

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
República de Guatemala, Centro América.

BREVES CONSIDERACIONES SOBRE LA
INTOXICACION ALCOHOLICA Y SU TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DE LA

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

POR

RAUL CHAVEZ

Ex-Interno de los servicios: Medicina de Niños, Emergencia, Cirugía de Niños,
Primero de Cirugía de Hombres, Tercero de Cirugía de Hombres, y Casa de Salud
para Hombres, del Hospital General.

EN EL ACTO

DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO



NOVIEMBRE DE 1946

TIPOGRAFIA SÁNCHEZ & DE GUISE
8ª Avenida Sur Nº 30.

INTRODUCCION

Toco en esta tesis un problema que presenta gran importancia para todas las profesiones que se relacionan con la vida del hombre, dentro del medio en que se desarrolla; un asunto que incumbe no sólo al psiquiatra, sino también al médico general, a la familia y a toda la sociedad. Es algo que cada día va tomando caracteres más y más alarmantes, que urge moderar, si no queremos que la sociedad moderna se desquicie desde sus cimientos y se desvíe de la misión que le está encomendada. Me refiero al grave y delicado problema del alcoholismo así como de los trastornos mentales y materiales que acarrea en el hombre con los tratamientos que precisa aplicar a sus diversas manifestaciones. No creo aportar un conocimiento muy grande con mi modesto trabajo, ni presentar nada extraordinariamente original en cuanto al desarrollo del tema arriba esbozado, sino solamente someter a la consideración del Honorable Jurado Examinador, y de vulgarizar entre mis colegas en el difícil arte hipocrático, uno de los más eficaces tratamientos de las formas somato-psíquicas del alcoholismo, formas peligrosamente frecuentes y trascendentales desde cualquier punto de vista en que el asunto sea considerado.

Séame además permitido presentar una opinión personal respecto a la patogenia de los complejos trastornos producidos en el organismo en su conjunto psíquico y somático por la toxicosis alcohólica, y un ensayo acerca de los estados alucinatorios producidos por ella en las diferentes formas de alcoholismo.

En el curso de mi trabajo aludo también a las diversas variedades clínicas de la intoxicación, con sus caracteres sintomatológicos y su diagnóstico. Y en cuanto a los tratamientos conocidos hago una exposición resumida de los aplicados hasta la fecha, catalogándolos según su eficacia frente a cada caso particular, e insistiendo desde luego en la gran importancia de los procedimientos, psicoterápicos que han resistido por su incontrovertible base científica la prueba crucial del tiempo. Antes de terminar esta introducción deseo hacer hincapié sobre que no trato de escribir una

monografía para uso de los técnicos de la patología mental, sino tan sólo presentar al médico general un breve resumen y una modesta orientación para uso práctico. Para ello he separado, con el objeto de dar mayor claridad a mi trabajo, lo que se refiere al tratamiento del alcoholismo en general, de la terapia de las alucinaciones alcohólicas dentro del cuadro general de la intoxicación alcohólica.

*Tomada del Psiquiatra
Dr. don Emilio Mira y López.*

PRIMERA PARTE

ALUCINACIONES

Definición.

Son las percepciones que no corresponden a la realidad; siendo los más frecuentes de los trastornos mentales producidos por la acción indirecta del alcohol sobre los centros nerviosos del sujeto que voluntaria e involuntariamente se encuentra sometido al vicio de la embriaguez. No presentan los rasgos propios a otras alucinaciones y no son tributarios de un pronóstico y de un tratamiento general.

CARACTERISTICAS

En el alcoholismo el psiquismo en todas sus manifestaciones incluso en los casos de una evolución prolongada sufre sus efectos tomando diferentes aspectos. El rendimiento mental sufre poco y no son raras las grandes obras que han sido llevadas a cabo por toxicómanos inveterados.

ETIOLOGIA

Factor hereditario.—Los delirios consecutivos a la ingestión de pequeñas cantidades de alcohol, en los hijos de padres alcohólicos, se presentan a menudo debido a la herencia alcohólica, la cual transmite el deseo inevitable de beber; a veces una mínima cantidad de licor produce ataques alucinatorios de gravedad insospechada.

Los delirios alcohólicos de la segunda generación se presentan como alucinaciones de tendencia fija e ideas sistematizadas; al contrario de los alcohólicos sanos que presentan alucinaciones muy vagas y de corta duración. Si la herencia alcohólica no es acentuada, se manifiesta en el individuo tarado: una mentalidad frágil como se ve en los estados confusionales y alucinatorios que se presentan en las enfermedades benignas.

El alcoholismo al igual que la sífilis, según han dicho varios autores, es una enfermedad familiar, porque el alcoholismo de los padres es responsable de la incapacidad neuro-psíquica de larga duración de los descendientes.

Además del tóxico, que es la causa desencadenante, se necesita una predisposición psicopática basada en una disminución de la tolerancia emocional, una depresión psíquica, un complejo de inferioridad que es una circunstancia ambiental favorable para adquirir el vicio. El deseo de emular a los amigos, el desconocimiento de los peligros del alcohol y la facilidad con que se adquieren las bebidas embriagantes, nos explican claramente la frecuencia de la etiología de la alucinación alcohólica.

Factores etiológicos coadyuvantes.

Los principales son:

- a) Enfermedades infantiles, encefalitis, poliomielitis, meningitis, etc.
- b) Fragilidad nerviosa constitucional.
- c) Debilidad mental: Oligofrenias.

Factor etiológico eficiente.

La existencia de una irrefrenable tendencia a la ingestión de las bebidas alcohólicas, nos confirma que ya existe en el sujeto un estado mental patológico. Las alucinaciones, ya sean originadas por el recargo agudo o crónico del alcohol en el organismo, nos hacen prever la existencia de una constitución psicopática o de una psicosis que va a desarrollarse.

Dicha tara psicopática, atendiendo a las estadísticas recopiladas por L. Binswanger, arroja un porcentaje en el ochenta y ocho por ciento de los casos.

Los tarados pueden ser: psicópatas ciloides, esquizoides, epilépticos e inestables, sexuales y sensitivos. Estas son las personas que constituyen la mayoría de los casos como por ejemplo: los artistas y los intelectuales.

Sin embargo nos hemos dado cuenta de que no basta la tara psicopática en la etilomanía, pues son muchos los psicópatas que se alejan de esta última.

Además enumeraré otros factores endógenos que muchas veces intervienen y son: la pubertad, el climaterio y la senilidad.

Los factores de origen exógeno, fuera del tóxico, son los factores somato-psíquicos: traumatismos cefálicos, enfermedades depauperantes, decepciones, disgustos intensos, situaciones que deprimen aún más el complejo de inferioridad y que se hace acompañar del ocio, y el mal ejemplo.

El alcohólico crónico trata de sentir bienestar, no como lo haría una persona normalmente equilibrada, ya sea por la lucha,

el esfuerzo mental y el sacrificio, sino, recurriendo a la transformación química que le proporciona la bebida y que le produce un placer artificial.

El alcohólico con alucinaciones se desplaza en el vicio y se entrega a él para poder luchar contra las molestias psíquicas que le provocan su intoxicación; es a lo que se llama "Círculo vicioso."

L. Binswanger dice: que el impulso a la bebida induce al hábito; el hábito lleva a la intoxicación; la intoxicación a su vez fija nuevamente el impulso a la bebida transformándolo en necesidad vital, inaplazable.

PATOGENIA DE LAS ALTERACIONES PSIQUICAS

Se atribuye en parte a la acción directa, aunque aún no probada, que el alcohol ejerce sobre los centros nerviosos y por otra parte a la repercusión que sobre este psiquismo tiene la acción de los otros órganos, tales como el hígado, el aparato cardio-vascular, los pulmones y las glándulas de secreción interna. Bonhoffer dice que esta patogenia se debe a una toxina intermediaria que engendrada en la mucosa intestinal, sería eliminada por la vía pulmonar; pero su eliminación comprometida por cualquier causa infecciosa, traumática, circulatoria o hepática, disminuye la capacidad de eliminación por la vía pulmonar explicando así la frecuencia de los fenómenos psíquicos en los alcohólicos afectados de pneumonía.

SINTOMATOLOGIA

Presenta diferentes aspectos que se relacionan entre sí, dependiendo directamente:

- a) De la personalidad del sujeto;
- b) Del estado de sus vías de eliminación;
- c) De las cantidades de las bebidas ingeridas.

Las alucinaciones se pueden presentar en las diferentes formas de intoxicación alcohólica.

- 1.—En el alcoholismo agudo.
- 2.—En el alcoholismo sub-agudo.
- 3.—En el alcoholismo crónico.

El primer caso se presenta siempre que hay una intolerancia cualitativa bajo la forma de un estado de excitación, como en el tipo hipomaniaco, que presenta a veces una aceleración del curso del pensamiento con ofuscación ligera de la conciencia.

