamoto, Petroseli, Salingi, Shapiri, Imber, Kerfriri, Fribourg, Lasalle).

El resultado que algunos autores como Hybert, Stoer, Cohn, dicen haber obtenido es de llamar la atención, pues señalan el 80% de remisiones, lo que creemos que más bien sea el efecto de su optimismo que el de la realidad, pues en México, a raíz de los estudios de Claude, nosotros continuamos este procedimiento, habiéndolo empleado en muchos casos y en forma intensa, sin ob-

tener propiamente resultados tan siquiera medianamente satisfactorios.

Tratamientos quirúrgicos.—El afán de buscar métodos curativos en tan rebeide enfermedad, ha llevado a numerosos clínicos a realizar tratamientos quirúrgicos con **injerto de glándulas sexuales** masculinas y femeninas, respectivamente en hombres y mujeres esquizofrénicos; y en algunos casos de trasplatación de testículos se citan efectos satisfactorios (Sergierous, Kirj). Se ha empleado además la **tiroidectomía** (Lewison, Canovel, Winslock), y en algunos casos se ha llevado a cabo la **castración** (Patzl y Wagner), y la **esterilización** (Slotopolsky); pero todos estos ensayos, en rigor, pueden conceptuarse como infructuosos.

Otros tratamientos.—Muchos otros tratamientos se han practicado, como por ejemplo, el de la **autohemoterapia** (Freytag, Daviesne); la **heterohemoterapia**; las **inyecciones de suero de enfermos convalecientes o en remisión**; el tratamiento por las **radiaciones mitogenéticas** (Reitman); por las **sales de manganeso** (Hoskins, Walbu) —método que para algunos autores ha dado resultados contradictorios—; tratamientos por la sangre **placentaria** (Sussmann; Galant); por las **sales de calcio**; por **abscesos de fijación** con trementina; el tratamiento **vitamínico** por distintas formas de vitaminas; el de la **hematoporfirina**, especialmente en las formas depresivas (Notkin, Hudart y Dennes); el del **dinitrofenol** y el del **dinitro-orto-cresol** (Loony y Horkins); el de las inyecciones de **sueros hipertónicos**; el **método de Carrol** (punción lumbar e inyección intrarraquídea de 1 a 3 c.c. de suero de caballo o de solución de yoduro de sodio del 1 al 2%); el complicado **procedimiento de Ashner**, tan recomendable por Dereck, tratamiento combinado —dietético, masaje, ejercicios rítmicos y respiratorios, naturismo, revulsiones, derivación por diaforesis, purgantes, vomitivos, sangrías, vejigatorios—; las inyecciones **intravenosas de extracto de plexus coroides** (Marmesas); y muchos otros que sería ya ocioso enunciar.

Como se puede ver, tan numerosos tratamientos revelan el **inéxito** obtenido con ellos, pues a pesar de todo, hasta hace algunos años podía conceptuarse que no había procedimientos útiles para este padecimiento, ya que no existía **uno verdaderamente eficaz y universalmente aceptado**.

(Concluirá).