

UNA ENTREVISTA CON EL PROFESOR JULIO MANRIQUE

Los nuevos tratamientos de la Esquizofrenia

El magnífico resultado obtenido con el modernísimo procedimiento de Sakel en el Asilo de locas de Bogotá. - La curación de la esquizofrenia por la producción del coma insulínico. - Las estadísticas.

Deseosos de ofrecer a nuestros lectores la más amplia información respecto del actual estado de la ciencia en Colombia, iniciamos hoy con ésta del profesor Julio Manrique—una de las más altas autoridades entre nuestros alientistas—una serie de entrevistas científicas. Es nuestro propósito dar a conocer así los adelantos y progresos que en esos campos se han obtenido en el país.—N. de la R.

No sabemos —ni creemos que nadie lo sepa— cómo podría definirse la sensación que se experimenta ante seres humanos privados de la razón. Aquí sí cabe en toda su plenitud el término indefinible. Temor supersticioso, piadosa lástima, instintivo respeto, confusión, como si todo fuese irreal. Sólo si pudiéramos encontrarnos de golpe en el centro de aquel mundo donde reptan las pasiones y los instintos que detallara en página inolvidable el conde Hermann de Keyserling, podríamos lograr impresión semejante.

* * *

Después de una visita general del asilo, a través de la cual podemos, darnos cuenta de su ordenado funcionamiento y que nos permite admirar la relativamente confortable instalación lograda tras grandes esfuerzos y sólo por un milagro maravilloso de economía, pues son muy pocos los auxilios de que dispone la institución, nos encerramos en el gabinete de exámenes con el ilustre profesor, quien de manera gentil tiene a bien confiar para esta Revista, lo que a continuación se leerá.

El Dr. Manrique va hablando serena, calmadamente. A veces, cuando relata las peripecias en la aplicación de los nuevos tratamientos, los éxitos, las angustias sufridas antes de

que aparecieran los síntomas decisivos de curación, se emociona, calla un momento, como si volviera a vivir los instantes de ansiedad y de expectativa que debió experimentar cuando realizaba las experiencias con las pacientes del Asilo.

* * *

—Hasta la última década del siglo pasado, los asilos de locos eran considerados como lugares donde se recluía hasta el fin de su existencia a los desgraciados privados de la razón. “La locura no se cura y si cura, poco dura”, era el principio que guiaba a los directores de las casas de alienados. La entrada a un manicomio equivalía para el enfermo a defunción. Nunca jamás podría salir de él. La curación aparecía como imposible.

—Este concepto, ha cambiado totalmente. Los procedimientos curativos fundados en el claro conocimiento que hoy se tiene respecto de las causas de gran parte de las psicosis, hacen que de los hospitales de locos salgan gozando de plena salud mental cantidades de individuos considerados antes como irremisiblemente perdidos para la familia y para la sociedad. Para hablar de lo más importante, de la parálisis general, la más trágica entre todas las enfermedades de la mente, vemos ahora que es curable en muchos casos por medio de la impaludización. Las confusiones mentales, cuyo origen en el trópico es frecuentemente el parasitismo intestinal, desaparecen con la administración oportuna de vermífugos. Y hay que saber que de la población de nuestros frenocomios un 30 por ciento por lo menos es suministrado por los gusanos intestinales.

—Un nuevo tratamiento ha venido a aumentar la eficacia de los psiquiatras, tratamiento extraordinario en sus medios y eficaz en sus efectos que viene a libertar del manicomio a multitud de enfermos, enantes sentenciados a arrastrar una vida miserable, sin esperanza ninguna.