En psicópatas epilépticos latentes se encuentra esta forma llamada embriaguez patológica descrita por los tratadistas alemanes y colocada por Binswanger entre los cuadros pertenecientes al período segundo, o sea el sub-agudo, viéndose su aparición en muchas ocasiones, al principio de la intoxicación.

EMBRIAGUEZ PATOLOGICA

Cuadro Clínico.—Violenta liberación de las tendencias agresivas y antisociales, ya sean de naturaleza sexual o criminal, habiendo casos en que se observa un delirio alucinante de tipo persecutorio, que induce al sujeto a la autolesión o a la agresión defensiva.

Se diferencia de las alucinaciones de los bebedores habituales, solamente por la rapidez de la evolución y por no tener como ella, una base de intoxicación crónica. La embriaguez patológica es invocada como atenuante en la responsabilidad de los delincuentes.

Con cuidado especial se debe hacer el diagnóstico de la embriaguez llamada erróneamente normal, con la simulación, lo que sólo se puede hacer recurriendo a una anamnesis cuidadosa, y al estudio minucioso de los actos de su posible o probable motivación que es en muchas ocasiones causa de inculpabilidad.

En la embriaguez patológica existe siempre una conciencia crepuscular la cual lleva al sujeto a observar una conducta ordenada e inteligente, la que produce a éste una amnesia ulterior, que no es absoluta, salvo raras ocasiones, dejándole un período de tránsito, de perplejidad angustiosa muy difícil de simular y de muy corta duración.

Para investigar el fondo psicopático del sujeto en caso de duda, es necesario dar una inyección endovenosa de 10 c. c. alcohol al 30% (sin hacérselo saber) para comprobar su sensibilidad ante el tóxico. La duración es breve, desde unas horas, hasta un par de días.

INTOXICACION SUB-AGUDA

El cuadro de la intoxicación sub-aguda presenta:

- 1°—Aumento de la irritabilidad y nerviosidad;
- 2°—Disminución de la regularidad y eficiencia del trabajo;
- 3°—Descuido personal;
- 4°—Egocentrismo, labilidad, sugestibilidad psíquica y apatía.
- 5°—Alucinaciones agudas de más larga duración que la misma embriaguez patológica.

Dentro de la intoxicación sub-aguda se comprende el *Delirium tremens*.

Delirium Tremens.—Es la manifestación psicopática más grave que puede observarse en los alcohólicos habituales, constituyendo un síndrome caracterizado por excitación psíquica con desorientaciones espaciales y temporales; violentas alucinaciones (visuales, auditivas y táctiles), confusión mental angustiosa y numerosos síntomas somáticos (temblor, sudores profusos, etc.) que evolucionan en poco tiempo hacia la curación o a la muerte.

Más frecuentes son los casos en el sexo masculino, entre los treinta y los setenta años de edad. La mortalidad es baja en las formas simples y llega al quince o veinte por ciento en las formas complicadas (pneumonía, diabetes, etc.)

DIAGNOSTICO

a) Se presentan frecuentes alucinaciones visuales, auditivas y otras, con un carácter elemental dinámico, terrorífico y fantástico.

b) Estado crepuscular de la conciencia, se conserva la orientación, en especial la autopsíquica y el reconocimiento de las personas amigas y familiares.

c) Constante agitación, con tendencias a efectuar actos en conexión con sus ocupaciones diarias, (delirio ocupacional).

d) Fácil sugestibilidad y obediencia pasajera del enfermo.

e) Trastornos graves de la memoria de fijación, mezclada con la confabulación substitutiva y manifestaciones que hacen entrever las tendencias que guardan en su inconsciente.

SINTOMAS SOMATICOS

Trastornos del ritmo y debilidad cardíaca, temblor, sudores profusos, palidez y aspecto de idiota. Accesos convulsivos, oliguria con albuminuria, hiperleucocitosis e hipertermia.

PRONOSTICO

Se hace tomando en cuenta:

1º—La edad del enfermo;

2º—La existencia de un mal estado general;

3º—La agravación por la concurrencia de otras enfermedades, especialmente las cardiopatías, las afecciones respiratorias y hepáticas que tienen una importancia capital en los alcohólicos;

- 4°—Fiebre alta y ausencia del motivo que la justifique;
- 5°—Nefritis, nefrosis y anuria;
- 6°—Crisis epilépticas;
- 7°—Respuesta negativa a la medicación que se instituya, siempre que sea pronta y enérgica.

ALCOHOLISMO CRONICO

Alucinaciones alcohólicas.

Bounke las considera como una forma especial y subsiguiente del cuadro anterior.

Bonhoffer la ha descrito juntamente con Wernicke como una forma delirante exógena a base de seudopercepciones auditivas, visuales o auditivo-sensoriales, a las que se agrega un delirio de interpretación morbosa, ya sea de tipo persecutorio u otro, manteniendo su integridad el conocimiento. A esto se debe que muchos de esos individuos dejan un lugar en la sociedad, ya que al principio del acceso atienden sus ocupaciones habituales; de pronto aparecen de una manera brusca las ideas delirantes no muy acentuadas y poco sistematizadas. La característica de estas es una fase de angustia con períodos cortos de euforia, lo cual nos puede hacer pensar en el síndrome hipomaniaco. Dichos trastornos pueden durar mucho tiempo, enmascarados bajo forma de ideas hipocóndricas o de autorreferencia.

DIAGNOSTICO

- 1°—Se hace basándose en los antecedentes del sujeto;
- 2°—Por los síntomas somáticos del alcoholismo habitual;
- 3°—Por el desequilibrio entre la abundancia de seudopercepciones y la violencia del delirio, al contrario de lo que ocurre en los cuadros paranoicos y parafrénicos. A veces nos vemos alarmados por la concomitancia del síndrome de Korsakof acompañado de trastornos de la memoria de fijación con delirio alucinatorio tipo, y además polineuritis.

Diferenciación.—Las seudopercepciones elementales (sensorial) y su gran movilidad, hace el cuadro semejante al delirium tremens.

PRONOSTICO

Aunque algunos lo califican de favorable, hay que tomar en cuenta la posible aparición de un suicidio u homicidio que son los tributarios de las formas angustiosas.

DELIRIO DE CELOS ALCOHOLICO O CELOTIPIA

Características.—Evolución larga, presentando recrudescencias temporales por lo que a veces se le incluye entre las intoxicaciones crónicas. El delirio aparece muy tempranamente en numerosos casos. Kraepelin, lo toma como una variedad de paranoia o debilidad alucinatoria crónica en los bebedores. Tiene factores sintomáticos desencadenantes que establecen el diagnóstico.

1°—En primer lugar se encuentran los alcohólicos más expuestos a la infidelidad conyugal que las personas normales.

2°—En cuanto a la actitud psíquica con respecto a su compañera diremos que el alcohólico es un sujeto mal preparado para esposo, por el complejo de inferioridad, que se desarrolla al estar sumido en el vicio. Admite un motivo por el cual su mujer lo engañe, tratando de obtener sus mayores satisfacciones mediante maniobras que desvían su personalidad hacia el sadismo. Encuentra en su esposa, lógicamente una resistencia a sus pretensiones, hilvanando por esto los motivos fundamentales de sus celos, los acumula con una lógica escasa y no pudiendo poner en uso su intelectualidad, formula argumentos en contra, favoreciendo su estado morboso con hechos ficticios hacia quienes lo rodean, pero verídicos para él. Se ve acometido de delirios absurdos compuestos de pseudo-percepciones visuales, auditivas y táctiles, que aumentan sus celos. El más insignificante ruido lo interpreta como la presencia del amante escondido. Un perfume lo hace pensar en el hombre que según él, pretende a su esposa, aunque dicho perfume sea el que su cónyuge venga usando. Confirma sus ideas amoldándolas a su manera y fortificando su creencia delirante. Cualquier traumatismo o equimosis en el cuerpo de su esposa prestan una base fundamental a sus celos, adornándolos de las interpretaciones más audaces e insultativas, llegando a un estado final en el que no es raro que cometa un asesinato en su propio hogar.

SINTOMATOLOGIA

a) Aparición nocturna de los accesos coincidiendo con la correspondiente ingestión de bebidas alcohólicas.

b) Perversión del carácter, volviéndose verbal y mentalmente agresivo.

c) Heteropsiquia hacia su esposa, señalándola a ella y no a su supuesto amante.

d) Manera de hacer extensivas las interpretaciones delirantes hasta alcanzar un carácter ilógico, que hace sospechar y confirmar rápidamente la gran ruina de la autocrítica y juicio de realidad.

PRONOSTICO

Es muy serio en cuanto a la simulación, que es otra de las características en esta clase de enfermos, en especial cuando se encuentra recluso, tratando de hacer creer al psiquiatra, en su curación, para que lo deje abandonar el asilo y estando fuera, poder consumar un acto de criminalidad.

