

cia y pensar que, como en todas las cosas de la vida, hay que dar tiempo al tiempo para realizarlas y que la templanza es la primera virtud tocológica.

El proceder descrito es insustituible para completar una dilatación avanzada, haciendo posible una aplicación rápida de fórceps en casos de urgencia.

EL TRATAMIENTO MODERNO DE LA DEMENCIA PRECOZ (ESQUIZOFRENIAS)

POR

A. VALLEJO NÁGERA

De la Clínica psiquiátrica Militar de Ciempozuelos, Director del Servicio de Neuropsiquiatría del Hospital Militar de Urgencia (Madrid) y del 6.º Dispensario de la Cruz Roja

LOS problemas que el médico general tiene que resolver ante un caso de esquizofrenia o demencia precoz, son variados y muchas veces fuera de su esfera de acción, sin que por eso deba desconocerlos, sino al contrario, conviene mucho que se halle perfectamente orientado sobre lo que puede y debe hacer, en primer término para satisfacer las indicaciones urgentes, y en segundo lugar para pedir en momento oportuno el auxilio del especialista.

Excusamos insistir sobre la conveniencia de que el médico conozca al menos los síntomas principales de la demencia precoz, principalmente para no confundirla con una psicastenia, neurastenia o histeria, como sucede con tan lamentable frecuencia, en perjuicio siempre del paciente, quien no recibe el tratamiento adecuado, progresando así la enfermedad, para llegar a manos del especialista cuando este último ya puede hacer muy poco. Recomendamos, por tanto, al práctico, que no eluda el estudio de las enfermedades psíquicas, informándose de las variedades que ofrece la patología mental en tratados escritos expresamente para el médico general, sin entretenerse en aprender definiciones y conceptos todavía no bien establecidos. Seguramente le será muy provechosa la lectura de libros donde domine el espíritu clínico, como son los de Kraepelin, Gruhle, Dide Giraud, etcétera, por no mencionar más que los traducidos al castellano.

A título de información diré algunas palabras sobre la «profilaxis» de la demencia precoz, tal como se practica en ciertos estados norteamericanos. La mencionada profilaxis consiste en la esterilización (por castración o radiación) de los enfermos esquizofrénicos,

medida que considero absolutamente injustificada, en primer término por ser contraria a la libertad individual, y, sobre todo, por desconocerse las leyes de la transmisión hereditaria de la demencia precoz, pues observamos frecuentemente casos sin antecedentes hereditarios, como también encontramos personas sanas hijos de esquizofrénicos. Esto aparte de que el diagnóstico indiscutible de la enfermedad únicamente puede establecerse en adelantada edad de la vida y cuando seguramente el paciente ya se ha casado y tiene descendencia.

La verdadera profilaxis de la enfermedad consiste en la vigilancia y protección de los niños y jóvenes candidatos o presuntos candidatos a la esquizofrenia, durante el peligroso período de la pubertad, corrigiendo a tiempo las «manías» y «rarezas», la tendencia al aislamiento, el temperamento taciturno y otras cualidades del individuo esquizoide. La presentación de los síntomas esquizofrénicos acaso pueda retrasarse cuidando de suministrar al niño predispuesto una alimentación sana y suficiente, obrando con cierta amplitud de criterio en su educación y formación cultural, llevándole al campo con frecuencia para que pase allí grandes temporadas (la esquizofrenia es también frecuente entre los labradores), procurando por la abstención y alejamiento de las excitaciones tóxicas, físicas y psíquicas.

En lo que respecta al tratamiento, es natural que los clínicos hayan tratado en primer término de llenar la indicación etiopatogénica, cosa poco menos que imposible en las esquizofrenias, enfermedades que hoy se sospechan de etiología muy diversa, pero en todo caso apenas vislumbrada. Es natural que ha-

yan fracasado los tratamientos llamados «específicos», todos ellos basados en el empirismo o en teorías cuya comprobación experimental no ha tenido lugar.