* * *

—Con los nombres de catatonía, hebefrenia, demencia paranoide e idiotez adquirida, habían sido descritas afecciones mentales de tipo crónico, caracterizadas por la aparición precoz de la demencia, es decir, por la muerte de toda intelectualidad pocos meses después del principio del mal. Kraepeling reunió estos esbozos de entidades bajo la denominación de “Demencia precoz”. Quiso Kraepeling, seguir la tradición que para designar nuevas entidades patológicas prescribe el empleo de un sustantivo seguido por un calificativo que sintetice los órganos afectados y la marcha de la enfermedad. “Parálisis general”, “ataxia locomotriz”, “cirrosis atrófica”,

etc., son expresiones aceptadas unánimemente y que encierran la idea del lugar afectado y del porvenir de la dolencia. Bleuler, considerando que no todos los casos de demencia precoz terminan en demencia, y que a menudo no es precozmente cuando se presenta la ausencia total de actos psíquicos que caracteriza la demencia, encontró inadecuada la denominación kraepeliniana, que sustituyó con muy buen acuerdo por la más apropiada de "Esquizofrenia", adoptada hoy universalmente. La etimología de la palabra (disgregación de la mente), expresa de modo claro los fenómenos de esta enfermedad.

—Las más de las veces, la Esquizofrenia ataca a personas jóvenes, casi siempre con taras hereditarias. Por su desesperante frecuencia este género de enfermos constituye la mayoría del personal de los asilos de enajenados. Prácticamente no existía tratamiento contra esta enfermedad.

* * *

—En 1935, M. Sakel, de la Clínica Psiquiátrica de Viena, publicó bajo los auspicios del profesor O. Potzl, un trabajo titulado "Neue Behandlungsmethode der Schizophrenie" (Nuevo método para el tratamiento de la Esquizofrenia), que desde su publicación, llamó la atención de los grandes centros psiquiátricos del mundo entero y que se ensayó tanto en las clínicas europeas como en las americanas. Es un tratamiento, difícil, peligroso, que requiere dirección muy acertada y cuidados asiduos y constantes.

—En mi viaje a los Estados Unidos a fines del año de 1938, vi que en el frenocomio de Minnesotta, se estaba ensayando el nuevo método. Allí me suministraron algunos datos sobre dosis, obtenidos tras larga experimentación por sus científicos, y se me dijo que apenas estaba al estudio, siendo imposible aún deducir nada acerca de su eficacia. En las instituciones dedicadas a enfermedades mentales del estado de Massachusetts, recogí opiniones análogas. Supe también que en Baltimore y en New York, ya se habían tratado varios pacientes con éxito satisfactorio.

Apenas llegué a Bogotá, a principios de 1937, emprendí trabajos sobre este asunto en el Asilo de Locas de esta ciudad, cuya dirección científica me fue confiada desde hace 18 años.

* * *

—El nuevo tratamiento, consiste en inyecciones de dosis crecientes de insulina, hasta la aparición no sólo de los primeros síntomas de hipoglicemia, sino hasta la producción del coma hipoglicémico, considerado por Sakel como esencial para el éxito del tratamiento.

* * *

—Fueron tímidos mis primeros ensayos. Escogí un grupo de enfermas entre las muchas que ordinariamente hay en el Asilo. Apliqué en un principio dosis que resultaron escasas, y observé en algunas que a pesar de que el tenor de azúcar en su sangre bajaba considerablemente, ni el coma se producía, ni ellas mejoraban. Poco a poco y por tanteos, llegué a a la producción del coma insulínico y un día en una enferma, cuya historia corre publicada en la excelente tesis de grado mi inteligentísimo colaborador Agustí Pastor, entonces mi jefe de clínica, obtuve los primeros resultados que me obligaron a continuar con entusiasmo la aplicación del tratamiento. Se trataba de I. Q.

"I. Q.—Fecha de entrada, 7 de julio de 1937. Edad, 17 años. Natural de Chiquinquirá. Profesión, oficios domésticos. Estatura, 1,58 mets. Peso, 44,5 kilogramos. Cráneo, mesaticéfalo. Raza, blanca.