TRASTORNOS PSIQUICOS DE LA FASE TERMINAL EN LA INTOXICACION CRONICA POR EL ALCOHOL

Las tres fases anteriores son propias de la fase terminal, teniendo su sello más seguro en la alteración de las funciones intelectuales más elevadas como son las afectivo-conativas y de la conducta. Se le da el nombre de **DEMENCIA ALCOHOLICA**, en la cual la dignidad y el tono moral están en ruina con la pérdida completa de la personalidad del alcohólico.

La inteligencia del principio, se va reduciendo poco a poco hasta apagarse; los accesos alucinatorios se repiten más y más próximos, con caracteres alarmantísimos, dejando en sus intermedios cortos, un delirio más reducido sin llegar a la normalidad. Se desencadena en el síndrome de Korsakof acompañándose de polineuritis un grado más, entrando el enfermo en la encefalopatía alcohólica con sus consecuencias de esclerosis y reblandecimiento cerebral. A veces se localiza en focos, que provocan ataques epilépticos, los que persisten y hacen sucumbir al sujeto alcohólico en el ictus, síncope, uremia y coma hepático, siendo además un terreno sumamente fácil para el desarrollo de las infecciones y afecciones pulmonares.

Lo extraño, que aún no se ha podido explicar a entera satisfacción es que hayan lugares en todo el mundo donde un número relativamente escaso de dementes alcohólicos, lleguen a edades verdaderamente avanzadas, sin que el tóxico ingerido durante años marque su huella, destruyéndoles su personalidad.

Algunos opinan que son sujetos que al mismo tiempo que beben comen toda clase de alimentos frescos y ricos en vitaminas, lo que los protegería, mientras se embriagan.

Diagnóstico.—Hay que hacerlo con la demencia arterioesclerótica o senil, tornándose muy difícil, cuando los dos estados son concomitantes, sumándose los procesos anatomopatológicos (vascular y parenquimatoso).

Una de las formas especiales es la seudoparálisis alcohólica, semejante clínica y neurológicamente a la parálisis general progresiva. Se caracteriza la primera por su regresión durante la

abstinencia. En toda parálisis que sobreviene en un alcohólico hay que esperar los resultados del examen del líquido céfalo-raquídeo antes de aventurar a emitir un diagnóstico que puede tener interpretaciones muy diversas entre los que rodean al enfermo.

ANATOMIA PATOLOGICA ACTUAL

Lesiones somáticas que repercuten sobre el estado mental del intoxicado:

a) Lesiones de los nervios periféricos; neuritis agudas, el nervio se encuentra engrosado, con infiltración en el perineuro y endoneuro.

Neuritis crónica.—Se observa proliferación conjuntival e intersticial, habiendo procesos degenerativos de la fibra nerviosa, sobre todo la desmielinización; la vaina es destruída, conservándose los cilindro-ejes, pero se puede observar destrucción de éstos. Lo más importante es que algunos autores aseguran que se pueden reparar estas lesiones. En las lesiones tóxicas de la polineuritis falta a menudo la degeneración.

b) Las lesiones de los centros nerviosos más constantes son:

1°—Hiperhemia exudativa y diapedesis de tipo inflamatorio;

2°—Las células nerviosas son atacadas por el metabolismo imperfecto de que son víctimas, perdiendo su agua de constitución, de manera que dichas células pierden su forma y estructura, sus ángulos desaparecen redondeándose, las granulaciones cromatófilas se disgregan o desaparecen y las neurofibrillas degeneran. Dichas lesiones predominan sobre la corteza cerebral, y en especial sobre los centros de proyección, no siendo difícil comprobar una degeneración de los haces piramidales y cordones posteriores. A esto último se debe que haya relación entre la seudoparálisis alcohólica y parálisis general.

c) Las lesiones viscerales concomitantes en primer lugar las gastritis alcohólicas, con sus vómitos y pituitas matinales, precedidas a veces de una hematemesis, suponiéndose en este caso la aparición no lejana de cirrosis hepática, que constituye una de las etapas finales del alcohólico crónico, y que se caracteriza por ascitis, edemas, epistaxis, etc. Por último el alcohólico es presa muy fácil del desarrollo de enfermedades y complicaciones que lo han de llevar a la tumba, en especial la pneumonía, la gripe, etc. El corazón del alcohólico es atacado de miocarditis, lo cual ha podido comprobarse en muchas ocasiones, debido al agotamiento del complejo vitamínico B.

La forma anatomopatológica de la lesión es igual al corazón del atacado por el beri-beri, siendo esta causa el final de muchos alcohólicos crónicos. Keppel desde 1893 concibió la idea, por primera vez, de que el delirium tremens era el resultado de una auto-intoxicación de origen hepático. Las lesiones del riñón según Herz, son aquellas de una nefritis parenquimatosa aguda.

Al principio de la intoxicación alcohólica se produce edema cerebral con espesamiento de las meninges, desarrollándose en los etilómanos paquimeningitis hemorrágica, concomitante con una elevación de la tensión del líquido céfalo-raquídeo e hipertensión arterial.

Todas las anteriores lesiones, en especial las del sistema nervioso central, condenan al sujeto a un desequilibrio mental permanente.

SEGUNDA PARTE

TRATAMIENTOS INICIADOS EN EL SIGLO XIX

EVOLUCION DE LOS TRATAMIENTOS

En 1893 se principiaron a poner en práctica los tratamientos a base de sueros anti-alcohólicos a la dosis de dos a cinco centímetros cúbicos, dos veces por semana, inyectados intramuscularmente.

Existía la creencia de que dichos sueros desarrollaban en el alcohólico al que se le inyectaban, un anticuerpo o antitoxina que lo hacía reaccionar en el aborrecimiento del alcohol. A dicho anticuerpo se le llamó ANTIETILINA. Inyectada acarreaba una violenta reacción, manifestándose por elevación de temperatura, escalofríos, fiebre y curvatura. Esta reacción era bastante alarmante y se le atribuía, según los bebedores, a una reacción anti-alcohólica de su organismo, al que no se le suprimía de golpe el licor, sino que se le daba juntamente con la inyección. La reacción general no se debía a la acción del alcohol ingerido, sino a la inyección de suero de caballo que podía hasta provocar la muerte.

El suero se preparaba haciendo ingerir alcohol a los caballos en dosis bastante elevadas, aprovechando su estado de borrachera para extraerles la sangre y separar el suero.

De algunos accidentes podemos dar fe, pues aún existen en el comercio las inyecciones de antietilina que en varios casos produjeron resultados satisfactorios y en otros, accidentes séricos muy graves.

Algo que actualmente se viene usando y que desde un principio lo tomaron como norma los más eminentes terapeutas, es la costumbre de no suprimir el licor al alcohólico crónico, sino administrarlo a pequeñas dosis, pues todavía prevalece la creencia de que al toxicómano que se le suprime el alcohol se le agrava su estado. Desde entonces se le recomendaba al enfermo que permaneciera en una habitación alumbrada, pues sabido es que el delirio alucinatorio se aumenta por la obscuridad.

En el fondo es un tratamiento psicoterápico.

TRATAMIENTOS INICIADOS EN EL AÑO DE 1902

A Berillón, en Francia, débesele el mérito de iniciar los tratamientos psicoterápicos, tratando los trastornos mentales de los alcohólicos crónicos por medio de la sugestión HIPNOTICA.

Partía de la base de que los futuros alcohólicos se caracterizaban por un estado de "abulia", la cual era fundamental en su personalidad, y que desde muy pequeños se podía comprobar en estos sujetos, la tendencia a la apatía, irresolución, pereza, timidez, falta de atención y sobre todo hiper-sugestibilidad pasajera, y algunas veces permanente, en los futuros adoradores de tal vicio.

Tomaba la abulia como la base fundamental que predisponía al sujeto al estallido de trastornos mentales, bajo la acción de las intoxicaciones, ya fueran endógenas u exógenas, y como causas desencadenantes y coadyuvantes: enfermedades infecciosas, choques morales, e influencias físicas, emociones depresivas: amores difíciles de satisfacer, desgracias conyugales, la falta de un ser querido, desacuerdos domésticos y las pérdidas económicas.

La acción de cualquiera de estos estados obraba sobre la personalidad, ya predispuesta, (psicopática) desarrollando un trastorno psicológico profundo, que se exteriorizaba por la intensificación del estado de abulia, que el sujeto trataba de aliviar, recurriendo a la ingestión de más alcohol u otro tóxico como excitante para su depresión. Sabido es que el alcohol momentáneamente devuelve la energía perdida, pero pasada la excitación entra el sujeto nuevamente en un estado depresivo más profundo y tratando de vencerlo, bebe nuevamente ingiriendo así sucesivamente el licor que calma su malestar, pero que lleva su personalidad a la ruina.