Divididos los psiquiatras en psicólogos y organicistas, compréndese que cada grupo trate la enfermedad en conformidad a sus ideas sobre la génesis del proceso. Los psicólogos sírvense en amplia medida de los tratamientos psicoterápicos, atendiendo también a las indicaciones sintomáticas. Pecan los partidarios de esta escuela de mostrar un profundo escepticismo terapéutico, con el inconveniente de que el personal auxiliar asimila en seguida tan perniciosas ideas, y todos se cruzan de brazos ante el paciente, particularmente cuando se encuentra recluido en un sanatorio o manicomio. La terapéutica activa se impone en las enfermedades mentales como en las somáticas, sin que el pronóstico de incurabilidad dispense al médico de emplear todos los remedios terapéuticos que puedan aliviar el mal.

Los organicistas dirigen sus tratamientos contra la sospechada causa de la afección, siendo muchas y variadas las terapéuticas propuestas, sin que alguna de ellas haya dado resultados completamente satisfactorios.

La tuberculoterapia puede considerarse fracasada, aunque otra cosa hacían esperar las demostradas relaciones entre la esquizofrenia y la tuberculosis (1). Efectivamente, los resultados obtenidos por Davesne - Pascal con la tuberculina (2) alientan poco ulteriores ensayos con este agente terapéutico.

Asimismo consideramos inadecuado y desmesurado el tratamiento preconizado por Bayard - Holmes (3), consistente en practicar una apendicostomía con el fin de pasar una sonda por el extremo libre del apéndice fijado en la pared abdominal, para irrigar directamente el ciego y el colon, e impedir así la formación de histamina, cuya substancia sería la causante de la enfermedad esquizofrénica a beneficio de la intoxicación orgánica que produce.

Kraepelin y otros autores adscriben a la demencia precoz un origen endógeno, propugnando una opoterapia adecuada como el modo más eficaz de corregir la sospechada falta de correlación endocrina y de encauzar los procesos metabólicos alterados causantes del proceso mental, pero sin que la experiencia clínica haya sancionado la utilidad de estas medicaciones, pues nunca se han conse-

guido resultados persistentes y satisfactorios con la administración de grandes cantidades de extractos tiroideo, testicular, ovárico, tímico, paratiroideo y otros semejantes. Otro tanto sucede con la trasplatación de glándulas genitales, operación que aunque coronada por el éxito alguna vez (caso de Hauptmann), suele resultar infructuosa en la generalidad de los casos (Wilmanns, Preda). La operación contraria, la castración, fué propuesta por Lommer y Rohé, partiendo de la idea de estar causada la esquizofrenia por una intoxicación sexual de la pubertad, pero la operación no siempre ha preservado de la aparición de síntomas esquizofrénicos, y, además, muchas veces ha provocado la agudización de las manifestaciones, como he podido comprobarlo personalmente en una enferma a quien se practicó la ovariectomía doble.

Las investigaciones de Kitabayasi, comprobatorias de una alteración de las condiciones de inmunidad, secreción y función de la barrera «ectomesodérmica» (en cuya alteración residiría la etiología de la esquizofrenia, según Monakow (1)), indujeron a Carol (2) a buscar un medio apropiado para restablecer la permeabilidad destruída de los plexos coroideos, creyendo que la provocación de una meningitis aséptica a beneficio de la inyección intrarraquídea de suero inactivado produciría los resultados apetecidos. Algunos autores consideran que la inyección intrarraquídea de suero debe combinarse con la introducción de soluciones hipertónicas en las venas, o bien usarse solamente las últimas.

Recientemente ha publicado Mira (3) el resultado de sus investigaciones experimentales de tratamiento de las psicosis con la inyección endovenosa de una solución hipertónica, habiendo tratado ocho casos de esquizofrenia, con una curación (?) y cuatro mejorías más o menos pronunciadas. Supone el mencionado autor que las inyecciones endovenosas ejercen una acción triple (de shock, desintoxicación y descompresión céfalorraquídea) combinada en ciertos casos con los efectos de la sugestión y del aumento general del tono y de las defensas orgánicas. Admitimos en cierto modo que los resultados de la hipertonzación endovenosa sean debidos a una acción desintoxicante directa por verdadero arrastre de las toxinas del líquido céfalorraquídeo, pero nos explicamos menos satisfactoriamente los efectos del supuesto choque psicocoloidoclásico de Pascal y Davesne.

