

Por Guillermo Urrutia Morgan

## El Cardiazol en el Tratamiento de la Esquizofrenia

### I N T R O D U C C I O N

El trabajo sobre "El Cardiazol en el Tratamiento de la Esquizofrenia" que tengo el honor de presentar a la Honorable Comisión Examinadora, me fué sugerido como Tema de Tesis para optar el título de Doctor en Medicina, por mi Maestro Dr. Julio Endara.

Lo he desarrollado sin pretensión, por cierto, de aportar a la Especialidad nada nuevo, y más bien he querido demostrar lo que aquí se ha hecho, para la consecución de lo cual he tropezado con no pocas dificultades, tales como lo complejo del tema, el elevado precio y la escasez del medicamento, y la inconstancia de algunos de los pacientes para someterse a un tratamiento completo.

Los primeros trabajos se llevaron a cabo en Abril de 1938 en el Manicomio de Quito, bajo la acertada dirección del Dr. Julio Endara y siendo en ese tiempo Jefe del Servicio, el Dr. Alfonso Avilés R.

Lleguen hasta el profesor Dr. Julio Endara las manifestaciones más elocuentes de mi gratitud, porque a él debo gran parte de los conocimientos que he adquirido en esta especialidad; por su guía moral; por el grato afecto que me ha demostrado, y por la excelente literatura que tuvo a bien facilitarme.

Alcance también al Dr. Alfonso Avilés mis sinceros agradecimientos por su desinteresada y útil cooperación; por su gentileza; por su entusiasmo, y por su estímulo, ayudándome día a día en la prosecución de esta Tesis, la cual es el fruto de más de tres años de trabajo.

CAPITULO I

**HISTORIA DE LA ESQUIZOFRENIA Y DE LA CARDIAZOLTERAPIA**

La terapéutica de la Esquizofrenia se vió favorablemente enriquecida cuando el médico húngaro Ladislao von Meduna, creó su método para beneficiar a los enfermos que se agrupan en esta entidad, y que llenan por lo menos el 50% de los Manicomios.

Von Meduna partió del concepto de que existe un antagonismo biopatológico entre la Epilepsia y la Esquizofrenia, y llegó a esta conclusión después de revisar muchas historias clínicas en las que le llamó la atención el encontrar que los accesos epilépticos rara vez se presentaban en los esquizofrénicos. Buscó entonces la manera de reproducir estos accesos artificialmente y empleó como primera sustancia para este objeto el alcanfor (solución al 25%), que luego lo substituyó por el Cardiazol (solución acuosa esterilizada al 10% de pentamet'ilenotetrazol); no continuó empleando el alcanfor por cuanto era mucha la cantidad necesaria para provocar un ataque y muy variable el tiempo en que éste se producía; en cambio, el Cardiazol ha llegado a ser el medicamento más comunmente empleado, tanto por la rapidez de su acción, como por la pequeña cantidad necesaria.

Cabe anotarse, desde luego, que la idea básica de von Meduna respecto de la contraposición entre la Epilepsia y la Esquizofrenia, ha sido posteriormente muy discutida, llegándose aún a sostener la posibilidad de un tratamiento de fondo de la Epilepsia, por medio de la convulso-terapia.

La denominación de Demencia Precoz fué creada por Morel en 1858, debiéndose a Kraepelin la concepción clínica que se rotuló bajo este nombre, y que posteriormente ha sido combatida, ya que por una parte estos enfermos no van fatalmente a la demencia, y por otra, tampoco es precoz, ya que se ve aparecer en sujetos que han pasado la pubertad, no siendo raro que se presente aún en los viejos.

Fué Bleuler el que substituyó el nombre de Demencia Precoz por el de Esquizofrenia (locura que separa), térmi-

no este último creado por Wolff y que actualmente es el más aceptado.

Desde entonces, el concepto de Esquizofrenia ha sido objeto de múltiples revisiones y controversias, tanto en lo que se refiere a la etiología como en lo que dice relación con la Anatomía Patológica y aún con la sintomatología.

En cuanto a su etiología, nada claro existe, aunque es indudable que la Esquizofrenia es una psicosis en la cual los antecedentes hereditarios y personales juegan un rol importante.

Los autores han discutido mucho sobre si es o no hereditaria. Así por ejemplo, Luxenburger, fundándose en investigaciones verificadas en gemelos, dice que existe una predisposición hereditaria para la Esquizofrenia, sujeta a modificaciones variables, a la acción de factores externos, etc.

Por otra parte, Wagner von Jauregg duda de que en la Esquizofrenia haya unidad heredo-biológica.

Glans, cree que no hay Esquizofrenia sin predisposición hereditaria.

Berze cree que pueden haber lesiones somáticas de valor etiológico y lesiones del plasma germinativo (lúes y alcoholismo).

Se ha encontrado muchas veces la coexistencia de Tuberculosis y Esquizofrenia y mucho se ha discutido también sobre este punto, pensando algunos que puede la primera ser causa de la segunda.

Lowenstein, en treinta muestras de sangre, obtuvo diez • eces culturas del bacilo de Koch.

Courderc inoculó líquido céfaloaraquídeo de estos enfermos, en cobayos, siendo los resultados negativos.

Pío Alves Pequeño encontró que había un 70% de dementes precoces tuberculosos.

El profesor Ameghino, de Buenos Aires, ha demostrado que puede haber una demencia tóxica primitiva ligada a la tuberculosis.

Parece, según Roxo, que en la Esquizofrenia hay un disturbio profundo de la nutrición que culmina con la into-

\*

xicación de las células cerebrales.

Así como su etiología no es clara, tampoco lo es su Anatomía Patológica ni su sintomatología.

El profesor Endara ha dicho que "hay una diversidad de causas capaces de determinar la aparición de psicosis

de carácter esquizofrénico, y siendo varias, es lógico que la anatomía patológica no sea unívoca y menos aún específica".

Y careciendo la Esquizofrenia de etiología bien delimitada, de anatomía patológica específica y de síntomas propios y bien definidos, actualmente no podemos decir que sea una entidad nosológica.

Tampoco diremos que es un síndrome, por cuanto excede a lo que entendemos por este término, desde luego que hay antecedentes hereditarios, suma complejidad en sus síntomas, los que no guardan correlación, y aún hay una variedad de formas clínicas por lo cual se ha dicho más bien que la Esquizofrenia es un tipo clínico.

Fué Schneider quien designó a esta psicosis como un tipo clínico, y Honorio Delgado lo ha definido diciendo que "entendemos por tal, no un mero conglomerado de cuadros clínicos inubicables dentro de otros casilleros de la sistemática psiquiátrica, sino la unidad ideal determinada por una serie de requisitos, de valor diferente, que se presentan reunidos como constelación variable en la realidad individual concreta, pero constante por lo común de la estructura de conjunto".

Dada la variabilidad de conceptos que sobre la materia han emitido los investigadores, y lo obscuro y complicado de su sintomatología, he creído conveniente hacer una enumeración de los síntomas encontrados en La práctica de mi Servicio psiquiátrico, encuadrándome dentro de la clasificación propuesta en las Jornadas Neuro-Psiquiátricas del Pacífico (Santiago de Chile, 4 de Enero de 1937).

## CAPITULO II

### SINTOMATOLOGIA

En su comienzo, podemos decir que hay en el paciente algo así como una parálisis de la personalidad. Siente algo extraño, como si presintiera que algo muy grave va a ocurrirle; es talvez el presentimiento que le indica la proximidad de su catástrofe mental. Pierde muchas veces el sueño, el apetito y se hace irritable. Más tarde se nota que

no hay coherencia ni proporción entre los estímulos y la manera de reaccionar ante ellos. Hócese presente, entonces, la disociación psíquica, en que existe ya un desligamiento de las ideas: si el enfermo está hablando sobre un tema, pasa a otro diferente sin percatarse de ello, sin que haya una relación asociativa entre las dos ideas y sin que exista una cohesión conceptual entre los términos del mismo tema.

Generalmente se encuentra acompañando a este síntoma, la asociación absurda de ideas, que se traduce por lo extravagante de los conceptos que ellos emiten. Así, una enferma nos habla de "el infierno cementósico de la castidad".

El esquizofrénico se distingue de otros enfermos mentales por el autismo. Se desconecta del mundo exterior y vive solo con su "yo". Sus preocupaciones internas no le permiten darse cuenta de lo que sucede a su alrededor, dando como consecuencia la pérdida del contacto con la realidad.

Algunos enfermos presentan la ambivalencia, que se traduce por presentarse tendencias opuestas al mismo tiempo: el sujeto ríe y llora simultáneamente, lo que es frecuente observar, o bien quiere y no quiere, etc.

No es raro encontrar en esta clase de enfermos, la llamada anestesia afectiva por la que se vuelven indiferentes hacia los estímulos afectivos que normalmente debían preocuparle. Un enfermo del Servicio permaneció indiferente al comunicársele la muerte de su madre.