Berillón tomaba como norma corregir el estado de abulia del bebedor, haciéndolo sentirse con un optimismo singular y para eso, al principio, le proporcionaba alcohol a sus pacientes en dosis pequeñas para ganar su confianza y así someterlos a su tratamiento, que consistía en la sugestión mediante el sueño hipnótico, juntamente con las escasas reglas higiénicas y terapéuticas de aquel tiempo, aplicadas a todos los enfermos mentales. Berillón recurría a la psicoterapia, que aún hoy es uno de los medios más frecuentemente aplicados por nuestros psiquiatras.

Berillón usaba la psicoterapia en los estados de sueño hipnótico y de vigilia, reforzándolo con ciertos y determinados actos mecánicos con el objeto de fijar más la sugestión sobre una base

somato-psíquica. Decía que la propaganda anti-alcohólica impresionaba poco a los consumidores, como todavía lo podemos asegurar. La sugestión oral en vigilia era muy difícil que ejerciera su acción sobre los ebrios; pues sabemos que estos sujetos carecen de voluntad según se decía entonces; voluntad muy fugaz debido al fondo de sugestibilidad que les es imposible retener. Aún más efectiva les parecía a Berillón y a otros iniciadores del tratamiento psicoterápico anti-alcohólico, la sugestión llevada a cabo durante el sueño hipnótico. Dicha sugestión era muy compleja y se le asociaba a procedimientos motores o mecánicos, lo cual llegó a constituir la mecanoterapia sugestiva o METODO DE BERILLON.

Dicho método se limitaba a sugerirle al enfermo durante el sueño hipnótico que no bebiera más, este método obró por medio del autor, con resultados verdaderamente asombrosos en la mayoría de los casos.

Por medio de tal sistema trataba de desarrollar y criar permanentemente en el sujeto, centros inhibidores, mediante convenciones psico-mecánicas.

Trataré de poner un ejemplo para que nos sirva de guía, y que a mi manera de pensar, proporcionará grandes éxitos en los tratamientos que emprendamos.

Técnica.—Después de hipnotizar al sujeto, Berillón le colocaba en las dos manos alternativamente, un vaso conteniendo diferentes clases de licores, le inducía a llevárselo a la boca, pero cuando el enfermo lo aproximaba a sus labios, se le detenía en su intento, sujetándole fuertemente el brazo que sostenía la copa, dándole inmediatamente la orden siguiente: cada vez que tengáis un vaso de licor, sentiréis una resistencia invencible en vuestro brazo y se os quedará paralizado (igual que en este momento) y estaréis obligado a dejarlo sin haber tomado una sola gota.

Este ejercicio se le repetía varias veces determinándose en el enfermo una verdadera parálisis psico-motriz, debiéndolo repetir durante el estado de vigilia cada vez que de intención, quisiera llevarse a la boca un vaso con licor.

Había innumerables artificios con sus correspondientes variantes hasta llegar al que se usa actualmente con el nombre de reflejo condicionado de Palow. El procedimiento de Berillón tenía el grave inconveniente de que sólo se podía llevar a cabo en pocos

individuos alcohólicos crónicos, que aceptaran el hipnotismo, o fueran, mejor dicho, hipnotizables. Por tal razón se hacía la recomendación de educar en este sentido la sugestibilidad del enfermo. Además, un factor preponderante era entonces la influencia que en gran parte ejerciera la personalidad moral e innata del hipnotizador sobre el hipnotizado.

Berillón decía haber obtenido del cuarenta al setenta por ciento de éxitos. Actualmente es aconsejable su práctica siempre que el psiquiatra tenga una personalidad moral fuerte para tratar de dominar hipnóticamente al enfermo.

La práctica de los baños fríos es algo que en la actualidad se usa, calentando al enfermo inmediatamente después del baño.

La mayoría de los alcohólicos mueren con frecuencia de enfriamiento, cuando se quedan tirados en las calles, durmiendo su borrachera. Esto no es muy frecuente en nuestros climas. Se observa más a menudo en los climas fríos. El uso de los baños se puede practicar siempre que no haya fiebre y que el enfermo los acepte. Entre mis observaciones he comprobado varios casos en que muchos enfermos le tienen aversión al agua.

Con el correr de los años se han venido ensayando medicamentos diversos, entre ellos el amoníaco, en dosis de veinte gotas disueltas en medio vaso de agua azucarada, especialmente en la intoxicación aguda.

La razón para el uso de esta medicina, la tenemos en sus acciones fisiológicas, pues siendo el amoníaco una substancia vasodilatadora, excitante de las funciones cerebrales, también diaforética, ayuda a la eliminación del tóxico por una parte y por otra mantiene el estado de excitación que le proporciona al toxicómano el alcohol, haciéndolo salir de ese estado de abulia por un período corto para acentuarla más al final de su acción.

Igualmente se han usado la cafeína, el aceite alcanforado y ahora la analepsina, la coramina, el cardiazol, etc., como excitantes circulatorios y analépticos, a los que hay que dar preferencia por ayudar a la eliminación del alcohol por las vías respiratorias y renales.

También se emplean los derivados del opio, en especial la morfina que están contraindicados en los alcohólicos con cirrosis hepática, lesiones pulmonares y en el caso de una mala eliminación renal.

El cloral y el bromuro de potasio como inhibidores de la excitación cerebral tienen a la fecha muchos adeptos.

El tártaro estibiado o tártaro emético se usa entre las gentes de nuestros medios pobres, y en especial por los curanderos, quienes hacen una verdadera explotación de los alcohólicos crónicos, influyendo más sobre los familiares que sobre el enfermo, que es sometido a un grave peligro de envenenamiento por sumarse a la intoxicación alcohólica, la del tártaro emético, vomitivo de acción central sumamente activo y que administrado a dosis no controladas, provoca un estado emetizante muy crítico que el enfermo atribuye al alcohol, pues se le mezcla en este último para su administración. Quienes lo usan no tienen noción de las dosis terapéuticas y exponen al enfermo a un peligro que puede llegar a provocarle la muerte.

Los beneficiados que son pocos, se someten sin darse cuenta a un tratamiento que a su vez ignoran los curanderos, con fondo psicoterápico, pues se provoca un reflejo condicionado, que podría darnos en manos experimentadas una indiscutible ayuda, según los casos.

La ipecacuana es un medicamento muy usado como desencadenante del reflejo condicionado: se usa bajo forma de polvos administrados en obleas de un gramo, tomadas con el licor. Ha dado resultados poco satisfactorios, pues presenta el grave inconveniente de mostrar al enfermo su modo de administración, terminando el enfermo por rechazar la terapéutica.

TERCERA PARTE

TRATAMIENTOS ACTUALMENTE EMPLEADOS EN LAS DIFERENTES FORMAS DE LA INTOXICACION ALCOHOLICA

Siendo el alcoholismo un problema que corresponde al psiquiatra, pero que invade a cada momento el campo de la medicina general, se ven obligados muy a menudo tanto los médicos generales como los especialistas a tratar el alcoholismo crónico, por la repercusión que tiene el tóxico sobre toda la economía, encontrándose entre todas las clientelas, casos de alcohólicos que necesitan un previo tratamiento para poner en práctica lo que corresponde a la especialización.

Pauta del tratamiento:

a) Antes que todo hay que establecer el caso y encuadrarlo, ya sea entre los episodios de intoxicación aguda, o los cuadros que hemos mencionado anteriormente de la intoxicación crónica.

b) Se necesita saber si la ingestión de bebidas alcohólicas se hace regular o irregularmente.

c) Averiguar el móvil que lo inclina a beber, si es exógeno o endógeno, y en último caso, cuál es ese móvil.

d) Hay que valorar la situación de las causas ambientales, que son los satélites del trastorno psíquico de la persona enferma, investigando la influencia familiar que lo obligan a recurrir a personas que le hacen un tratamiento empírico, pagando los tributos de una explotación inútil.

e) Sondear la personalidad del enfermo para cimentar con los medios más adecuados la reeducación.

Binswanger, dice con mucha razón, que tal vez no existe otro campo en el cual intervengan tantos miembros de la sociedad y que requiera la más completa preparación intelectual como es el campo del tratamiento de las psicosis alcohólicas.

Los casos de dipsomanía requieren una explicación extremadamente delicada y minuciosa para poder apreciar si se trata de una alteración hipofisiaria o diencefálica, considerándola al final como una disritmia de equivalentes epilépticos, en este último

caso el luminal administrado de una manera ininterrumpida y asociado al tártaro bórico-potásico, da los más brillantes resultados.

Por otra parte se ha usado en los enfermos de temperamento hipofisario, la irradiación en varias sesiones sobre la silla turca, con excelentes resultados.

Los éxitos serán mayores:

1°—Mientras más pronto es la intervención del médico, mejores son los resultados.