Antecedentes hereditarios: La abuela paterna murió loca. El padre siempre ha bebido aguardiente y chicha. La madre es sana. Tiene cinco hermanas normales. Comenzó a hablar y a caminar al año y medio de edad. Fue retrasada escolar. De temperamento más bien triste en su infancia. Tuvo viruela a los seis años, la cual viruela no repercutió sobre su estado mental. Las primeras menstruaciones, le vinieron a los quince años y medio. Dos meses después fue desflorada, traumatismo al que siguió la aparición de los primeros trastornos mentales. Dice la madre que quedó por mucho tiempo "como atolondrada, sin darse cuenta de lo que decía". Este estado duró varios días y después volvió a la normalidad. En mayo de 1937 tuvo un hijo a término (que vive) y tres días después le comenzó la afección mental por un período de excitación; reía, se movía, cantaba y hablaba incesantemente. Con ocasión del parto hubo un ligero movimiento febril. De resto el alumbramiento fue normal. Al llegar al Asilo, dice que a ella "la despiden de todas partes, sin saber por qué"; hace gestos, muecas, ríe a grandes carcajadas sin motivo alguno. Catatonía. Períodos de mutismo, durante los cuales su mirada vaga en todas direcciones, sin que su atención se fije sobre nada. Reflejo del pudor perdido. Al preguntarle por la madre y el hijo, ríe sin expresión y dice "que no sabe". Al preguntarle si quiere volver a su casa o permanecer en el Asilo, dice: "da lo mismo". Obedece pasivamente lo que se le ordena. Declara que su nombre no es Inés, sino Inca. Está desorientada en el tiempo y en el espacio. Después de

repetirle varias veces una pregunta, en ocasiones da respuestas "de lado".

Padece de insomnio, reacciones tendinosas: reflejas exageradas. Reacciones serológicas: negativas para sífilis. Examen de materias fecales: negativo para parásitos. Examen de orina: no se encuentra ningún elemento anormal".

—Por su catotonia, sus manerismos, su indiferencia, su paranimia, su gran inafectividad, su extraño conductismo, su carencia de sintonización, se clasifica la enferma como esquizofrénica, máxime si se tiene en cuenta que según Kraepeling es durante el período del parto, cuando comienzan gran número de esquizofrenias.

—Se inicia el tratamiento el 21 de julio de 1937, aplicándole diez unidades de insulina, que apenas producen en ella somnolencia, aumento de pulsaciones, sudor profuso, salivación y grande excitación mental. En los días siguientes, se aumenta la dosis de insulina de cinco en cinco unidades hasta que al llegar a cuarenta, la enferma entra en pleno coma. En los tres días siguientes se producen tres comas idénticos sin alarma ninguna y al despertar del cuarto coma, sorpresa la más grande de toda mi vida profesional. La paciente que despierta un tanto obnubilada, poco a poco va adquiriendo gran apariencia de normalidad. De la expresión adusta que le era habitual, pasó a la de amabilidad, caracterizada por suave sonrisa acompañada de la formación de hoyuelos en la mejilla y de dulzura en la mirada, signos desconocidos en ella por el personal del Asilo. Interrogada, habló de su madre y de su hijo con cariño; informó de las circunstancias en que su locura había estallado y manifestó deseos de regresar a su casa para ayudar con su trabajo a las necesidades del hogar.

—En los días siguientes se le aplicaron dosis iguales de insulina y diez días más tarde, pasó al departamento de observación.

—Esta enferma, entró en normalidad absoluta, que ha persistido. Hace pocos días, tuve noticia de que en una población de Santander desempeña con toda corrección el oficio de cajera en un hotel de bastante movimiento.

* * *

—En la conferencia que sobre este tratamiento dicté en Medellín ante los médicos y estudiantes de medicina que concurrieron a la Semana Médica, que tuvo lugar del 5 al 11 de junio de este año, analicé con detalle todos los incidentes que se presentaron durante el tratamiento de 55 enfermas, escogi-



Profesor Julio Manrique

das entre las numerosas esquizofrénicas que hay en el Asilo de Locas.