(1) Vallejo Nágera: «Relaciones etiopatogénicas entre la tuberculosis y la demencia precoz». *Revista de Higiene y Tuberculosis*, núm. 239, 1928.

(2) Pascal - Davesne: *Traitement des maladies mentales par les chocs*, París, 1928. En el capítulo «Tuberculoterapia» hallará el práctico los detalles precisos sobre la técnica del método. Esta monografía contiene interesantes métodos de tratamiento de las enfermedades mentales, y es de provechosa lectura.

(3) Holmes: «Pathogenesis of dementia praecox», *Med. Record*, 1920.

(1) Monakow y Mourgue: *Introduction biologique à l'étude de la neurologie et de la psychopathologie*, Alcan, París, 1928, págs. 293 a 322.

(2) González Páez: «Tratamiento de la esquizofrenia por el método de Carol, con presentación de *herpes labialis*», *Arch. de Med., Cir. y Esp.*, 1924.

(3) Mira López: «Valor terapéutico de las inyecciones endovenosas de soluciones hipertónicas en neuropsiquiatría», *Ars Médica*, 1928.

Pueden impugnarse perfectamente las medicaciones causales por estar basadas todas ellas en consideraciones meramente teóricas, pues desconocemos la naturaleza del enemigo contra el cual tenemos que luchar. En cambio han resultado muy eficaces ciertos tratamientos empíricos, como la piretoterapia, cuyos beneficios conocemos gracias a la observación y práctica diarias. Efectivamente, fué Galeno quien hizo la observación de que las enfermedades febriles intercurrentes modifican el curso de las psicosis, de cuya observación se deriva el empleo del exutorio hasta mediados del pasado siglo.

La inoculación del paludismo o malarioterapia ha sido recomendada por algunos clínicos en la demencia precoz, pero los resultados conseguidos por aquellos que la han empleado (Fribourg-Blan, Aguglia y D'Abundo, D'Orusca, Eimberti, Germain Cebrián, etcétera) animan poco a ulteriores ensayos. La paludización tiene en la esquizofrenia el inconveniente de que puede despertar un proceso tuberculoso larvado o tórpido, coincidiendo con Germain Cebrián (1) en que puede estar indicada en los individuos robustos, todavía no demenciados, que presenten una forma crónica donde hayan fracasado otros tratamientos.

He empleado en gran escala una modalidad de piretoterapia consistente en la inyección de vacunas antiftíficas para provocar unos cuantos accesos hipertérmicos, método llamado impropriamente vacunoterapia y del que estoy satisfecho por sus resultados y por ser inocuo y de fácil manejo (2). El agente piretoterápico puede ser cualquiera de las vacunas antiftíficas que se encuentran en el comercio, habiéndome servido de la del Instituto de Seroterapia Iby, constituida por una inyección de bacilos tíficos muertos por la acción del éter. Comiénzase por inyectar de 100 a 200 millones de gérmenes, para llegar, doblando las dosis en sucesivas inyecciones, hasta 8,000 y 10,000 millones. La técnica perfecta consiste en practicar tres series de diez inyecciones alternas, con descanso entre cada serie. Menninger von Lerchenthal (3) y Lafora (4) usan vacunas sensibilizadas, iniciando el tratamiento con dosis de 25 millones en la primera serie, de 50 millones en la segunda y de 100 millones en la tercera, aumentando la dosis inicial en las sucesivas de cada serie. El método es completamente inocuo, siendo raros los accidentes, todos ellos de leve natu-

raleza, como son las lipotimias fugaces, la disnea, debilidad del pulso, vómitos y otros accidentes producto del choque coloidoclásico banal determinado por la penetración en el organismo de substancias proteicas heterólogas. En mis enfermos tratados de esta manera he observado casi siempre aumento de peso y mejoría del estado general, que no siempre corren paralelas con el alivio de los síntomas psíquicos. La remisión radical de la totalidad de los síntomas esquizofrénicos es rara (1), pero en cambio es frecuente (32 por 100 de los casos) una curación práctica (*remisión social*) compatible con la vida en el hogar y reintegro al ejercicio de la profesión. La paludoterapia y la vacunoterapia ejercen una acción psicoterápica en el sentido de que la transformación de los enfermos psíquicos en somáticos obliga a prestarles una serie de cuidados que ofrecen oportunidades para romper brecha en el autismo y ponerse en relación con el paciente averiguando sus complejos.