2°—Mejor y más eficiente ayuda de parte de los familiares, quienes en nuestro medio es muy difícil de que acepten las instrucciones del médico, para que no le proporcionen el licor al toxicómano, quien se vale de los medios más ingeniosos para hacer creer que se muere de un ataque al corazón y poder de esta manera y muchas otras artimañas, procurarse el tóxico que le reclama su organismo.

3°—Cuanto más digno y más preparado sea el enfermo más probabilidades hay de éxito, pues necesita afrontar sus conflictos psíquicos, lo que será factible si tiene una personalidad fuerte e inteligente; menor tara constitucional y más fácil sea el paciente para someterse al internamiento.

CUARTA PARTE

TRATAMIENTO GENERAL

Esto muy difícil y en la hora actual no conocemos un tratamiento totalmente eficaz para los que sufren la desgracia de entregarse a tan generalizado vicio. Siempre se ha recurrido a la propaganda antialcohólica. Generalizando, diremos que se recurre a medidas pedagógicas, psicológicas, sociales y legislativas en la lucha antialcohólica. Hay que principiar por formar una higiene mental lo suficientemente sólida en los hombres del mañana.

1º—*Curación de los síntomas.*—Abstinencia absoluta de alcohol en cualquiera de sus formas, aunque algunos lo aconsejan en pequeñas dosis como estimulante.

2º—*Terapéutica Substitutiva.*—Muy usada por medio del sulfato de anfetamina o benzedrina, y que trata de compensar la acción excitante del alcohol. El alcohólico a lo que más teme es la sensación de fatiga que experimenta al día siguiente o a las pocas horas de ingerir el tóxico.

La benzedrina le produce un estado de euforia y optimismo particular, haciendo desaparecer la fatiga tanto intelectual como fisiológica, ofreciéndole un estado de locuacidad particular; este medicamento tiene especial aplicación en los deprimidos constitucionales.

El tratamiento:

A continuación se lleva a cabo una entrevista entre médico y paciente, para establecer una relación amistosa entre ambos, ganándose con esto la confianza del enfermo para que acepte el tratamiento, explicándole todas las ventajas para beneficio propio y de los que lo rodean.

Las dosis empleadas de sulfato de benzedrina el mismo día de la entrevista, son de diez miligramos al levantarse y diez miligramos a medio día. La razón por la cual se da la segunda dosis al medio día se debe a que si se toma la benzedrina en las últimas horas de la tarde, provoca insomnio muy alarmante en el sujeto, necesitado del reposo nocturno.

Hay que observar los efectos y tolerancia individual, así como el efecto fisiológico que se desea alcanzar, pues en el caso de aparecer el decaimiento, a pesar de la cantidad indicada se aumenta la dosis y se espera la aparición de la hiperirritabilidad y el insomnio. Al aparecer éste se suprime la droga por un día y a partir del siguiente, se prosigue con su administración, notando que en muchas ocasiones se han tolerado hasta cincuenta miligramos al día, sin aparecer trastornos alarmantes.

El tratamiento se sigue regularmente durante quince días o más.

VENTAJAS

a) Combate eficazmente la depresión del día siguiente a la borrachera.

b) Medicación substitutiva durante todo el tiempo que dure la adaptación a la vida normal, porque el alcohólico busca la excitación y sigue bebiendo para poder vencer la depresión.

c) No tener que internarse siendo este un factor de gran importancia en la mentalidad del enfermo.

d) Relaciones más amistosas con el médico tratante, debido al optimismo que ha creado en el enfermo, por consiguiente se esfuerza más y se vuelve adaptable a los medios terapéuticos.

e) Es un tratamiento muy aceptable en los casos que sea tolerado y que ha dado éxitos verdaderos.

INCONVENIENTES

Advertencia:

Evitar ante todo las intoxicaciones que son frecuentes en los alcohólicos que poseen una glándula hepática muy sensible, ya que ésta ha perdido su poder antitóxico, y deja pasar las sustancias tóxicas al torrente circulatorio, agravando más el estado del sujeto. Es un tratamiento individual no curativo, pero sí de mucha ayuda.

En primer lugar y a la cabeza de todos nos encontramos con la dificultad del terreno, en la mayoría de las veces se trata de cirróticos en los que produce molestias de intolerancia como: cefalea, insomnio, adormecimiento de las extremidades, hiperirritabilidad, náusea y vómitos acompañados de elevación de la tensión arterial.

En segundo lugar la depresión que sigue al suspender el medicamento, que pone al sujeto en el peligro de volver a beber.

EMPLEO DE OTRAS SUBSTANCIAS

Se trata de corregir las tendencias hacia el alcoholismo por medio del reflejo condicionado, empleando para esto las inyecciones de apomorfina por sus propiedades emetizantes, que son las que más se aprovechan en el alcohólico para desencadenarle en su organismo un choque coloidoclásico. Además de la apomorfina, se usa el sulfato neutro de atropina, la eserina y la pilocarpina asociadas y en soluciones muy diluídas, por vía endovenosa dos veces por semana, y acompañadas de inyecciones intramusculares de medicamentos cardiotónicos, para evitar el colapso cardíaco, que se puede presentar en la práctica de estos tratamientos.

Técnica del tratamiento que practiqué en el Primer Servicio de Medicina de Hombres del Hospital General.

1º—Se hace entrar al enfermo en un gabinete donde sólo se encuentre él y el médico tratante.

Antes de iniciar el tratamiento se le dan cuatro vasos de agua tibia. El tratamiento se hace en ayunas.

2º—Se invita al enfermo dándole un algodón empapado en el licor que más apetece, para que trate de olerlo todo el tiempo que dure el experimento; al mismo tiempo se le dice que fije su vista sobre la etiqueta y el contenido de la botella, tratando de pensar continuamente en el daño que le causa la bebida.

3º—Al cabo de un cuarto de hora de esta práctica, se le sirve un trago pequeño y se le dice que lo tome, tratando de inculcarle el grave mal que le va a provocar el beber licor y se le inyecta medio c. c. de la solución de sulfato de (atropina eserina y pilocarpina) por vía endovenosa.

4º—Después de un tiempo variable que dura de cinco a diez minutos, experimenta el enfermo un malestar grande, acompañado de sudores fríos, palidez, náusea y desencadenándosele una serie de vómitos acuosos abundantes.

5º—Casi siempre se hace necesario una inyección de Cardiazol o cualquier otro tonicardíaco para prevenir el colapso.

6º—Al final se le advierte nuevamente del daño que le produce el vicio.

Resultados.—Dicha práctica es muy difícil en nuestro medio por lo largo del tratamiento, necesitándose dos sesiones por semana en los casos débiles, durante cuatro meses y de uno a tres años para los toxicómanos inveterados. No hay que dar de alta al alcohólico crónico ni al intoxicado primitivo, manteniéndolos en contacto del médico por medio de la reclusión en un asilo o sanatorio para alcohólicos.

Utilizando el reflejo condicionado en la época actual se han hecho ensayos y tratamientos con muy buenos resultados, sin el peligro de los accidentes séricos, de los antiguos tratamientos.

Actualmente la práctica es la siguiente:

Se le extrae al sujeto enfermo una cantidad de sangre de acuerdo con el número de inyecciones que se quiera preparar. Condición indispensable es que dicho sujeto se encuentre bajo una fuerte intoxicación alcohólica.

Se separa el suero de la sangre obtenida repartiéndolo en ampollas de dos centímetros cúbicos, las que se le inyectan cada dos días por vía intramuscular. Se alterna con ellas la inyección de medio centigramo de apomorfina, disuelta en dos centímetros de agua bidestilada en una ampolla del mismo tamaño y color que las del suero del enfermo. Las inyecciones de apomorfina ejercen su acción desencadenando vómitos muy intensos abundantes y frecuentes de origen central.

La misma escena se hace igual que en el desarrollo del choque coloidoclásico, se le muestra al enfermo toda clase de licor, dándole a oler y haciéndolo beber; se le explica que va a sentir repugnancia por el alcohol debido a una acción no conocida por él.

La apomorfina se aplica durante dos veces por semana y se va subiendo la dosis, siendo los resultados dudosos, temiendo siempre provocar un colapso cardíaco por la deshidratación y los vómitos tan intensos. Estos extenuan al paciente muy pronto y lo hacen aceptar el tratamiento, únicamente internándolo.

El tratamiento anterior tiene la ventaja de hacer uso del propio suero del sujeto enfermo, poniéndolo al abrigo de los accidentes séricos que ocurrían con el antiguo método.

DESVENTAJAS

Se basan en que:

1º—Hay que internar al enfermo.

2º—La aversión tanto del enfermo como de sus familiares por los honorarios del médico; (sin embargo prefieren pagar más al curandero, quien les explota vilmente, sin recibir el paciente ningún beneficio).

3º—La apomorfina siendo un derivado del opio, es un tóxico que puede tener consecuencias graves sobre la salud, si el terreno sobre el cual vamos a actuar se encuentra tarado por un trastorno hepático, pulmonar o cardíaco.