—Inicialmente hubo errores en la escogencia. Efecto natural de la falta de experiencia. Por ejemplo, traté enfermas de más de 6 años de enfermedad, siendo así que según comprobé después —como lo han hecho también todos los que se han ocupado de este asunto— que con gran frecuencia es ineficaz el tratamiento en pacientes que haga más de dos años estén enfermas. Sin embargo, cuento con recuperación satisfactoria de la razón en dos enfermas de tres años y tengo ahora un caso que me ha preocupado mucho y que me ha hecho pensar que posiblemente estas antiguas enfermas puedan en el porvenir tener esperanza de salvación. Es el siguiente:

—Desde hace cuatro años existía en el Asilo una extraña enferma, que por el estado habitual de sus cabellos, era conocida con el nombre de “La Mechuda”. Es el tipo de la esquizofrénica hebefrénica. Inquieta, hablando únicamente pedazos de frases incoherentes, ausente en sus relaciones con el mundo exterior, insomne, sufriendo períodos de de agitación extrema, etc.

—Con dosis altas de insulina se obtuvieron comas completos. Al décimo quinto coma, signos de marcada mejoría. Preguntó dónde se hallaba, qué era lo que le habían hecho, cuál era la causa de su estancia allí, y suplicó a la hermana del servicio que la llevara a la capilla. Se condujo en ésta con toda la corrección de una buena cristiana.

—Esta mejoría duró cuatro días. El tratamiento continuó. Pero de repente la enferma volvió a su esquizofrenia total con los mismos caracteres originales, sin que veinte comas más, logran modificarla.

—Esto, especialmente, me hizo pensar que tal vez modificando el tratamiento, agregando otros medicamentos podría llegarse a resultados favorables en este género de enfermas, modificaciones y agregaciones de las que aún no puedo decir nada concreto, pues de su estudio apenas ahora empiezo a ocuparme.

* * *

—Los detalles del tratamiento son de capital importancia. Es necesario que un médico experimentado, un practicante y una enfermera —individual ésta, es decir, una para cada enferma—, permanezcan constantemente en la sala de tratamientos especiales, observando minuciosamente todos los signos que se vayan presentando y listos en cualquier momento

a interrumpir el coma, suministrando al enfermo bien por la vía nasal o bien por la intravenosa, soluciones de glucosa concentrada por la primera, o de glucosa o manosa al 33 por ciento por la segunda.

* * *

—De los 35 casos que he tratado, únicamente han muerto dos enfermas. Una por causa de un edema pulmonar fulminante, complicación que he visto citada en la mayor parte de las estadísticas de los autores y profesionales que se han ocupado del asunto, y que es, sin duda, de los mayores inconvenientes del tratamiento. Todas las terapias fueron empleadas en esta paciente, sin resultado ninguno, siendo tanto más de lamentar el caso, cuanto que había una manifiesta mejoría en sus signos mentales y que su estado general era satisfactorio. La otra paciente que perdí, era muy endeble, de sistema muscular exiguo, de tensión sanguínea bajísima y de nutrición lánguida. Al despertar de los comas, permanecía mucho tiempo inmóvil, casi sin voz, inapetente, fría y con frecuencia en ese período era atacada de violentas náuseas. Varias veces hubo necesidad de repetir la administración de la glucosa para despertarla. Y un día, a pesar del calor artificial y de haberle proporcionado toda clase de medicamentos para alzar su presión sanguínea, sobrevino súbitamente un coma que le ocasionó la muerte.

* * *

—Desde el año pasado también se han estado ensayando con satisfactorios resultados otros tratamientos, como el que tiene por fin la producción de convulsiones semejantes a las del mal epiléptico, por la introducción por vía intravenosa de aceite alcanforado, de Metrasán o Cardiazol. Hasta ahora las estadísticas, —como sucede con el de Sakel— arrojan asimismo para estos tratamientos un porcentaje halagador de éxitos. Ningún caso de muerte se ha presentado con los últimos.