He tenido oportunidad también de observar un síntoma que para Bleuler es patognomónico de la Esquizofrenia y que le denomina "la interceptación" que se reconoce por una privación repentina del pensamiento.

Entre los trastornos de la voluntad, tenemos el "negativísimo" con variadas manifestaciones tales como la "sitio- fobia" en que el enfermo se niega a ingerir los alimentos; el "mutismo" en que se niega a hablar; las "estereotipias de movimiento y de actitud" en que el enfermo repite un mismo movimiento o continúa con la misma actitud; la "inmundicia" en que se observa claramente un contraste entre la limpieza que tenía antes de enfermar y la suciedad en que gusta vivir después.

En ocasiones la sitiofobia se debe a "ideas delirantes": ya es una voz interior la que les dice que los alimentos es

tán envenenados, o han visto que la enfermera se ha sonreído, lo que interpretan como señal inequívoca de su muerte al ingerirlos.

Los "delirios", por lo demás, son muy variados. Así tenemos, por ejemplo, el llamado "delirio de influencia": es una fuerza extraña la que está minando su personalidad, su potencialidad o su organismo. Su pensamiento, dicen, es conocido por los demás, todo se lo adivinan; si hablan, dicen que lo que han dicho ha sido dictado por otra persona.

Otras veces toma la forma de "delirio persecutorio" en que se siente hostilizado por tal o cual persona o sociedad. Bien puede ser perseguido, como en este caso, o bien volverse perseguidor, lo que comporta, naturalmente, un grave peligro para la sociedad.

En el "delirio de grandezas" el sujeto cree poseer cantidades fabulosas en bienes o en dinero.

En el "delirio místico", el enfermo se cree poseído por Dios, o la Virgen, o los ángeles, y entonces adoptan actitudes y gestos en consonancia con esta modalidad. En ocasiones esta forma mística se mezcla con pseudo-percepciones procedentes de la esfera genital, especialmente en el sexo femenino. Una de las enfermas pasaba muchos días en actitud contemplativa; decíase esposa del Señor y que abortaba todos los meses.

Hay otras muchas clases de delirios tales, como el litigante, el reformador, el de invención, el hipocondríaco, etc., que los omito por no haber sido de observación personal.

Las "diluaciones", percepciones sin objeto pero aceptadas por el enfermo como reales, son también frecuentes de observarse en esta psicosis.

Más comunes son las "alucinaciones auditivas", encontrándose también las visuales, olfatorias, gustativas, cenestésicas, etc.

Dentro de esta función perceptiva, encontramos que el sentimiento-de lo exterior es, para los enfermos, algo enteramente nuevo. Así, al comer, pueden encontrar que el gusto de un plato ya conocido, es de sabor distinto.

En las mujeres es muy frecuente observar trastornos catameniales, entre ellos la amenorrea.

La memoria raras veces se altera.

Estos síntomas de la Esquizofrenia, no guardan en su aparición un orden cronológico y se les puede encontrar

además como síntomas en otras enfermedades mentales.

Hay grupos de síntomas que se les encuentra asociados con más frecuencia, lo que ha motivado la clasificación de formas clínicas, así tenemos:

La **forma simple**, que se caracteriza por: pérdida de la afectividad, pérdida de la iniciativa y asociación absurda de ideas. La personalidad se modifica profundamente; hay una decadencia intelectual. Son individuos muy distraídos, a tal punto, que no llegan a contestar a las preguntas que se les hace. Generalmente mal humorados, son incapaces de trabajar ni sostener una ocupación, por sencilla que sea.

En la **forma catatónica**, se encuentran como síntomas salientes el autismo, las estereotipias (de actitud, de movimiento, de palabras, de gestos, etc.), el negativismo, la sugestibilidad. Dominan las manifestaciones motoras, pero los músculos no se encuentran en hipertonía, siendo la rigidez de tipo voluntario.

En la **forma paranoide** encontramos los delirios sistematizados y son comunes las alucinaciones.

En la **forma hebefrénica**, los delirios no son sistematizados ni productivos. Hay en ellos manifestaciones en que demuestran un humor alegre o jocoso, pero al mismo tiempo soso y bobalicón.

Respecto del diagnóstico de la Esquizofrenia nada me parece más acertado que lo que ha dicho el Dr. Vivado Orsini: "en algunos casos es posible hacer el diagnóstico, pero por acabado que sea el estudio del enfermo y aún en posesión de valiosos datos anamnésticos, no siempre se puede asegurar honradamente este diagnóstico, especialmente de la variedad de Esquizofrenia".

Y en verdad, muchos casos los he encontrado bastante oscuros y más de una vez he dudado de si he estado o no tratando a un esquizofrénico propiamente tal, tanto más que se sabe que muchas psicosis presentan, especialmente al comienzo, síntomas esquizofrénicos, siendo entonces muy fácil un error de diagnóstico.

Volviendo a las palabras del Dr. Vivado Orsini, él admite que "aunque en ciertos casos la Esquizofrenia está clara, en otros en cambio sólo la observación prolongada permite asegurar el diagnóstico. Esto último tiene gran valor, ya que mientras más pronto se instituya el tratamiento, más posibilidades hay de obtener buenos resultados".

### CAPITULO III

#### TECNICA DEL METODO

El Cardiazol, descubierto por el Dr. Schmidt, es un polvo cristalino, de sabor ligeramente amargo, en pequeñas cantidades carece de olor pero en mayor cantidad se le ha comparado al de la madera de guindo. Es muy soluble en el agua, en los lipoides y en los líquidos orgánicos. Ha sido empleado como excitador de la actividad nerviosa, como tónico circulatorio y cardiaco, ejerciendo influencias sobre los centros vaso-motores. Todos estos efectos se producen al emplearlo por vía muscular y en dosis mucho menores que las requeridas para la convulsoterapia.

Previo el examen físico del enfermo, con el objeto de evitar las contraindicaciones, cuales son los estados febriles y las afecciones orgánicas del corazón, y suprimiendo toda medicación sedante la víspera del día fijado para inyectar el Cardiazol, dejamos al enfermo en ayunas.

Colocamos al enfermo en decúbito dorsal e inyectamos 3 c.c. en las mujeres y 4 c.c. en los hombres de Cardiazol (Knoll), producto que viene en ampollas de 1 c.c. conteniendo cada una de ellas 0,10 grs. de pentametileno-trazol. La vía empleada es la endovenosa, inyectando la sustancia a una velocidad de 1 c.c. por segundo.

Procedemos a esperar el bostezo, que se presenta por lo menos esbozado, y entonces ponemos un corcho o bien una toalla doblada entre los arcos dentarios, a nivel de los molares, para evitar la mordedura de la lengua. Vigilamos luego al enfermo para prevenir o percatarnos de cualquier complicación que pueda sobrevenir en el transcurso del acceso.

Antes y después del ataque, contamos las pulsaciones al minuto.

Estas sesiones se repiten cada tres días. Si el ataque no se ha producido, se repite la inyección inmediatamente, elevando la dosis en 1 c.c. En las primeras observaciones, hacíamos esta repetición al día siguiente, pero el enfermo transcurría el día en excitación y la mejoría del estado mental era menos satisfactoria. Los investigadores que se han dedicado a estudiar este asunto encontraron que era prefe

rible hacer una segunda inyección, aumentada en 1 C.C., inmediatamente después de fallada la primera, pues, la eliminación del pentametileno-tetrazol se hace rápidamente. Nosotros hemos seguido esta indicación y hemos comprobado este aserto.

Aun cuando la técnica del tratamiento aconseja llegar hasta treinta accesos en caso de no haber *mejoría*, *nosotros no* hemos podido *alcanzar a* esta cifra, por la escasez del medicamento.

También se aconseja provocar dos o tres accesos después de remitir el cuadro morbozo, para consolidar los buenos efectos del tratamiento, lo que hemos hecho cada vez que ha sido posible.

#### CAPITULO IV

##### EL ACCESO CONVULSIVO

El acceso comienza entre 7 y 25 segundos después de terminada la inyección, según mis observaciones. Von Meduna ha señalado un máximo de 30 segundos, mientras Delgado ha indicado un promedio que varía entre 5 y 14 segundos.

El acceso se inicia con mioclonias faciales, que acompañan a la pérdida de la conciencia. Se observa parpadeo, que termina a veces con la oclusión palpebral y que marca el comienzo de la fase tónica.

Al mismo tiempo el paciente abre la boca; a veces bostezo, otras veces grita, terminando siempre en un fuerte trismus. Los globos oculares se desvían conjugadamente ya hacia arriba, ya hacia abajo, a la derecha, a la izquierda u oblicuamente. Lo más común es que esta desviación se verifique hacia arriba y a la derecha.

Los músculos de los miembros presentan contracturas, especialmente los extensores, participando también de esta contractura los demás músculos del organismo (músculos estriados). En esta fase que dura entre 10 y 20 segundos más o menos, algunos enfermos llegan aún al opistótonos. En la generalidad de los casos las contracciones son simétricas.