Siendo la demencia precoz una enfermedad incurable, puede suponerse el entusiasmo que despertó la comunicación de Donath al Congreso de Londres del año 1913, asegurando un 53 por 100 de remisiones con el empleo de altas dosis de nucleinato de sosa, aunque pronto quedaron defraudadas las esperanzas concebidas, pues los resultados que sucesivamente se comunicaron no corresponden al optimismo de Donath y menos al de Lundvall, autor que participa un 72 por 100 de remisiones. El nucleinato de sosa figura todavía en el arsenal de agentes contra la esquizofrenia, en primer lugar porque, empleado a dosis medias, mejora el estado general de los enfermos y acelera las remisiones en curso, y también por sus efectos psicoterápicos sobre el propio enfermo y su familia. Se emplean soluciones del 5 al 10 por 100 y a dosis de 1 a 10 centímetros cúbicos, según la reacción que las inyecciones determinen en el paciente.

El absceso de fijación constituye un método, preconizado al parecer por Galeno, que persigue exaltar la leucogénesis y procesos de defensa del organismo en virtud de la fiebre que provocan. Los abscesos de fijación hanse aplicado en gran escala por Pascal-Davesne, observándose que la agitación y las impulsiones desaparecen en la mitad de los pacientes, y el negativismo y la sitiofobia en la décima parte de los casos, mientras los resultados son nulos en un tercio de los enfermos tratados. Por mi parte estoy satisfecho de los resultados relativamente satisfactorios que he logrado con los abscesos de fijación cuando se producen en esquizofrénicos agitados. En cambio, me ha parecido ver que empeoran los síntomas catatónicos y que los re-

(1) Vallejo Nágera y Álvarez Nouvilas: «Piretoterapia en la alucinosis esquizofrénica», *Clínica y Laboratorio*, 1928.

(1) Germain Cebrián: «La malarioterapia en la demencia precoz», *Arch. de Med., Cir. y Esp.*, 1927.

(2) Vallejo Nágera y Álvarez Nouvilas: «Ensayos de piretoterapia en enfermos esquizofrénicos», *Arch. de Med., Cir. y Esp.*, 1927.

(3) Menninger von Lerchenthal: «Zur pirogenetischen Therapie der Dementia praecox», *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie*; 1.ª comunicación, tomo 95, año 1925; 2.ª comunicación, tomo 107, año 1927.

(4) Lafora: «Sobre el tratamiento de la esquizofrenia», *Arch. de Neurobiología*, 1926.

sultados son muy inconstantes en la alucinosis esquizofrénica.

Con lo dicho en los precedentes párrafos quedan expuestas las principales medicaciones causales o específicas, habiendo de pasar a ocuparnos ahora de los medios a nuestra disposición para llenar las distintas indicaciones que pueden surgir en el curso y evolución de una esquizofrenia.

El internamiento en un sanatorio es una de las indicaciones que pueden ofrecerse, planteándose al facultativo y familia del paciente un problema no siempre fácil de resolver. El tratamiento sanatorial está indicado siempre que peligren la vida del enfermo o de las personas que le rodean, por tanto en las fases agudas y subagudas de la enfermedad, y también cuando el alejamiento del medio ambiente familiar pueda favorecer el curso de las remisiones. Los episodios de agitación imponen el ingreso en el sanatorio por la imposibilidad de tratar en un domicilio particular un esquizofrénico con impulsos agresivos o que escandaliza con sus llantos y gritos. Asimismo puede convenir el tratamiento sanatorial por disponerse de ciertos elementos, como son los útiles necesarios para la balneación permanente, y médicos y enfermeros especializados en la aplicación de métodos especiales, por ejemplo, la narcosis de Klaesi.