QUINTA PARTE

TRATAMIENTO (ACTUAL) DEL DELIRIUM TREMENS

a) Indicaciones generales propias a todo intoxicado: dieta líquida abundante, higiene corporal, evitar las complicaciones pulmonares, mantener un estado de completo reposo muscular y evitar las excitaciones corporales y psíquicas.

Calmar la excitación recurriendo lo menos posible a los barbitúricos.

b) Hidratar al enfermo en lo posible.

c) Desintoxicarlo, en especial de los centros nerviosos, por medio de punciones lumbares repetidas, alternándolas con enemas de sueros hipertónicos, los que ayudan a disminuir la tensión elevada del líquido céfalo-raquídeo.

d) Luchar contra la acidosis por medio de bebidas alcalinas e inyecciones de insulina.

e) Favorecer la diuresis y la transpiración, por medio de baños calientes, ayudando a eliminar el tóxico lo más pronto posible.

f) Grandes dosis de Vitamina B1 por vía intramuscular, pues la vía endovenosa hace eliminar más pronto las sustancias terapéuticas.

g) Una vez la mejoría obtenida, administrar dieta blanda rica en calorías y vitaminas.

h) Nada de opio ni digital.

i) Cuidados de enfermería.

Tratamiento basado en la patogenia.

Según la mayoría de los autores el delirium tremens es un trastorno metabólico y psicológico agudo.

SEXTA PARTE

Habiendo enumerado los tratamientos empleados contra el alcoholismo crónico y en las alucinaciones alcohólicas, voy a manifestar a continuación el objeto del presente trabajo y su posible utilidad. Hasta ahora no se ha encontrado ningún medicamento que haga aborrecer al alcohol. Mas como lo enuncié anteriormente, me permito llamar la atención a los profesionales que, se ven obligados a tratar a innumerables pacientes alcohólicos para que usen medicamentos modernos, de verdadera utilidad en el tratamiento del alcoholismo crónico, evitando la posible destrucción moral y material de personas que víctimas del vicio cometen a menudo actos delictuosos, convirtiéndose en verdaderos peligros para la sociedad. Nuestro deber para con la misma es enseñarla a tener descendencias mejor preparadas para el futuro con el fin de elevar el nivel cultural de la nación.

Medicamentos que he empleado en mis observaciones.—El complejo de Vitamina B, el cloruro de tiamina, la Vitamina C; el clorhidrato del ester-dietilaminotílico del ácido difenilacético y ácido feniletilbarbitúrico.

Compuesto químico comercial y específico. Cada tableta contiene veinte miligramos de cada uno de los dos cuerpos enumerados anteriormente.

El Gluconato de Calcio al 10%, solución alcohólica glicerinada acuosa de sales dietilaminadas de los ácidos dietil y alilisopropilbarbitúricos en ampollas de dos centímetros cúbicos con veinte miligramos.

Acciones fisiológicas de los anteriores medicamentos.

El clorhidrato del ester-dietilaminoetílico del ácido difenilacético y ácido feniletilbarbitúrico, suprime los estados espasmódicos de la musculatura lisa que se observan en los trastornos neurovegetativos; actúa sobre las terminaciones nerviosas en la célu-

la muscular misma, poseyendo la acción de la atropina y papaverina reunidas en una misma substancia, teniendo sobre éstas la ventaja de ser tolerada por casi todos los organismos enfermos, en especial por los alcohólicos a quienes les proporciona alivio inmediato de su estado angustioso tan alarmante.

El ácido feniletilbarbitúrico contenido en muy pequeña cantidad, es bien tolerado por el alcohólico a quien se debe dar dicha substancia en dosis fraccionadas. Su acción sedante e hipnótica se ejerce sobre la zona central de todo el sistema nervioso-vegetativo donde se encuentra el eje del desequilibrio vago-simpático o sea el hipotálamo que está sumamente intoxicado en el alcoholismo y en muchas afecciones más.

Los dos anteriores medicamentos refuerzan su acción somnífica, para obtener el mismo resultado que produce la administración de cuarenta a cincuenta miligramos de ácido feniletilbarbitúrico.

No induce el hábito y su acción se efectúa sobre el hipotálamo y sobre la corteza cerebral, siendo una acción sedante; su acción periférica se lleva a cabo sobre la musculatura lisa de los vasos por medio de medicamentos espasmolíticos y rebajadores del tono, para los que se usaba anteriormente la atropina que produce efectos secundarios, que entorpecen el tratamiento del enfermo.

COMPLEJO B

A él atribuyo la más importante de las acciones en el tratamiento del alcoholismo, en sus diferentes formas.

COMPONENTES

La Vitamina B1, el factor más antiguamente conocido, se le dió al principio el nombre de aneurina, se generalizó por no conocerse los demás componentes. La aneurina debe su empleo a la afinidad que tiene por la fibra nerviosa, siendo en la actualidad muy usada, especialmente en las afecciones del sistema nervioso central, teniendo su principal aplicación en las neuritis y polineuritis alcohólicas, comprobándose que en dichas afecciones se pierde una gran parte de la Vitamina B1. Ha modificado de una manera bastante satisfactoria los cuadros neuropáticos calificados de incurables, restaurando los elementos nerviosos que han sido atacados por un agente tóxico como en el presente caso y por los agentes infecciosos. La Vitamina B1 tiene acción sobre el sistema nervioso-vegetativo inhibiendo la colessterinasa y activando la acetilcolina en la transmisión de los impulsos nerviosos. Se

ha demostrado que en el alcoholismo se mejoran los síntomas de desequilibrio neuro-vegetativo, a los que atribuyo como responsables de los accidentes patológicos en dicha intoxicación.

El requerimiento diario de un sujeto normal de Vitamina B1 es de tres miligramos, aumentándose en las enfermedades febriles y las intoxicaciones, especialmente en la alcohólica en que se agota toda su reserva, no pudiendo medirse con exactitud. Además, interviene en el metabolismo de los hidratos de carbono.

Acido Nicotínico.—Interviene en el metabolismo de las células cutáneas y gastro intestinales. En las psicosis de Korssakof se mejoran las alteraciones cerebrales con su administración.

La Riboflavina.—Tiene una acción catalizadora universal en todas las células de revestimiento, en especial en las de la retina y órganos de los sentidos.

La Vitamina B6, Acido Pantoténico y Acido Paraminoben-zóico.—Cuyo poder fisiológico no se ha dilucidado completamente.

La Colina.—Se cree que interviene en el metabolismo de la grasa. La falta de colina predispone a degeneración grasosa del hígado. Ultimamente se ha ensayado su aplicación en la cirrosis hepática de Lenec, con buenos resultados. La Vitamina B1, el ácido nicotínico y la riboflavina son utilizados por el organismo en el metabolismo del músculo cardíaco, cerebro y nervios.

El Inositol.—Es un lipotrófico que se asocia con la colina.

La Biotina.—No se ha esclarecido su acción fisiológica.

El Acido Fólico.—Tiene una acción no confirmada en la hematopoyesis.

Las acciones fisiológicas comprobadas del complejo B se han llevado a cabo siguiendo constantes estudios anatomopatológicos. La disminución del trabajo muscular y mental es un síntoma que denota la deficiencia del complejo B.

FISIOLOGIA PATOLOGICA

Askey dice que en las diferentes formas de alcoholismo hay una deficiencia de vitaminas y la mayoría de los trastornos aparecen por la falta de ingestión de los componentes del complejo B, aunque se añade la falta de otras como la Vitamina C. Las dietas no son ricas en lo que se refiere a los componentes de complejo, existiendo por lo tanto deficiencias múltiples. Por analogía con la psicosis de Korssakof hay una alteración de la célula hepática y cerebral, como acontece en la pelagra, o sea una psicosis que se cura con la administración de ácido nicotínico, por lo que se aconseja dar en estos estados, todos los componentes del complejo B, lo mismo que hacemos en el tratamiento que nos ocupa.

En la intoxicación alcohólica, el desgaste mental y físico se produce desde el principio de la ingestión de bebidas alcohólicas; una muestra de esto lo tenemos en los diferentes sujetos, que presentan euforia y lucidez acompañándose de motricidad exagerada; pero cuando aparece la segunda fase, cuando todo el complejo B está agotado, el sistema nervioso vegetativo aparece en completo desequilibrio, traduciéndose por ese estado particular que los bebedores llaman en nuestro medio ("GOMA") asténico o abúlico. Para librarse de ello los alcohólicos siguen bebiendo y rechazan tomar alimentos, lo que los libraría del agotamiento de su complejo B constitucional.