Viene a continuación la fase clónica, que es más larga que la anterior en la que se observan convulsiones de los músculos y en que hay alternativas de contracción y relajación .

En esta fase se ha observado a veces emisión de orinas.

También aquí se presenta la cianosis. En cuanto a la respiración, en la fase tónica se observa ligera apnea, la que vuelve a presentarse al final de la fase clónica y que alcanza algunos segundos. El final del acceso se marca por una expiración prolongada, continuando luego la respiración estertorosa.

Todo el acceso dura alrededor de un minuto o poco más.

Luego el enfermo queda dormido o entra en un período de agitación y obnubilación.

Muchos enfermos llegan a tener terror al tratamiento, quizás por probables alucinaciones sobrevenidas durante los accesos. Tienen muchas veces la sensación de muerte inminente.

De las complicaciones que se citan con este tratamiento, sólo se ha presentado en el Servicio la luxación de la mandíbula, que en una de las enfermas (caso N° 3) se repitió en cada ataque.

## CAPITULO V

### CASUISTICA

En este capítulo consignaré un resumen de las historias clínicas de los casos observados, dejando constancia de los datos más importantes y que guardan relación con esta Tesis.

#### CASO N° 1.

Néstor Jiménez.—22 años.—Universitario.—Latacunga.—Soltero.

A. H.—El abuelo materno sufrió de mal de Pott; el abuelo paterno alcohólico; padre igualmente alcohólico. Tanto el padre como la madre han padecido ataques. Cuando la madre estuvo encinta sufrió varios ataques con pérdi

da del conocimiento; habría soportado también algunos traumatismos provocados por su esposo.

A. P.—Tifoidea a los 10 años. Fué obligado a trabajar desde muy pequeño, demostrando ya en ese tiempo gran afición por el estudio. Recibía trato hostil de su padre, contribuyendo a que el niño se desarrollara tímido.

Desde setiembre de 1937 notaron sus familiares que tomó excesivo interés por la lectura, tuvo insomnios y luego una hiperexcitación nerviosa; se hizo extremadamente irritable y mostró aversión por sus familiares; habría tenido entonces frecuentes excesos sexuales. Su conversación la orientaba siempre hacia una lucha antireligiosa y hacia la reivindicación de los pueblos, lo que se desprendía, según él, de lo mucho que había leído. Llegó a pedir permiso en la Universidad, para sustentar una conferencia sobre el catolicismo y sus peligros. Hablaba de varios viajes que estaba organizando para diversos países. A algunos de sus amigos les pronunció discursos incoherentes. Recluido en el Manicomio en marzo de 1938, continúa con sus ideas reivindicadoras. También dice le falta el hígado, el que se lo han robado otros enfermos.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma paranoide.

Duración: 7 meses.

El tratamiento se inicia el 19 de abril de 1938 y dura 77 días; sufre interrupciones por falta del medicamento. Se le provocan 11 accesos en 13 aplicaciones. Dosis inicial eficaz (D.i.e.) : 5 c.c.; terminal (D.t.) : 6 c.c.

Resultado: Remisión total. Lo he visto por última vez en octubre de 1940 encontrándose bien.

#### CASO N° 2.

Francisca Rengel.—25 años.—H. D.—Quito.—Casada.

A. H.—Madre habría sufrido ataques. Un tío tuberculoso .

A. P.—Menarquia a los 14 años. Casada a los 17 años, no había demostrado mayor cariño por su esposo, No tiene hijos.

Más o menos a principios de 1935 empezó a cambiar de carácter; insultaba a su esposo y demás familiares. Alucinaciones visuales y auditivas. En el asilo se muestra irritable, hiperquinética, anestésica afectiva; hace chistes vacuos y sosos.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma hebefrénica.

Duración: tres años y medio aproximadamente.

El tratamiento se inicia el 1º de junio de 1938 y se suspende después de 14 accesos en 18 aplicaciones.

Resultado: Nulo.

CASO N° 3.

Mercedes Garzón.—17 años.—Agricultora jornalera. —T umbaco.— Soltera.

A. H.—No se conocen.

A. P.—Tuvo un hijo de un cuñado suyo.

Su alteración mental comenzó a fines de febrero de 1938, a raíz del parto. Rechaza los alimentos. Se excita y habla incoherencias. En el Servicio se constata negativísimo. Estereotipias de actitud. Ambivalencia afectiva. Anestesia afectiva para con sus familiares. Mutismos episódicos.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma catatónica.

Duración: Dos y medio meses aproximadamente.

El tratamiento empieza el 16 de mayo de 1938 y dura 70 días, con 14 accesos en 20 aplicaciones. D.I.e. 4 c.c. D. T. 6 c.c.

Resultado: Alta bien.

CASO N° 4.

Medardo Pozo.—35 años.—Comerciante.—El Angel. —Casado.

A. H.—Sin importancia.

A. P.—Pleuresía a los 26 años.

A comienzos de abril de 1938, dicen sus familiares, el enfermo que habíase sentido ya fatigado, con insomnio, sin deseos de comer, se levantó un día haciendo algazara y les contó que personas desconocidas lo habían atacado en su dormitorio, pero que los esperaría a la noche siguiente para vengarse. Luego después se puso a escribir una larga carta llena de incoherencias, que dijo la enviaría al Presidente. Celaba a su esposa con cualquiera persona. En el Servicio se muestra irritable. Han vuelto a visitarlo una noche, pero vestidos de blanco, por lo que deduce que no son enemigos sino amigos de él. Hay alucinaciones auditivas; habla por radio con el Presidente exponiéndole sus quejas y dice escuchar las respuestas.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma paranoide. Duración: Un mes y medio.

El tratamiento empieza el 20 de mayo y dura 7 días, con 3 accesos en 3 aplicaciones. D. i. e. y D. t. 4 c.c. Se le provocan 3 accesos más para consolidar el tratamiento.

Resultado: Remisión total. Hasta setiembre de 1941 sabía que se encontraba bien.

CASO N° 5.

Germana Sánchez.—23 años.—Religiosa de los SS. CC.—Píllaro.

A. H.—Se desconocen.

A. P.—Menarquia a los 14 años. Neumonía a los 12 años.

Su alteración mental se inició en diciembre de 1937 en circunstancias de haber sido encargada de un trabajo delicado en la ciudad de Cuenca. Supuso que no era persona grata para las otras Hermanas de Comunidad. Insomnio pertinaz. Se negó a tomar medicamentos, porque la querían envenenar. Posteriormente presentó un cuadro de excitación psico-motriz intenso, siendo trasladada al Manicomio. Aquí apreciamos: insomnio, sitiofobia, mutismo, autismo, estereotipia de actitud.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma catatónica. Duración: 11 meses.

El tratamiento se inicia el 14 de noviembre de 1938 y dura 55 días, con 12 accesos en 16 aplicaciones. D. i. e. 4 cc. D. t. 7 cc.

Resultado: Remisión total. Tuve noticias de esta paciente varias veces, la última en marzo de 1941, encontrándose bien.

CASO N° 6.

Luis Flores.—18 años.—Empleado.—Ambato.—Soltero .

A. H.—El padre tuvo un ataque sin pérdida del conocimiento .

A. P.—Sin importancia.

En Julio de 1938 el enfermo empieza a hablar cosas absurdas: es semi-mistofélico; el río es la llave del paraíso, etc., se excita fácilmente. Recluido, se observa ambivalen-

cía. No recuerda de sus familiares ni se interesa por ellos. Cree que está veraneando. Hay alucinaciones auditivas. Se ha adaptado rápidamente al asilo.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma hebefrénica. Duración: 5 meses.

El tratamiento se inicia el 4 de diciembre de 1938 y dura 17 días, con 4 accesos en 6 aplicaciones. D. i. e. 4 c c. D. t. 5.

Resultado: Alta bien.

CASO N° 7.

Graciela Garaicoa.—18 años.—Estudiante normalista. —Guayaquil.— Soltera.

A. H.—Una hermana murió tuberculosa.

A. P.—Menarquia a los 13 años.

Sin motivo aparente, el 4 de diciembre de 1938 se despertó en el internado del Colegio dando gritos y hablando incoherencias. Traída inmediatamente al Manicomio, sigue en extrema excitación por 3 días más o menos. Insulta a las empleadas, y dice ser enviada de la Virgen; que en el corazón tiene una medalla obsequiada por ella. Días más tarde, se arrodilla y se mantiene en actitud de oración varias horas. La Virgen conversa con ella y le da instrucciones. Se observa ambivalencia. Autismo. Desaparece la agitación. Orientada en el tiempo y en el espacio. Diagnóstico: Esquizofrenia de forma paranoide. Duración: 44 días.

El tratamiento empieza el 17 de Enero de 1939 y dura 19 días con 4 accesos en 5 aplicaciones. D. i. e. y D. t. 4 cc. Resultado: Remisión total. Ha continuado sus estudios.