La estancia en un sanatorio puede resultar beneficiosa, como decimos, por posibilitar la aplicación de métodos especiales, por permitir el aislamiento del paciente y tratamiento psicoterápico más adecuado y contribuir eficazmente al desvanecimiento de los síntomas fundamentales y que desaparezcan los accesorios, pero no puede curar radicalmente la esquizofrenia. La permanencia demasiado prolongada en el sanatorio, particularmente después de la remisión parcial o total, puede, en cambio, ser perjudicial para el esquizofrénico, que así se habitúa a desinteresarse del contacto con la vida real. Pero además existe el peligro de que pasada la primera desagradable impresión que la reclusión produce en los familiares, éstos se acostumbren a tal estado de cosas, y por resolver no pocas complicaciones y conflictos familiares, se retenga el enfermo más tiempo del debido en un medio ambiente que le perjudica por favorecer la demencia.

El médico de cabecera no debe perder jamás de vista a los enfermos que tenga internados en los sanatorios para enfermos mentales, y opinamos que tiene el deber de informarse periódicamente de los tratamientos a que están sometidos sus enfermos, y dar aviso a la familia en caso de que el enfermo esté abandonado, como, por desgracia, sucede con no poca frecuencia. Efectivamente, la rutina, la ignorancia y la pereza están en-

mascaradas muchas veces por un pesimismo terapéutico en apariencia bien fundamentado, cuando la realidad es otra y sabemos que jamás son infructuosos los esfuerzos que hagamos para provocar la remisión de los episodios de agudización, y que podemos retrasar los estados finales mediante tratamientos adecuados. Las presentes consideraciones están encaminadas a prevenir al médico general de que nunca debe consentir que sus pacientes permanezcan en sanatorios y establecimientos que no practiquen otro tratamiento que el famoso *dietetohigiénico*.

Respecto de la elección de sanatorio se preferirán aquellos que disponen de medios para practicar la balneación caliente prolongada, pues está demostrado por la práctica que constituye uno de los mejores medios contra la agitación esquizofrénica. El baño con termorregulador es tan indispensable en un sanatorio para enfermos mentales como la estufa de desinfección en un hospital para contagiosos, debiendo las autoridades sanitarias cerrar aquellos establecimientos que están desprovistos de tan esencial medio terapéutico. Son muchos los establecimientos de beneficencia pública y privada que se encuentran en este caso, aunque actualmente trátase en todas partes de remediar tal deficiencia. Ciertos propietarios de sanatorios tienen ideas muy peregrinas contra la balneación permanente, ideas que dimanar del desconocimiento del método y de que supone gastos de instalación, entretenimiento y personal que no concuerdan con sus mezquinos intereses.

La temperatura del agua debe ser de 36 a 38°, mantenida constante mediante un regulador; la bañera es bastante grande para que el paciente quepa cómodamente, provista de una hamaca cubierta de tejido especial para que no se enfríe el agua. Kraepelin (1) nos informa de que algunos enfermos han estado en el baño varias semanas, cosa que puede hacerse sin inconveniente cuando se sigue una técnica apropiada.

Es frecuente acudir a la camisa de fuerza para contener a los pacientes agitados. Tal medio coercitivo ha desaparecido actualmente de todos los establecimientos bien montados, y también rechazan su uso los médicos cultos conocedores de la terapéutica, pues ésta nos ofrece variada suerte de hipnóticos que son mucho más eficaces contra la excitación: la camisa de fuerza *química* ha substituído con ventaja a la de lienzo provista de sus buenas ligaduras. Una inyección de escopolamina, asociada o no con morfina (2)

(1) Kraepelin y Lange: *Psychiatrie*, 9.ª edición, Barth, Leipzig, 1927.

(2) Puede recetarse sedol Buisson: una ampolla contiene 6 miligramos de clorhidrato de morfina y dos décimas de miligramo de bromhidrato de escopolamina, agregados de sulfato de esparteína, en solución de suero fisiológico. Por regla general es

(por ser antídotos, la asociación con la morfina permite emplear dosis altas de escopolamina), es más cómoda y eficaz que la camisa de fuerza, y alivia la agitación en lugar de empeorarla y provocar síntomas psicogénéticos. Cuando la excitación se reduce a gritos e insultos puede darse al enfermo un sorbo de agua en que se hayan vertido XX gotas de la solución de bromhidrato de escopolamina (hioscina) al 4 por 1000, reduciendo la dosis en las personas debilitadas; también puede inyectarse hasta 1 miligramo de hioscina.