* * *

No me extiendo en más detalles. Sería interminable. Voy a darle sin embargo el cuadro estadístico de los resultados obtenidos por la insulino-terapia.

INSULINOTERAPIA

ESTADISTICAS

DIVISION

ENFERMAS:

Grupo N° 1.—Entre 15 y 21 años	31
Grupo N° 2.—Entre 21 y 29 años	16
Grupo N° 3.—Más de 29 años	8
	<hr/>
	55 enfermas

Estos grupos se reparten, en cuanto a formas de esquizofrenia, en la siguiente forma:

Grupo número 1:

Esquizofrenia de forma hebefrénica	16
Esquizofrenia de forma catatónica	15
	<hr/>
	31 enfermas

Grupo número 2:

Esquizofrenia de forma hebefrénica	10
Esquizofrenia de forma catónica	4
Esquizofrenia de forma paranoide	2
	<hr/>
	16 enfermas

Grupo número 3:

Esquizofrenia de forma hebefrénica	3
Esquizofrenia de forma catatónica	1
Esquizofrenia de forma paranoide	4
	<hr/>
	8 enfermas

En cuanto a tipo kretschmeriano, los tres grupos se reparten de la siguiente manera:

Grupo número 1:

Leptosómicas	16
Pícnicas	14
Displásicas	0
	<hr/>
	31 enfermas

Grupo número 2:

Leptosómicas	5
Pícnicas	11
Displásicas	0
	<hr/>
	16 enfermas

Grupo número 3:

Leptosómicas	1
Pícnicas	6
Displásicas	1
	<hr/>
	8 enfermas

Relacionando los datos anteriores, se tiene:

En el grupo número 1:

Leptosómicas hebefrénicas	8
Leptosómicas catatónicas	8
Leptosómicas paranoides	0
Pícnicas hebefrénicas	7
Pícnicas catatónicas	7
Displásicas hebefrénicas	1
Displásicas catatónicas	0
Displásicas paranoides	0
	<hr/>
	31 enfermas

En el grupo número 2:

Leptosómicas hebefrénicas	2
Leptosómicas catatónicas	2
Leptosómicas paranoides	1
Pícnicas hebefrénicas	8
Pícnicas paranoides	1
Displásicas hebefrénicas	0
Displásicas catatónicas	0
	<hr/>
	16 enfermas

En el grupo número 3:

Leptosómicas hebefrénicas	0
Leptosómicas catatónicas	1

Leptosómicas paranoides	0
Pícnicas hebefrénicas	2
Pícnicas catatónicas	0
Pícnicas paranoides	4
Displásicas hebefrénicas	1
Displásicas catatónicas	0
Displásicas paranoides	0
	<hr/>
	8 enfermas

* * *

Por edad de psicosis, las enfermas se dividen así:

Grupo número 1:

Las enfermas pertenecientes a este grupo son psicósicas de menos de año y medio.

Grupo número 2:

Las enfermas pertenecientes a este grupo, son: unas psicósicas de menos de año y medio, así:

Leptosómicas hebefrénicas	2
Leptosómicas catatónicas	1
Leptosómicas paranoides	0
Pícnicas hebefrénicas	4
Pícnicas catatónicas	2
Pícnicas paranoides	1
Displásicas hebefrénicas	0
Displásicas catatónicas	0
Displásicas paranoides	0

y otras de más de año y medio, así:

Leptosómicas hebefrénicas	1
Pícnicas hebefrénicas	4
Leptosómicas catatónicas	1

Grupo número 3:

Las enfermas de este grupo son todas psicósicas de más de año y medio, y se reparten así:

Pícnicas hebefrénicas	1
Leptosómicas catatónicas	1
Pícnicas paranoides	4

CUADRO-RESUMEN

	Curación	Mejoria	Res. nulo	Totales
HEBEFRENIA	18	9	2	29
CATATONIA	12	7	1	20
F. PARANOI: E	0	1	5	6
	30	17	8	55 enfermas
Porcentajes	54 %	39 %	7 %	