CASO N° 8)

Adelaida Lozada.—32 años.—Empleada de fábrica.— Ambato.—Soltera.

A. H.—Padre alcohólico. Madre murió de una enfermedad cardíaca.

A. P.—Tiene dos hijos. Tifoidea a los 18 años.

Su alteración mental empieza a mediados de 1937 en su ciudad natal. Le persiguen los socialistas. Se fuga de su casa. Va a la iglesia y permanece ahí largo tiempo. Es preciso eliminar a los socialistas. Traída al Servicio, no mués-

tra ningún interés por sus hijos. La han envigdo sus enemigos. Al interrogarla se observa que hay interceptación, asociación absurda de ideas y confabulación.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma paranoide. Duración: Un año y medio.

El tratamiento se inicia el 24 de enero de 1939 y dura 61 días con 8 accesos en 13 aplicaciones. D. i. e. 3 cc. D. t. 6 cc.

Hay una mejoría aparente y es dada de alta, pero es traída nuevamente al Manicomio 10 meses después con un cuadro semejante al anterior.

Resultado: Nulo.

#### CASO N° 9.

Rosa Paredes.—29 años.—Religiosa de la Providencia. —Latacunga.

A. H.—No se conocen.

Hace un año y 8 meses, las compañeras de comunidad observaron que la enferma se retraía, se aislaba y permanecía muchas horas en actitud de oración. Luego se encerró en mutismo. Después de un año y medio deciden recluirla. Aquí continúa en mutismo y presenta estereotipias de actitud, de las que sale por momentos. Muestra suma pasividad, y no reacciona a ningún estímulo.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma catatónica. Duración: Un año y 8 meses.

El tratamiento se inicia el 18 de junio de 1939 y dura 28 días, con 7 accesos y 8 aplicaciones. D. i. e. y D. t. 4 cc.

Resultado: Remisión social. He tenido oportunidad de verla dos veces, la última hace 6 meses, y conservaba su pasividad y en parte su autismo.

#### CASO N° 10.

Mercedes Dávila de Moya.—46 años.—H. D.—Quito. —Casada.

A. H.—Se ignoran.

A. P.—6 hijos sanos. Hace diez años supo la muerte de una hermana a quien quería mucho, y habría sufrido una ligera confusión mental. Carácter bondadoso. Muy amorosa por su familia.

En diciembre de 1938 empezó por hablar incoherencias. Alucinaciones visuales: veía campanarios; un camino que de su ventana subía al cielo en donde veía ángeles. Alucinaciones auditivas: voces le decían que la iban a matar; conversaba con seres imaginarios. Se mantenía mucho tiempo mirando al cielo y sin moverse. Algunas veces se escondió en el sótano de su casa. Notaron que su carácter cambió fundamentalmente, llegando a maltratar a sus hijos sin motivo. Muy irritable. Después de muchos años de casada empezó a celar a su esposo.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma paranoide.

Duración: 10 meses.

El tratamiento se inicia el 4 de octubre de 1939 y dura solamente 16 días. D. i. e. 3 cc. D. t. 4 cc.

Resultado: Remisión total. La he visto 5 o 6 veces, la última hace unos 8 meses, encontrándose en perfecto estado.

#### CASO N° 11.

María Solazar.—28 años.—H. D.—Quito.—Soltera.

A. H.—Sin importancia.

En enero de 1939 se queja de insomnio. Se hace indiferente para sus familiares. Se encierra en mutismo. Traída al Servicio sigue el mutismo. Mantiene los ojos cerrados. En las noches se agita.

Iniciado el tratamiento el 8 de octubre de 1939, se provocan 2 accesos con 3 cc., pero el 15 de octubre al colocársele nuevamente 3 cc. la enferma sale de su mutismo y abre los ojos; explica que no los abre por cuanto le está prohibido mirar hacia arriba. Luego se excita por algunos minutos y vuelve a su mutismo. Al 8º acceso desaparece el mutismo. Las ideas que expresa son pueriles. Se muestra autista.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma simple.

Duración: 9 meses.

Se le hacen 16 accesos en 21 aplicaciones. D. i. e. 3 cc.

D. t. 6 cc. Hay una interrupción en el tratamiento después del décimo cuarto acceso por falta de medicamento.

Resultado: Remisión social.

#### CASO N° 12.

Elisa Montenegro.—18 años.—Empleada.—Quito.— Soltera.

A. H.—Padre murió de neumonía. Fué alcohólico.

A. P.—Menarquia a los 13 años.

En junio de 1939 la enferma se siente perseguida. Sus hermanos ponen veneno en las comidas. Ecolalia. Busca en su trabajo a un amigo de sus hermanos, con quien dice va a casarse. Lloro escandalosamente y el preguntársele el motivo no da ninguna razón.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma paranoide.

Duración: 5 meses.

El tratamiento empieza el 17 de noviembre de 1939 y dura 63 días, con 10 accesos en 14 aplicaciones. D. i. e. 3 cc. D. t. 5 cc.

Resultado: Alta bien.

#### CASO N° 13.

Leticia Chamorro de Ordóñez.—51 años.—H. D.— Tu Icón.—Casada.

A. P.—Dos hermanos padecen de tuberculosis.

En agosto de 1939, y habiendo muerto un hijo poco tiempo antes, se negó a comer. Lloraba sin cesar. Se quejaba de cefaleas e insomnios. Trataba mal a sus hijos. Hablaba cosas absurdas: sus hijos querían poseer sus bienes, que según ella, eran enormes. Dromomanía. Una vez intentó suicidarse arrojándose desde un puente.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma hebefrénica.

Duración: 5 meses.

El tratamiento empieza en enero de 1940 y dura 31 días con 5 accesos en 8 aplicaciones. D. i. e. 5 cc. D. t. 6 cc.

Resultado: alta bien.

#### CASO N° 14.

Luz María Donoso.—45 años.—H. D.—Riobamba.— Soltera.

A. H.—Madre muerta de ataque cerebral. Un hermano de carácter irascible.

A. P.—Cuando tenía 32 años habría presentado una alteración mental no bien precisada y que habría desaparecido espontáneamente.

Hace 6 años, a raíz de la muerte de su madre, cambió de carácter. Se hizo autista; retraída; no le gustaba conversar. Sus sentimientos religiosos se exaltaron. Hace 2

años creyó que en la pensión que se hospedaba la querían envenenar e hizo examinar un trozo de carne de su alimentación. Hace 6 meses manifestó que los judíos y los comunistas la iban a electrocutar con tres dinamos. La perseguían. Hacía negocios imaginarios. Quemó papeles y ropas porque estaban embrujados. Hablaba muy mal de su familia. En el Servicio se muestra muy irritable, todos son sus enemigos. Una empleada es hija de un sastre. Otra empleada la ha golpeado y la ha insultado.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma paranoide.

Duración: 6 años.

El tratamiento empieza el 5 de febrero de 1940. Se le provocan 16 accesos en 21 aplicaciones. No se pudo continuar el tratamiento por gran resistencia de la enferma.

Resultado: Nulo.

'CASO N° 15.

María E. Benavides.—18 años.—H. D.—Túquerres.— Soltera.

A. H.—Un tío materno es parkinsoniano.

A. P.—Menarquia a los 14 años. Dismenorrea. Carácter bondadoso y afable.

Hace 3 meses, y habiendo tenido una desavenencia amorosa su familia notó que se hizo muy locuaz. Perdió el respeto a sus padres. Luego se dieron cuenta que hablaba cosas sin sentido y mezclaba hechos recientes con otros ocurridos algún tiempo atrás. Como la enferma se excitara decidieron internarla. Aquí se observa autismo. La enferma se dirige a seres imaginarios y conversa con ellos. No atiende a las preguntas que se le hacen. Se ensucia con sus propios excrementos. Pasada su excitación psico-motriz, responde a las preguntas, pero en forma absurda. Hay pérdida de la afectividad. Continúa en su mundo sin importarle la realidad. La memoria está conservada. A veces se observan alucinaciones auditivas.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma hebefrénica.

Duración: 3 meses.

El tratamiento se inicia el 22 de setiembre de 1939 y dura 85 días con 24 accesos en 28 aplicaciones. D. i. e.

3 cc. D. t. 6 cc.

Resultado: Remisión total.

CASO N° 16.

Leticia Calvopiña.—22 años.—H. D.—Pujilí.—Soltera.

A. H.—Madre sufre de ataques, al parecer epilépticos.

Aproximadamente hace un año y tres meses se inició su alteración mental con negativismo; rehuía hablar y tomaba posiciones de las que salía después de muchas horas. Se hizo indiferente, tanto para su familia, como para el medio ambiente. Traída al Servicio, se observa estereotipia de actitud, flexibilidad cética. Mutismo.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma catatónica.