La narcosis prolongada según el método de Klaesi (1) pretende mantener al paciente en estado de somnolencia durante una decena de días, tiempo suficiente para que se haya desvanecido la agitación. La técnica del método no es difícil, pues consiste en inyectar cada seis u ocho horas 1 ó 2 centímetros cúbicos de somnifeno Roche o de dial Ciba, luego de haber determinado un sueño profundo a beneficio de una inyección de morfina escopolamina, seguida una hora después de otra de 4 centímetros cúbicos de somnifeno. El estado letárgico en que queda sumido el enfermo permite alimentarlo y hasta entablar relación con él. La narcosis se interrumpe de presentarse desórdenes cardíacos, albuminuria, vómitos, hipertermia o la regla.

El tratamiento domiciliario de los episodios agudos leves de esquizofrenia gira en torno de dos principios generales: el reposo en cama y el aislamiento relativo.

Nunca me cansaré de encomiar los excelentes resultados que consigo a beneficio del *reposo en cama*, prolongado hasta meses, contra las ideas obsesivas, la sensación interna de «contracción», la inseguridad, la sensación de vacío y para combatir la irritabilidad y la inadaptabilidad de los esquizofrénicos. La permanencia en cama, rigurosamente aislado del resto de la familia, tranquiliza al paciente en pocos días, vuélvese más accesible a las sugerencias y exhortaciones, *le aburre* predisponiéndole favorable a comenzar una terapéutica de ocupación, la cual constituye una segunda fase del tratamiento. Claro está que el tratamiento se efectúa mejor y se llenan otras indicaciones, cuando el reposo en cama tiene lugar en el campo, que implica llenar la condición de riguroso aislamiento, pero no siempre pueden sufragarse los gastos de un tratamiento en estas condiciones. El reposo en cama se aprovechará para mejorar el estado general a beneficio de inyecciones leucogénicas (piretoterapia, nucleinato), pro-

teínoterápicas simples (lactoproteína, bioplasmina, lipovina) y apropiada alimentación.

He observado que padres de familia afligidos por síntomas esquizofrénicos de origen psicogenético, sucumben en la lucha por la vida antes de someterse en tiempo oportuno a una medicación racional, habiendo de contarse con tal contingencia para afrontar valientemente la situación en estos casos, y proceder a la reclusión en un sanatorio, pues más vale no esperar a que las cosas sean irremediables y comenzar inmediatamente un tratamiento racional.

El aislamiento del paciente en el domicilio habitual es difícil llevarlo a cabo con todo rigor, aunque esté incomunicado en sus habitaciones y servido únicamente por una persona neutra respecto a sus complejos afectivos. El facultativo precisa de no poca autoridad y energía para conseguir que una familia esté sometida ciegamente a sus prescripciones y se abstenga de comunicar con el enfermo. Los intentos de comunicación hay que reprimirlo despóticamente, pero el encamado se entera de las conversaciones y acontecimientos familiares, por muchas que sean las precauciones tomadas.

Indiqué antes que el reposo en cama y el aislamiento tienen su complemento obligado en la terapéutica de ocupación, en el trabajo, con el cual persiguese una finalidad doble: mantener el contacto con la realidad vital y neutralizar o metamorfosear los complejos afectivos. Mientras es relativamente fácil encontrar un trabajo apropiado para trabajar las mujeres, pues las labores femeninas (bordado, tapicería, costura) ofrecen amplio campo, en cambio, son escasos los medios cuando se busca trabajo a propósito para ocupar enfermos que se cansan pronto de aquellos que no reportan utilidad.

La mejoría permite disminuir las horas de cama y aumentar las de trabajo, prolongando el aislamiento durante algún tiempo. La supresión del último es paulatina, autorizándose primero paseos por las afueras de la población, luego cortas entrevistas con los padres, hijos, esposo, etc., aumentando con el tiempo la libertad y las concesiones hasta reintegrarse el paciente a la vida ordinaria.