PATOGENIA SEGUN MI OPINION

La ingestión immoderada de alcohol destruye las glándulas gastrointestinales alterando sus secreciones, agota las floras fisiológicas normales del intestino, acabando con las reservas vitamínicas y en especial las del complejo B. Pone en libertad sustancias que se suponen elaboradas por un metabolismo alterado, investidas de un poder altamente tóxico, que ejercen sus efectos sobre el sistema retículoendotelial, disminuyendo su poder anti-tóxico; dando paso libre a dichas sustancias, que sólo una minuciosa encuesta químico-biológica pudiera poner de manifiesto.

Tales sustancias tóxicas agregándose a los alimentos digeridos imperfectamente llevan su acción sobre los centros nerviosos, corteza cerebral, hipotálamo, sistema nervioso vegetativo y glándulas de secreción interna. El sistema nervioso vegetativo es el que más sufre bajo la acción de tales productos desequilibrándose, lo que se manifiesta por los síntomas somáticos de los intoxicados por el alcohol, que presentan el cuadro de un caos neurovegetativo (sudores, palidez, temblor, angustia, deshidratación) síntomas psíquicos, trastornos mentales, delirios alucinatorios y ocupacionales. Como consecuencia final se desencadena un desequilibrio del tejido sanguíneo, consistente en un estado de acidosis intensa, debida a la deshidratación, a los vómitos y al agotamiento de los iones de calcio, que ejercen un papel muy importante en la patogenia de los trastornos de los alcohólicos.

El aparato glandular sufre las consecuencias, en especial las suprarrenales, al agotar su reserva en Vitamina C y secretar menor cantidad de adrenalina en los sujetos alcohólicos que han bebido una noche antes y al día siguiente adolecen de un estado particular, que se manifiesta como una insuficiencia suprarrenal, (astenia).

Además, siendo el alcohol un oxidante enérgico, quema las grasas con mucha rapidez. Esas grasas imperfectamente metabolizadas son llevadas para su eliminación y completan su meta-

bolismo a los pulmones a los que los autores alemanes atribuyen un papel preponderante en el metabolismo de dichas grasas; como consecuencia de esto se explica la aceleración del ritmo respiratorio en el estado de ebriedad y la gravedad de los accidentes en los sujetos afectados de una lesión pulmonar que compromete la eliminación de las grasas mal metabolizadas y del tóxico.

Teoría de Richau.—La excitación que produce el alcohol se debe a que en el transcurso de la intoxicación, especialmente durante el segundo período, la célula cerebral ha perdido su forma, reduciéndose su volumen, entonces el bebedor para volver a su tamaño normal la célula cerebral, tiene necesidad de ingerir más licor. Explica la acción del alcohol sobre dicha célula, porque éste ocupa un volumen igual al del agua con menor cantidad, produciendo un ilusionismo, si nos es permitido llamarlo así, y que se traduce en un bienestar que el sujeto no trata de cambiar por un medio más apropiado, o sea tomando líquidos en abundancia.

TRATAMIENTO ENSAYADO POR EL AUTOR DEL PRESENTE TRABAJO

No me aparto de los tratamientos más aceptables enumerados en el curso del presente estudio, sólo me ayudo con las normas higiénicas y dietéticas aplicables a todo intoxicado, concretándome a lo siguiente:

1º—Tratar de que el tóxico se elimine lo más rápidamente posible, prescribiendo una dieta hídrica abundante, especialmente jugos de frutas naturales bajo forma de naranjadas o limonadas en una cantidad de dos litros al día. La razón expuesta para lo anterior se debe a que los jugos de frutas cítricas contienen en cantidad apreciable de vitaminas, en especial la Vitamina C, llenando así dos indicaciones: la de restaurar la Vitamina C perdida y la de favorecer la eliminación del tóxico mediante una diuresis abundante.

2º—Se administra bicarbonato de sodio a pequeñas dosis cuando es posible mezclado a la limonada, para hacer aceptar al enfermo el citrato de sodio, que una vez formado ayuda a restablecer el equilibrio acidobásico, combatiendo la acidosis. Condición indispensable es que los líquidos sean azucarados.

3º—Supresión de toda bebida alcohólica y reposo absoluto.

4º—Dosis fraccionadas de clorhidrato del ester-dietilamino-éfilico (recurriendo en aquellos casos que reclaman la acción de un barbitúrico más enérgico al) (sommifene).

El objeto de esta medida terapéutica es que dicho medicamento llena la indicación de actuar sobre el sistema neurovegetativo equilibrándolo por la acción conjugada de sus componentes, suministrándolo a la dosis de dos tabletas cada tres horas, durante el primer día y una tableta cada tres horas los días siguientes. Hay que recetarle con medio vaso de agua azucarada tibia para lograr una acción más rápida.

5°—Como tratamiento de fondo emplear el cloruro de Tiamina a la dosis de cincuenta miligramos mezclados a un centímetro cúbico de Complejo B, (para mis observaciones he usado el Beto-lake fuerte). Por vía intramuscular.

Dos inyecciones al día el primero del tratamiento y una inyección diaria los cuatro siguientes.

6°—Si el sujeto enfermo presenta tendencias agresivas he recurrido además al gluconato de calcio por vía endovenosa, a la dosis de diez centímetros cúbicos de la solución al diez por ciento.

7°—Al día siguiente se prescribe dieta abundante en hidratos de carbono sin grasas ni proteínas.

8°—Al tercer día de tratamiento el enfermo sigue su alimentación habitual. Los resultados son espléndidos, pues en el mayor número de casos observados he podido comprobar que diez minutos después de la primera inyección, el enfermo principia a ordenar sus ideas recobrando primeramente el conocimiento de las personas amigas, a quienes no está muy acostumbrado a ver con frecuencia.

Las alucinaciones desaparecen casi por completo a las dos horas de iniciado el tratamiento, teniendo el enfermo más conciencia de su responsabilidad social y de la autocrítica; parece como si saliera de un laberinto de ideas confusas tomando el camino recto de la lógica, desapareciendo el delirio ocupacional.

Todo lo anterior es concomitante con el alivio de los síntomas somáticos pues, desaparecen los sudores profusos, el temblor, la angustia, la palidez, la sensación tan temida por estos intoxicados y conocida con el apelativo de "Flato"; vuelve la confianza de los movimientos que ejecuta y la palabra es más clara y armoniza con las ideas que quiere expresar.

Veinticuatro horas después el enfermo torna a sus ocupaciones habituales.

Por la acción del gluconato de calcio, asociado al tratamiento vitamínico desaparecen las tendencias agresivas, lo mismo que las de ejecutar actos inmorales delante personas familiares o extrañas.

Todo esto se obtiene si los familiares del enfermo no tratan de entorpecer el tratamiento facilitándole el licor que el enfermo reclama, valiéndose de numerosos artificios.

Rápidamente gana el médico la confianza del enfermo para hacerlo aceptar la terapéutica, preparándose así el terreno para terminar con el vicio del alcohol. No está por demás decir que dicha tarea es muy difícil de llevar a cabo.

No quiero terminar sin hacer resaltar la eficacia del ácido nicotínico para provocar el reflejo condicionado en el tratamiento del alcoholismo crónico, ya que se agrega la acción propia del medicamento principalmente sobre la hipertensión del líquido céfalo raquídeo, por su efecto vasodilatador. La inyección provoca una reacción inmediata caracterizándose por angustia, calambre gástrico y una oleada de enrojecimiento y calor, lo que se aprovecha para crearle centros inhibidores con lo que se obtendrá un nuevo reflejo condicionado, sin detrimento de su salud.

Otro de los tratamientos más prometedores y que se encuentran actualmente en ensayo es la insulina que, empleada a ciertas dosis, desencadena un choque insulínico, creándole al sujeto centros inhibidores capaces de provocarle reflejos condicionados.

Hace algunos años estuvo muy de moda el tratamiento a base de inyecciones endovenosas del alcohol al 30%, el cual se ha calificado de peligroso, por las lesiones que producía sobre el aparato renal y la célula cerebral, que además de asimilar los productos de un metabolismo imperfecto reciben la acción directa del tóxico agravando el estado alucinatorio en los alcohólicos crónicos. Muchos condenan la práctica del lavado de estómago, especialmente en la intoxicación aguda, por exponer al peligro de un colapso cardíaco si no se toman las debidas precauciones de tener a la mano un cardiotónico que pueda conjurar el accidente citado.

Al terminar este trabajo no puedo menos de manifestar la esperanza, de que en un futuro cercano, se lleve a cabo en nuestra patria una campaña antialcohólica constante y eficaz, con el fin de extirpar, hasta donde sea posible, este nefasto vicio, tan extendido principalmente entre las clases trabajadoras, sobre la base de la integridad orgánica y de la buena salud.

Esta campaña, no consistirá únicamente en el mejoramiento de las bebidas alcohólicas que en nuestro medio son de pésima calidad y en una propaganda más o menos intensa en contra del alcoholismo. Se deberá tratar de formar principalmente en los niños personalidades fuertes, por medio de una higiene mental bien inculcada, para que no se dejen arrastrar por la pendiente del vicio.