El tratamiento se inicia el 8 de octubre de 1939 y dura 33 días, suspendiéndose por falta de medicamento. Se provocaron 7 accesos en 10 aplicaciones. D. i. e. 3 cc. D. t. 5 cc. Desaparece la estereotipia y el mutismo, considerándola en mejoría es dada de alta. Vuelve después de un año y dos meses, pero con un cuadro distinto al anterior; hay autismo; alucinaciones auditivas y visuales, delirio de persecución, asociación extravagante de ideas, por lo que pienso ha pasado de la forma catatónica a la paranoide.

Resultado: Nulo.

CASO N° 17.

Noemí Narváez.—16 años.—H. D.—Quito.—Soltera.

A. P.—Menarquía a los 14 años. Tifoidea hace un año.

El cuadro morboso se inició hace unos seis meses. Sus familiares notaron que se retraía. Lloraba sin saber por qué. Después entró en mutismo. Difícilmente la hacían comer. Más tarde observaron que a veces reía y lloraba simultáneamente.

Se hizo amanerada y repetía a veces los mismos gestos. Traída al Servicio se encuentra efectivamente que hay: mutismo, autismo, ambivalencia, sitiofobia, ecopraxia, a lo que se agregaron alucinaciones auditivas, demostradas por la actitud especial que adoptaba esta enferma.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma hebefrénica.

Duración: 6 meses.

El tratamiento se inicia el 17 de diciembre de 1939 y dura 42 días, con 14 accesos en 16 aplicaciones. D. i. e. 4 cc. D. t. 7 cc. Después del tercer acceso, la enferma habla, pero no en forma correcta; no responde a las preguntas, sino que dice frases sin sentido. Poco a poco la enfer

ma entra en mejoría y su alta es dada después de los 14 accesos ya indicados, a los que se agregaron tres más, para consolidar el tratamiento.

Resultado: alta bien.

CASO N° 18.

Victoria Andrade.—28 años.—Quito.—Soltera.

A. H.—El padre es psicópata. Provoca grandes molestias a las empleadas del Servicio e incluso ha insultado soezmente a la Hermana de la Caridad.

La iniciación de su alteración mental se prolonga a más de 7 años, en que habría manifestado repudio por su familia; se habría dejado de preocupar por el medio ambiente; a veces se excitaba; salía a la calle y no volvía. Recluida, se constata indiferencia afectiva, autismo. Después de algún tiempo, logra fugarse pero es recluida nuevamente; demuestra pasividad, tendencia al exhibicionismo, erotismo. Dada de alta a petición de su padre, continúa con su dromomanía y demás síntomas.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma simple.

Duración: más de 7 años.

El tratamiento se inicia el 26 de diciembre de 1939 y se prolonga por 23 días, con 7 accesos en 11 aplicaciones. D. i. e. 5 cc. D. t. 8 cc. Se suspende el tratamiento, en parte por la excesiva resistencia de la enferma y también por faltar el medicamento. Con todo, me parece que no habríamos logrado éxito en este caso, aún alcanzando a 30 o más accesos.

Resultado: Nulo.

CASO N° 19.

Carmen Albán.—32 años.—H. D.—Pasto.—Soltera.

A. P.—Tiene varios hijos, al parecer sanos. Se ignoran más detalles.

Su cuadro morboso habría empezado hace unos 3 años, a raíz de la muerte de su conviviente; en un comienzo habría tenido una excitación psico-motriz pasajera, luego habría deambulado por las calles de Pasto pidiendo limosna, sin tener necesidad. Demostraba completa indiferencia por sus hijos, los que habrían sido recogidos por otros parientes. Traída al Servicio, se muestra indiferente; no le agrada con

versar, pero responde a las preguntas aunque dando respuestas pueriles y extravagantes. A veces soliloquios. Diagnóstico: -Esquizofrenia de forma simple.

Duración: 3 años.

El tratamiento se inicia el 11 de enero de 1940 y dura 67 días, con 16 accesos en 20 aplicaciones. D.i.e. 5 cc. D.t. 8 cc.

Resultado: nulo.

CASO N° 20.

Emma Cabrera.—25 años.—Empleada.—Tulcán.— Soltera.

A. P.—Siempre fué nerviosa, irritable, reservada.

Su alteración mental se inicia en setiembre de 1938 con insomnio, cefalea y falta de apetito. Aparecieron después pseudo-percepciones internas: "el estómago estaba cambiado", "el corazón estaba quieto". En el Servicio se muestra amanerada, ambivalente, autista. Presenta delirios diversos. Hipoafectiva. Continúa con pseudo-percepciones. Diagnóstico: Esquizofrenia de forma paranoide. Duración: un año y 5 meses.

El tratamiento empieza el 22 de febrero de 1940. Se provocan 12 accesos en 17 aplicaciones. D.i.e. 6 cc. D.t. 8 cc.

Resultado: nulo.

CASO N° 21.

Raquel Luna.—20 años.—H. D.—Alausí.—Soltera.

A. H.—Padre alienado.

Su alteración mental empieza a fines de 1938 con anomalías en su conducta: se quedaba en la cama toda la mañana; lloraba a solas; soliloquios; se reía sin razón; mal carácter. Traída al Servicio, se la encuentra orientada, atenta, pero sus contestaciones son incoherentes. Memoria conservada. Hipoafectiva.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma simple.

Duración: Un año más o menos.

El tratamiento se inicia el 28 de enero de 1940 con un total\*de 16 accesos en 18 aplicaciones, consiguiéndose una ligera mejoría. Se preocupa por sus familiares. Dada de alta, reingresa después de dos meses, empeorada.

Resultado: nulo.

CASO N° 22.

Carmen Quevedo.—18 años.—Cuenca.—Cocinera.— Soltera.

Su cuadro morboso se inicia a mediados de 1939 con agitación, incoherencia y risas inmotivadas. Traída al Servicio presenta alucinaciones e ideas delirantes místicas: veía fuego sagrado en el altar en que se oficiaba la misa; era casada con Dios y abortaba todos los meses.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma paranoide.

Duración: 9 meses más o menos.

El tratamiento empieza el 5 de marzo de 1940. Se provocan 8 accesos en 9 aplicaciones. D. i. e. 4 cc. D. t. 5 cc.

Resultado: Remisión total. Actualmente casada con un empleado del Hospicio.

CASO N° 23.

Rosa Matilde Palacios.—19 años.—Costurera.—Gua- randa.—Soltera.

A. H.—Un *primo hermano alienado*.

Su alteración mental empieza en junio de 1939 en circunstancias de encontrarse en la iglesia; se quedó largo tiempo en ese lugar orando, y decía que había sido enviada expresamente por Dios para salvar a los pecadores. En este estado continúa algún tiempo, hasta que los familiares deciden internarla por presentar un cuadro de agitación. Aquí sé le observa y se constata su delirio místico, además hay ambivalencia, anestesia afectiva y alucinaciones, especialmente visuales.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma paranoide.

Duración: 10 meses.

El tratamiento se inicia el 8 de abril de 1940 y dura 74 días, con 21 accesos en 27 aplicaciones. D. i. e. 4 cc. D. t. 8 cc.

Resultado: Alta bien.

CASO N° 24.

Julia Maya.—52 años.—H. D.—Pasto.—Soltera.'

A. P.—Algunos trastornos psíquicos. Menstruación escasa desde los 15 años hasta los 46 en que se instaló la menopausia.

Hace un año y un mes, a raíz de un disgusto tuvo un "cque convulsivo con pérdida del conocimiento, el que no se ha repetido. Como medio de curación para este acceso, fué azotada. Siguió con insomnio, sofocaciones y se hizo irritable. Después ambivalente: quiere y aborrece al mismo tiempo. Aparecen luego ideas de persecución. Tiene que vengarse de una persona X. La comida está envenenada. Deja de comer algunos días. Anteriormente muy religiosa, reniega de todo credo. En el Servicio se muestra violenta, agresiva; destroza sus ropas; blasfema; continúa con su delirio de persecución, y se constatan alucinaciones visuales: ve sombraá y personas que no existen.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma paranoide.

Duración: 1 año y un mes.

El tratamiento empieza en abril de 1940 y dura 45 días, con 1 1 ataques en 14 aplicaciones. D. i. e. 3 cc. D. t. 6 cc.

Resultado: Remisión social. Fué dada de alta a fines de junio de 1940. He sabido que será nuevamente traída al Servicio en fecha próxima (Diciembre de 1941).

#### CASO Nº 25.

Griselda Proaño.—16 años.—H. D.—Atuntaqui.—Soltera .

A. H.—Convive con su madre que es esquizofrénica antigua.

A. P.—Un cuadro confusional hace unos 3 años.

Su cuadro morbozo se inicia hace 8 meses con insomnio, pérdida de la afectividad, tendencia al exhibicionismo, canta largo tiempo, incoherencias. En el Servicio continúa con el cuadro anterior. No atiende a las preguntas que se le hacen. Hay asociación dificultosa de ideas. La memoria no está bien conservada. Ambivalencia y soliloquios.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma simple.

Duración: 8 meses.