El tratamiento fundamental de los procesos esquizofrénicos ha de ser esencialmente psicoterápico, puesto que la psicoterapia es la única que nos ofrece el medio de encarrilar por sus cauces normales las funciones psíquicas disociadas; pero los mejores propósitos del psicoterapeuta estréllanse ante la indiferencia afectiva y el desinterés por su porvenir que muestran los esquizofrénicos, quienes creen no estar enfermos y, por tanto, resistense a someterse a un tratamiento; o suponen que su afección carece de remedio y

necesario inyectar dos ampollas de una vez, y repetir a las seis horas.

(1) Vallejo Nágera: «Indicaciones terapéuticas en los procesos esquizofrénicos», *El Siglo Médico*, núm. 3852, año 1927. Este trabajo estudia el método de Klaesi y otros de que nos ocupamos a continuación.

que son inútiles los sacrificios que hagan para curarse. Compréndese que puede esperarse muy poco de una sugestión directa sobre pacientes cuyo cerebro es impermeable a cuantas ideas vengan del exterior, explicando esto que en la demencia precoz sean nulos los resultados de la hipnosis, pues si bien no es difícil provocar el sueño (siempre es menos fácil que en otros psicóticos), las sugestiones intrahipnóticas obran durante muy breve espacio de tiempo.

El psicoanálisis y métodos afines y derivados (1) reportan escasa utilidad si se espera de ellos la curación de la esquizofrenia, pero la prueba verbal de Jung, por ejemplo, puede ser de gran provecho para descubrir complejos afectivos y determinar las correspondientes reacciones y abreacciones.

En pacientes como los dementes precoces puede esperarse muy poco de la influencia psicoterápica de la religión, pues el pensamiento es ambivalente, la voluntad ambivalente y la afectividad encuéntrase disociada y embotada.

La farmacología nos ofrece medios suficientes para llenar indicaciones sintomáticas, pero sus servicios son precarios para cumplir la indicación causal. Como los reconstituyentes y fortificantes son de poco provecho, habrán de prescribirse aquellos que sean más baratos, pues en muchas ocasiones hay que transigir con las opiniones del vulgo y recetar medicamentos a sabiendas de su ineficacia. Observo con bastante frecuencia esquizofrénicos deprimidos que diagnosticados de psicastenia o neurastenia han sido víctimas de las ideas corrientes en la práctica general, y una tras otra han recibido inyectables de productos presentados lujosamente, cuyos prospectos elevan a las nubes la eficacia del medicamen-

to, infatigable reconstituyente y antineurósico, según se desprende de la patogenia que el fabricante adjudica arbitrariamente a la llamada neurastenia. Diez o doce cajas del medicamento serán suficientes para devolver la salud que en vano busca el neurósico. Las repetidas inyecciones habrán fijado entretanto los síntomas de forma tal que será imposible desarraigarlos. Luego de estar preocupado muchos años de sus pérdidas seminales, fosfaturia, sensaciones cenestésicas y de haberse inyectado todos los reconstituyentes y tónicos cerebrales habidos y por haber, el paciente empeora cada vez más, abandona completamente el trabajo, huye del trato social, para convertirse en un misántropo inútil para servirse a sí mismo y a los demás.

La ruina moral y material del pobre esquizofrénico puede evitarse si se diagnostica pronto la enfermedad y se aplica oportunamente el remedio conveniente. El conocimiento detallado de los síntomas fundamentales esquizofrénicos y de las formas de la enfermedad librarán al médico del frecuente diagnóstico equivocado de psicastenia o cualquiera de las manifestaciones del neurosismo constitucional, las cuales tienen un pronóstico y tratamiento diferentes de la demencia precoz (1). Establecido el diagnóstico procede *tratar con energía desde el primer momento y como si estuviéramos ante una afección grave*. La menor duda o vacilación puede conducir al desastre: el enfermo rodará de uno en otro médico, dilapidará inútilmente su fortuna, labrará la propia desgracia y la de los allegados, terminando o por ser un asilado más en un manicomio, o motivo de una gacetilla en la sección de sucesos de los diarios.

(1) Birnbaum: *Métodos curativos psíquicos*, Edit. Marín, Barcelona, 1928, traducción de Sarró.

(1) Gruhle: *La psiquiatría para el médico práctico*, Edit. Labor, Barcelona, 1925, traducción de A. Vallejo Nágera.