El tratamiento se inicia el 3 de abril de 1940 y alcanza a 90 días, con 12 accesos en 21 aplicaciones. Recién se consigue provocar el ataque con 7 cc. de Cardiazol. D. t. 9 cc. Esta cantidad ha sido la más alta utilizada en este Servicio. Ligeramente mejorada, y no pudiéndose conseguir más medicamento, es dada de alta, pero antes de un mes reingresa con un cuadro parecido al anterior.

Resultado: nulo.

CASO N° 26.

Rafael Romo.—23 años.—Seminarista.—Ibarra.

A. H.—Eu abuelo murió de un ataque cerebral. La madre murió de una enfermedad pulmonar no bien precisada.

A. P.—Neumonía a los 19 años.—Pleuresía un año más tarde.

En el Seminario notaron sus compañeros que el enfermo se retraía y se quedaba muchas horas leyendo; rara vez les dirigía la palabra; más tarde ya no les contestaba. Posteriormente presentó estereotipias de actitud y de gestos. En el Servicio, se encuentra junto a las estereotipias, flexibilidad cérica, mutismo y sitiofobia, aunque este último síntoma no es muy *acentuado*.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma catatónica.

Duración: 4 meses más o menos.

El tratamiento se inicia el 22 de junio de 1940 y dura 42 días, con 11 ataques en 14 aplicaciones. D. i. e. 4 cc. D. t. 7 cc.

Resultado: Remisión total. En 1941 ha dado sus exámenes en buena forma.

CASO N° 27.

Eulalia García.—22 años.—H. D.—Cuenca.—Soltero

A. H.—La madre padece de reumatismo poliarticular agudo. El padre es alcohólico.

A. P.—Menarquia a los 14 años. De carácter orgulloso y retraído.

Habiendo sufrido días antes una desavenencia amorosa, una mañana de comienzos de julio de 1940, se puso a gritar en plena misa, continuando con un cuadro de agitación, luego alucinaciones auditivas e ideas de persecución. Ingresó al Servicio tranquila y hace un relato sin cohesión. Da respuestas inadecuadas por probable asociación defectuosa de ideas. Hay titubeo. Inventa neologismos. Continúa más tarde con sus ideas delirantes a las que se suma un delirio megalómano.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma hebefrénica.

Duración: Dos meses y medio aproximadamente.

Se inicia el tratamiento en setiembre de 1940 y dura 35 días, con 7 accesos en 8 aplicaciones. D. i. e. 3 cc. D. t.

4 cc.

Resultado: alta bien.

CASO N° 28.

Cecilia Yáñez.—20 años.—H. D.—La Magdalena (Guaranda).—Soltera.

A. H.—Madre murió tuberculosa. Un tío padece la misma enfermedad.

Su alteración mental empezó más o menos hace un año y tres meses, con insomnio; se quedaba en su cuarto y no quería salir de él, al preguntarle sus familiares el por qué, daba contestaciones pueriles; lloraba a menudo. Después presentó alucinaciones cenestésicas de carácter erótico; luego alucinaciones auditivas y delirios confusos. En el Servicio se constata hipoafectividad. Autismo. Soliloquios.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma hebefrénica.

Duración: Un año y tres meses.

El tratamiento se inicia en setiembre de 1940 y dura 26 días, con 6 accesos en 8 aplicaciones. D. i. e. 3 cc. D. t. 5 cc.

Es dada de alta visiblemente mejorada, pero es traída nuevamente 20 días más tarde con recidiva, por lo que se sigue el mismo tratamiento: nueva serie de 6 accesos. Continúa en observación en el Servicio por dos meses y nuevamente es dada de alta.

Resultado: alta bien.

CASO N° 29.

Isabel Bastidas.—16 años.—Estudiante.—Esmeraldas. —Soltera.

A. P.—Un cuadro pulmonar no bien definido a los 14 años.

Su alteración mental empezó hace 5 meses con incoherencias, risas inmotivadas y más tarde agitación. Traída al Servicio, desaparece después de algunos días la agitación. Se presentan alucinaciones. Confunde a las personas. Expresa ideas absurdas: es madre de 40 hijos y el menor tiene 24 años. El médico es su novio. Desde Esmeraldas le comunican lo que sucede en su casa. Oye las voces que la informan. Ríe escandalosamente. Otras veces se muestra afligida y no desea conversar ni responder a las preguntas. Hay pérdida de contacto con la realidad.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma hebefrénica.

Duración: 5 meses.

El tratamiento se inicia el 28 de setiembre de 1940 y dura 64 días con 16 accesos en 22 aplicaciones. D. i. e. 4 cc. D. t. 9 cc. Junto con el caso N° 25 aquí se llegó a emplear también la dosis más alta, que fué de 9 cc. en este Servicio.

Resultado: alta bien.

CASO N° 30.

Rosa Duarte.—45 años.—H. D.—Iipiales.—Soltera.

A. H.—Un tío murió de una afección cardíaca. La madre ha sufrido varios ataques con pérdida del conocimiento.

Empezó su alteración mental hace unos 10 meses: cantaba y profería palabras soeces, se negaba a comer, se desnudaba, se excitaba especialmente en la noche y gritaba mucho. Traída al Servicio sigue con el cuadro anterior constatándose además, alucinaciones visuales: vé reyes y príncipes y, también delirios: ella es la mujer de un príncipe. Hay manifiesta incoherencia en sus expresiones. Su delirio no se sistematiza.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma hebefrénica.

Duración: 10 meses aproximadamente.

El tratamiento se inicia el 2 de diciembre de 1940 y dura 54 días, con 10 accesos en 11 aplicaciones. D. i. e. y D. t. 4 cc.

Resultado: alta bien.

CASO N° 31.

Dolores Cazares.—38 años.—Agricultora.—Ibarra.—Casada.

A. P.—Tiene 5 hijos. En el último parto, hace 7 meses de iniciarse el primer tratamiento, siguió un cuadro confusional. Traída al Servicio se constatan síntomas esquizofrénicos: indiferencia afectiva; ambivalencia; asociación absurda de ideas. Mezcla hechos recientes con otros antiguos. Soliloquios. No gusta contestar a las preguntas; está atenta sólo a su "yo" interior.

Iniciado el tratamiento, en junio de 1940 y contando su último hijo con 7 meses de edad, se le provocan 7 accesos en 9 aplicaciones, remitiendo los síntomas. D. i. e. 4 cc. D. t. 6 cc. Dada de alta en agosto de ese año, reingresa en setiembre de 1941, habiendo dado a luz otra vez en julio

de 1941. Se constata: indiferencia afectiva; ambivalencia: ríe y íora simultáneamente; *asociación absurda de ideas*. Además, había presentado tendencia a vagar por las calles.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma simple.

Reiniciado el tratamiento por el Cardiazol a fines de setiembre de 1941, actualmente se lo continúa, y se llevan provocados 9 accesos estando la enferma muy mejorada: se preocupa ahora por la suerte de sus hijos; es atenta a las preguntas que se le hacen y contesta acertadamente. Reconoce ha estado enferma. Su memoria algo conservada. Creo que aquí podemos hablar de una Remisión social.

\*

#### CASO N° 32.

Victoria Chávez.—40 años.—Pasto.—H. D.—Soltera.

A. P.—Tifoidea a los 25 años. Pleuresía 8 años después.

Su cuadro morbozo se inició hace un año y medio más o menos, con insomnio, falta de apetito; más tarde se negó a comer y adoptó una posición como de oración, la cual conserva hasta su ingreso al Servicio. Junto a esto se observa: mutismo; la enferma es quejumbrosa y al apartarle las manos, que siempre las mantiene en actitud de oración, vuelve a su anterior posición. En las noches se agita.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma catatónica.

Duración: Un año y medio aproximadamente.

El tratamiento se inicia a mediados de diciembre de 1940. Se provocan 27 accesos en 32 aplicaciones. Recién después de 24 ataques, se notó mejoría en esta enferma, sin embargo, es dada de alta en buenas condiciones. D. i. e. 3 cc. D. t. 7 cc.

Resultado: Remisión total. Hace pocos días he conversado con un pariente y me ha manifestado que se encuentra bien y como si nunca hubiese estado enferma.

#### CASO N° 33.

Georgina Ruiz.—20 años.—Costurera.—Atuntaqui.— Soltera.

A. H.—La madre sufrió una fuerte caída estando ella en gestación.

A. P.—Menarquia recién hace 8 meses, coincidiendo con el comienzo de su alteración mental.

Sus familiares notaron que empezó a retraerse, no le gustaba hablar, se negaba a comer, las cosas que antes le gustaba hacer en su casa, ya no las hacía; más tarde confunde algunas personas y se hace indiferente para sus familiares; su madre cae enferma de cuidado y ella no se da por enterada. Traída al Servicio, se observa: negativísimo, tanto para hablar como para comer; llora mucho. Autismo. Indiferencia afectiva.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma simple.

Duración: 8 meses.

El tratamiento se inicia el 23 de enero de 1941 y dura 106 días, con 20 accesos en 26 aplicaciones. D. i. e. 4 cc. D. t. 8 cc.

Resultado: alta bien.

CASO N° 35.

María Velasco.—30 años.—Puembo.—Agricultora jornalera.—Soltera.

A. H.—Un abuelo alienado. Un primo sufre ataques epilépticos.

Se inició su alteración mental hace 6 meses más o menos con insomnio, falta de apetito; se hizo sumamente irritable; profería palabras soeces. Suma agitación. Ambivalencia. Unos pocos días mantuvo una misma posición, pero después vuelve a agitarse. Traída al Servicio, no guarda atención al ser interrogada. Hay pérdida de -contacto con la realidad. Autismo. Sus palabras no guardan ninguna conexión.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma catatónica.

Duración: 6 meses.

Se inició el tratamiento el 16 de febrero de 1941 y duró 78 días, con 18 accesos en 22 aplicaciones. D. i. e. 4 cc. D. t. 8 cc. —

Resultado: alta bien.

CASO N° 36.

Tirsa Chávez.—17 años.—H. D.—Pasto.—Soltera.

A. H.—Padre alcohólico; madre sufre una afección cardíaca.

A. P.—Tifoidea a los 12 años. Neumonía a los 14.

Esta paciente no guarda ningún parentesco con el caso N° 32, a pesar de proceder del mismo lugar. El comienzo, hace un año y medio más o menos, se habría marcado por agitación, indiferencia afectiva, anomalías en su conducta, cantos y lloros, frases incoherentes. Traída al Servicio, continúa en esa forma más o menos un mes, pero de repente adopta una actitud semejante a una estatua, la cual abandona sólo para comer. Esta estereotipia de actitud la conserva hasta iniciarse el tratamiento. Hay además autismo y mutismo.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma catatónica.

Duración: Un año y medio.

El tratamiento se inicia el 5 de marzo de 1941 y dura apenas 18 días, sorprendiendo la rapidez con que esta enferma remite. En total, 4 accesos en 5 aplicaciones. No hubo más medicamento para consolidar el tratamiento. D. i. e. 3 cc. D. t. 4 cc.

#### CASO N° 37.

Laura Vinueza Z.—18 años.—Carchi.—H. D.—Soltera.

A. H.—Una tía estuvo en el Manicomio.

A. P.—Sin importancia. No ha tenido hijos.

Su alteración mental empezó en abril de 1940, con excitación psico-motriz, tendencia al exhibicionismo, bailaba y cantaba inventando letras pueriles; decía ser casada y tener varios hijos. En el Servicio, se muestra un poco atenta, burlona, ríe y llora aunque no simultáneamente; interrogada por sus familiares, dice no conocerlos; al informarle falsamente la muerte de su madre, no se da por notificada; sus hijos son producto de relaciones con un fraile, después rectifica diciendo que son de un Jefe Político, y después de su marido (que no existe); mezcla hechos recientes con otros antiguos; tendencia a la confabulación. Después de 2 meses de internada, se hace muy retraída, gusta poco salir de su cuarto y en ocasiones se le sorprende en soliloquios. Aparece la ambivalencia: quiere y no quiere estar recluida. Han visitado el Manicomio personas entre las que venía el Encargado del Poder, con el objeto de saber de su salud. Aparecen algunos delirios sin sistematización: ha heredado una cantidad fabulosa de un señor X que se ha ido para Colombia; momentos más tarde no se acuerda de esta heren

cia y se queja de la pobreza de sus padres. Continúa con tendencia al exhibicionismo. A veces dice frases incoherentes .

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma hebefrénica.

Duración: 11 meses.

Se inicia el tratamiento el 14 de marzo de 1941 y dura 35 días, con 8 accesos en 9 aplicaciones. D. i. e. 3 cc. D. t. 5 cc. Es dada de alta a fines de abril de 1941.

Resultado: Alta bien. Posteriormente, diciembre de 1941, he sabido que falleció un mes atrás con el diagnóstico de bronconeumonía, habiendo estado bien hasta entonces de su alteración mental.

#### CASO N° 38.

Isabel Moreno.—46 años.—H. D.—Latacunga.—Soltera .

A. H.—Padre muerto de afección cardíaca. Tuvo 7 hermanos, de los cuales uno murió con diabetes. Un primo hermano estuvo en el Manicomio.

A. P.—Cáncer del seno que ha sido operado tres veces. Menarquia a los 11 años. La menstruación suspendida hace dos años y medio.

Comienza su alteración mental hace un año más o menos, con preocupación profunda por su salud: todo le hacía mal; los dolores "se paseaban" por su organismo. Fué tratada con antireumáticos. Adoptó actitudes pasionales. Tendencia al exhibicionismo. Hace neologismos. Insomnio pertinaz. Hipermímica. Traída al Servicio, presenta alucinaciones auditivas y cenestésicas. Alguien le ordena desnudarse. Siente al demonio que ha entrado en su organismo.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma paranoide.

Duración: Un año más o menos.

Se inicia el tratamiento en abril de 1941 y dura 36 días, con 8 accesos en 13 aplicaciones. D. i. e. 6 cc. D. t. 8 cc.

Resultado: Remisión social.

#### CASO N° 39.

Jorge Garzón.—32 años.—Joyero.—Quito.—Casado.

A. H.—Sin importancia.

A. P.—Neumonía. Gripes frecuentes.

Su alteración mental empezó en diciembre de 1938,

con insomnios, abulia e ideas persecutorias; los vecinos se habían confabulado para matarlo. Cuando salía de su taller, encontraba siempre a algunos de ellos que conversaban, y cuando lo veían, discretamente se separaban para no darse a comprender. Se hizo irritable. Insultaba a su mujer y llegó a creer que también estaba en connivencia con aquellos malos vecinos. Traído al Servicio, se constata su delirio. Es hipoafectivo y abúlico.

Diagnóstico: Esquizofrenia de forma paranoide.

Duración: Un año y dos meses.

Se inicia el tratamiento en los primeros días de febrero de 1940 y dura alrededor de dos meses, con 8 accesos en 8 aplicaciones. D. i. e. y D. t. 4 cc. No se consolida el tratamiento y el paciente es dado de alta a mediados de abril de 1940. Sale bien, pero a los 10 meses más o menos, reingresa .

Habiendo asistido a las Guardias Nacionales, entró en agitación y se demostró locuaz; empezó a dar órdenes por su cuenta y ya en el Servicio, hacía marchar a los otros enfermos y les daba instrucciones incoherentes.

Hay demora en adquirir el medicamento y en octubre de 1941 recién se reinicia la Cardiazolterapia. Actualmente está en tratamiento, llevándose provocados el 10 de diciembre, 6 accesos y estando este enfermo muy mejorado. He conversado con él y reconoce haber estado bastante enfermo. Su memoria se conserva. Se preocupa por sus familiares y espera le concedan el alta en poco tiempo más.

Resultado: Remisión social.

## CAPITULO VI

### COMENTARIOS

La Cardiazolterapia, ha cambiado fundamentalmente el pronóstico de la Esquizofrenia, ya que considerada hasta hace poco como casi incurable, actualmente con este método se obtiene un alto porcentaje de remisiones.

Pero a pesar de que los resultados son bastante favorables, aún no se conoce el mecanismo íntimo por el cual se consigue, desde luego que la Cardiazolterapia carece de base científica. Así, el Profesor Endara afirma que "estamos

en los comienzos en cuanto se relaciona con el mecanismo íntimo del choque cardiazólico, a pesar de las investigaciones realizadas".

De técnica muy sencilla, la Cardiazolterapia está indicada a gozar del favor de los Psiquiatras, especialmente en aquellas psicosis en que ha sido indicada últimamente, como también en el inmenso grupo de enfermos que se agrupan dentro del cuadro de la Esquizofrenia. Entre sus formas clínicas, son la hebefrénica y la catatónica las que dan mejor resultado.

Las contraindicaciones señaladas han sido las afecciones orgánicas del corazón y las enfermedades febriles.

Aunque en la literatura se han registrado algunas graves complicaciones, en mis observaciones sólo he encontrado una de ellas, cual es la luxación del maxilar, que en el caso N° 3 se repetía en cada ataque, pero que era fácilmente reducida.

Al final de las 39 observaciones, que comprenden todas las verificadas en el Servicio desde abril de 1938 a julio de 1941, he encontrado que mientras con menos cantidad de Cardiazol se produce un acceso y mientras más baja se mantiene esta dosis con resultados positivos, hay mayores probabilidades de éxito.

Los resultados de estos 39 casos se resumen así: 9 remisiones totales; 15 altas bien; 5 remisiones sociales y 10 casos en que no se obtuvo mejoría. Siendo posible asimilar los catalogados "altas bien" con los catalogados "remisiones totales", tenemos 24 casos con éxito terapéutico (61 %).

CUADRO SINOPTICO DE LAS OBSERVACIONES

Caso	Forma Clínica	Duración	Resultado
1	Paranoide	7 meses	Remis. total
2	Hebefrénica	3 1/2 años	Nulo
3	Catatónica	2 1/2 meses	Alta bien
4	Paranoide	1 1/2 meses	Remis. total
5	Catatónica	1 1 meses	Remis. total
6	Hebefrénica	5 meses	Alta bien
7	Paranoide	44 días	Remis. total
8	Paranoide (reingresa)	18 meses	Nulo
9	Catatónica	20 meses	Remis. social

CUADRO SINOPTICO DE LAS OBSERVACIONES

Caso	Forma Clínica	Duración	Resultado
10	Paranoide	10 meses	Remis. total
11	Simple	9 meses	Remis. social
12	Paranoide	5 meses	Alta bien
13	Hebefrénica	5 meses	Alta bien
14	Paranoide	6 años	Nulo
15	Hebefrénica	3 meses	Remis. total
16	Paranoide (reingresa)	15 meses	Nulo
17	Hebefrénica	6 meses	Alta bien
18	Simple	7 años	Nulo
19	Simple	3 años	Nulo
20	Paranoide	17 meses	Nulo
21	Simple	1 año	Nulo
22	Paranoide	9 meses	Remis. total
23	Paranoide -	10 meses	Alta bien
24	Paranoide (reingresa)	13 meses	Nulo
25	Simple (reingresa)	8 meses	Nulo
26	Catatónica	4 meses	Remis. total
27	Hebefrénica	2½ meses	Alta bien
28	Hebefrénica	15 meses	Alta bien
29	Hebefrénica	5 meses	Alta bien
30	Hebefrénica	10 meses	Alta bien
31	Simple (reingresa)	7 meses	Remis. social
32	Catatónica	18 meses	Remis. total
33	Paranoide	4 meses	Alta bien
34	Simple	8 meses	Alta bien
35	Catatónica	6 meses	Alta bien
36	Catatónica	18 meses	Alta bien
37	Hebefrénica	11 meses	Alta bien
38	Paranoide	12 meses	Remis. social
39	Paranoide (reingresa)	14 meses	Remis. social

Según la forma clínica, los casos se distribuyen en:

Forma	Rem. total	Alta bien	Rem. social	Nulo	Total
Simple	0	1	2	4	7
Catatónica	3	3	1	0	7
Paranoide	5	3	2	5	15
Hebefrénica	1	8	0	1	10
	9	15	5	10	39

Asimilando los catalogados "alta bien"- a los de "remisión total", se obtiene el siguiente resultado:

Forma	Rem. total	Rem. social	Nulo	Total
Simple	1	2	4	7
Catatónica	6	1	0	7
Paranoide	8	2	5	15
Hebefrénica	9	0	1	10
	24	5	10	39

Entonces tenemos que: los hebefrénicos remiten en un 90%; los catatónicos en un 85%; los paranoicos en 53%; y los de forma simple en un 14%. Por tanto los resultados de este método son favorables especialmente para los hebefrénicos y para los catatónicos, siguiéndoles los paranoicos; en cambio, en la forma simple, el resultado es casi nulo.

Ahora, tomando en cuenta el resultado terapéutico de acuerdo con la antigüedad de la psicosis, tenemos:

Resultado	Hasta 6 meses	Hasta 18 meses	Más de 18 meses	Total
Rem. total	4	5	0	9
Alta bien	9	6	0	15
Rem. social	0	4	1	5
Nulo	0	6	4	10
	13	21	5	39

Igualmente, asimilando los "alta bien" a los "remisión total", tenemos:

Resultado	Hasta 6 meses	Hasta 18 meses	Más de 18 meses	Total
Rem. total	13	11	0	24
Rem. social	0	4	1	5
Nulo	0	6	4	10
	13	21	5	39

En cuyo caso obtenemos un 100% de remisiones en aquellos enfermos cuya alteración mental alcanza a menos de 6 meses de duración; baja a un 52% en los enfermos comprendidos entre 6 y 18 meses, y a 0% en los que pasan de 18 meses.

Pero en la práctica, cabe señalar que es muy difícil precisar cuando se inicia la alteración mental de un enfermo dado, ya que los familiares muchas veces son los últimos en apercibirse de ello.

#### CAPITULO VII

##### CONCLUSIONES SOBRE 39 CASOS DEL MANICOMIO DE QUITO

- 1 .—La Cardiazolterapia ha llenado un vacío grande en la terapéutica psiquiátrica.
2. —Iniciado el tratamiento antes de 6 meses, da un 100% de remisiones.
3. —Este porcentaje baja al 52% en aquellos enfermos comprendidos entre los 6 y 18 meses.
4. —Baja a 0% en los enfermos que tienen más de 18 meses. Por tanto, las posibilidades de remisión están en razón directa al menor tiempo de iniciada la alteración mental.
5. —En enfermos de más de 18 meses, lo más que se consiguió en este Servicio fué una remisión social en un total de cinco pacientes.
6. —De acuerdo con las formas clínicas, los mejores resultados se obtuvieron en los hebefrénicos y catatónicos, siguiéndoles a continuación los paranoicos.
7. —En las formas simples el resultado es prácticamente nulo.
8. —En la forma hebefrénica se obtuvo un 90% de remisiones, siendo el otro 10% nulo.
9. —En la forma catatónica se obtuvo un 85% de remisiones y el 15% restante corresponde a remisiones sociales .
10. —En la forma paranoide se obtuvo un 53% de remisiones, un 14% de remisiones sociales y un 33% de resultado nulo.
- 11 .—Se pueden esperar mejores resultados en aquellos enfermos en que se consigue el acceso con dosis bajas de Cardiazol.
- 12.—Igualmente es de esperar buenos resultados cuando el enfermo es sensible, desde el punto de vista del acceso, a dosis bajas y no hay necesidad de aumentar la cantidad de Cardiazol, empleada la primera vez.

BIBLIOGRAFIA

- 1) César Juarros: "Diagnósticos y Tratamientos Psiquiátricos de Urgencia".—Madrid (Diciembre, 1928).
- 2) Emilio Mira y López: "Manual de Psiquiatría".—1935.
- 3) Julio Endara: "Clasificación de las Enfermedades Mentales y Posibilidad de Unificarla en Sudamérica".—Jornadas Neuro-Psiquiátricas del Pacífico.—Santiago de Chile (Enero, 1937).
- 4) Honorio Delgado: "El Tratamiento de la Esquizofrenia por el Método de Von Meduna".—Su aplicación en un caso de parálisis general estacionaria.— (Diciembre, 1937).
- 5) Henrique Roxo: "Manual de Psychiatria".—Río de Janeiro (1938).
- 6) A. A. Low; I. R. Sonenthal; M. F. Blaurock; M. Kaplan and Irene Sherman: Metrazol Shock Treatment of the "Functional" Psychoses.— Archives of Neurology and Psychiatry (Abril, 1938) .
- 7) Baltazar Caravedo: "El Cardiazol en el Tratamiento de la Esquizofrenia".—Lima (Julio, 1938).
- 8) René Bustos Quezada: "Convulsoterapia de la Esquizofrenia Procesal".—A propósito de cinco casos clínicos.—Santiago de Chile (1938).
- 9) Gonzalo Bosch: "Tratamiento de la Esquizofrenia".—Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas.— (Marzo, 1939).
- 10) Honorio Delgado: "Tratamiento de la Esquizofrenia con Cardiazol e Insulina".—Jorn. Neu. Psiq. Panam.— (Marzo, 1939).
- 11) Julio Endara: "Tratamiento de la Esquizofrenia".—Jorn. Neur. Psiq. Panam.— (Marzo, 1939).
- 12) Samuel Ramírez Moreno: "Tratamiento de la Esquizofrenia".—Jorn. Neu. Psiq. Panam.— (Marzo, 1939).
- 13) Arturo Vivado Orsini: "Tratamiento de la Esquizofrenia".—Jorn. Neu. Psiq. Panam.— (Marzo, 1939).
- 14) Luis Martínez Dalke: "La Terapéutica Convulsivante en las Enfermedades Mentales".—Revista de Psiquiatría y Criminología. — Buenos Aires (Abril, 1939).
- 15) E. A. Strecker; B. J. Alpers; J. A. Flaherty and J. Hughes: "Experimental and Clinical Study of the Effects of Metrazol convulsions".— Archives of Neurology and Psychiatry (Mayo, 1939) .

- 16) León Reznikoff: "Evaluation of Metrazol Shock in Treatment of Schizophrenia".—Archives of Neurology and Psychiatry (Febrero, 1940).
- 17) J. Notkin; F. J. DeNatale; C. E. Niles and G. Wittman: "Comparative Study of Metrazol Treatment and Control Observations of Schizophrenia".—Archives of Neurology and Psychiatry (Febrero, 1940).
- 18) Carlos Lambruschini: "La Esquizofrenia tratada por los Métodos Actuales (Insulina y Convulsoterapia) —Aspecto clínico y médico-legal. Buenos Aires (Junio, 1941).