Serán factores importantísimos en esta campaña, además de las sabias disposiciones gubernativas, la obra de los padres de familia, los educadores, los sacerdotes, el periodismo, la cátedra pública, ya que de ellos depende el porvenir de una nueva Guatemala, sana, vigorosa y feliz.

A continuación transcribo diez observaciones auténticas tomadas en el Asilo de Alienados de esta ciudad bajo el control del Jefe del Servicio de Asistencia General.

El número de casos tratados por el procedimiento del autor de este trabajo es de 62, con solamente dos fracasos, debidos a que los enfermos presentaban uno, una lesión orgánica del oído y el otro, una bronquitis crónica. Explicando claramente su eficiente terapéutica sintomatológica.

**OBSERVACIONES TOMADAS
EN EL ASILO DE ALIENADOS DE GUATEMALA**

Bajo el control del Jefe del Servicio de la Asistencia General.

Observación número 1

A. B., edad, 30 años. Originario de la capital. Residente en la capital. Estado civil: soltero. Profesión: empleado. Ingresó el día 9 de Octubre de 1946.

Antecedentes hereditarios.—Tío que es alcohólico crónico.

Hermanos.—Etílicos moderados en número de tres.

Antecedentes patológicos.—Paludismo, Traumatismo sobre la frente y la nariz, hace cinco años. Chancro luético, tratado por médico en su principio, curándose.

Historia de la presente enfermedad.—Desde la edad de 15 años principió a beber licor, bebiendo por períodos de 10, 15 y 20 días seguidos, teniendo períodos de no beber que le duran tres a ocho meses. Hace veinte días a la fecha que principió nuevamente a beber, abundante licor hasta ocho octavos al día. Y hace cinco días principió a oír voces que lo llamaban por su nombre, y lo insultaban. Al mismo tiempo comenzó a mirar reptiles, caras humanas y de animales que se le aproximaban ofreciéndole licor, pero que al ir él a tomarlo se lo retiraban engañándolo nuevamente. Se pasa las noches en vela; pues no puede conciliar el sueño porque al apagar la luz siente como si lo quisieran estrangular unos fantasmas, llevándolo a un estado sumamente angustioso, que termina al aparecer curas que lo condenan; no puede tenerse en pie y se siente inducido a ejecutar movimientos sumamente rápidos, en especial caminar por toda su habitación. Siente un estado de opresión precordial que le impide respirar ampliamente. Le tiene temor al encontrarse solo y también le molestan las visitas.

Examen Somático.—Descuido personal en su higiene e indumentaria; Cráneo y cuero cabelludo: normal. Cara: cicatriz sobre la piel de la frente en el lado derecho, de dos centímetros de largo y longitudinal al eje del cuerpo. Cicatriz sobre el dorso de la nariz. Ojos: normales. Oídos: normales. Boca: faltan todas las piezas de arriba y las de abajo se encuentran en buen estado.

Lengua saburral y seca. Amígdalas crípticas no hipertrofiadas. Cuello y nuca: normales. Tórax y aparato respiratorio: normal. Aparato cardiovascular: pulso 80 regular bien golpeado. Tensión sanguínea, 130 sobre 80. Corazón: área y tonos normales. Hígado: pequeño y un poco doloroso. Bazo: hipertrofiado. Abdomen globuloso, no doloroso. Riñones y vías urinarias: aparentemente normales. Piel cubierta de sudores, de coloración morena pálida. Sistema nervioso: excitable, temblor que no cesa por el reposo. Reflejos tendinosos cutáneos y óseos exagerados.

Diagnóstico.—Alcoholismo sub-agudo.

Tratamiento.—Primer día, dieta hídrica, dos litros de naranjada cada doce horas, inyección de 1 c. c. de Complejo B, mezclado a 1 c. c. de cloruro de Tiamina de 100 miligramos por c. c. intramuscular dos veces al día.

Dos tabletas de neurotrasentina cada tres horas acompañadas de un vaso de agua azucarada tibia.

A medio día, una inyección de 500 miligramos de Vitamina C.

Antes de acostarse, una ampolla endovenosa de gluconato de calcio 10 c. c. al 10%.

Segundo día.—Dieta blanda, una tableta de neurotrasentina cada tres horas y tres inyecciones en la misma forma que el día anterior.

Tercer día.—Dieta corriente, tres tabletas de neurotrasentina y tres inyecciones iguales a la anterior.

Cuarto día.—Sus tres inyecciones pudiendo tomar el enfermo sus ocupaciones habituales.

Nota.—El segundo día de tratamiento lo primero que le llama la atención al enfermo es su cuidado personal. Los síntomas somáticos desaparecieron lo mismo que las alucinaciones visuales, táctiles y auditivas. Se expresa mejor, tiene mejor conciencia de sus actos y al preguntarle cómo se siente, dice que tan bien como si no hubiera bebido y solicita retirarse del Asilo. Se le concede su alta. Sale curado.

Es auténtica,

DR. JULIO SALVADÓ.

JEFE DE ASISTENCIA GENERAL.

Observación número 2

B. C., edad: 34 años. Originario de Antigua Guatemala. Residente: en esta capital. Oficio: pintor. Estado civil: soltero. Ingresó el día siete de Octubre de 1946.

Motivo de ingreso.—Alcoholismo sub-agudo.

Antecedentes patológicos.—Sarampión, tos ferina, gripe, paludismo, blenorragia y catarros frecuentes.

Antecedentes hereditarios.—Tío alcohólico crónico y dos hermanos que acostumbran beber licor con frecuencia.

Historia de la enfermedad.—Principió a beber licor desde la edad de veinte años después de haber sufrido una decepción amorosa, se embriagaba en ocasión de cualquier fiesta y duraba bebiendo hasta 8 días seguidos, tiene períodos de 4 meses sin tomarse un trago. Hace tres días a la fecha que volvió a beber nuevamente en cantidad de casi un litro al día, sintiendo insomnio acompañado de angustia y opresión en la región precordial, lo que termina en llanto. No tiene en el presente alucinaciones, pero dice haberlas tenido en otras ocasiones, en especial auditivas y visuales.

Examen del enfermo.—Indumentaria sucia, rota y descuidada. Facies: angustiosa y congestionada. Sujeto con la piel cubierta de sudores. No puede tenerse en pie sino con dificultad. Habla incoherentemente, vacila en recordar hechos pasados. Lloro y pide que se le haga desaparecer la angustia que siente.

Examen Somático. — Anotando sólo los órganos que tienen anormalidad. Ojos: conjuntivas rojas. Boca: lengua seca y saburral. Tórax y aparato respiratorio: respiración acelerada y amplia. Ventilación deficiente en el vértice del pulmón izquierdo. Hígado: pequeño. Bazo: hipertrofiado. Sistema nervioso: muy excitable temblor, reflejos cutáneos y tendinosos exagerados.

El resto de los órganos se encuentra normal.

El mismo día de su ingreso se inició el tratamiento indicado en la observación anterior, no pudiéndose comprobar los resultados porque el enfermo se procuró licor. Al tercer día se encontró en mejores condiciones, pues desaparecieron los síntomas somáticos; la angustia, el temor y la opresión se le quitaron. Al cuarto día, sigue su dieta corriente, tiene apetito, duerme bien y se encuentra en condiciones de seguir sus ocupaciones habituales, solicitando retirarse del Asilo.

Es auténtica,

DR. JULIO SALVADÓ,

JEFE DE ASISTENCIA GENERAL.

Observación número 3

C. D. Originario de San Marcos. Edad: 31 años. Residente en Villa Canales, Morán. Estado civil: soltero. Oficio: caminero. Ingresa al Asilo de Alienados, el día 6 de Octubre de 1946.

Motivo de ingreso.—Alcoholismo crónico.

Antecedentes Patológicos. — Paperas, paludismo, disentería, blenorragia, y un traumatismo hace tres años sobre la nariz.

Antecedentes hereditarios. — Tío que padece de intoxicación crónica por el alcohol.

Historia de la enfermedad.—Hace seis años, después de una decepción amorosa y disgustos de familia, principió a beber, cada ocho días se emborrachaba y en el resto de la semana se tomaba sus aperitivos. Poco a poco fué acostumbrándose a tomar, sintiendo la necesidad de ponerse en estado de ebriedad, pues apuraba seis a ocho octavos al día. Ultimamente después de no probar licor durante dos meses le entró el deseo de volver a emborracharse y hace 6 días a la fecha que se encuentra bebiendo en cantidad de litro y medio al día, lo cual dice que motivó su ingreso al Asilo por solicitud de la Guardia Civil. Se veía impelido a cometer actos inmorales en la vía pública; dice tener insomnio, acompañado de alucinaciones visuales, zoopsias, fantasmas y reptiles que lo amenazan. Siente como si algo le fuera a suceder.

Examen del enfermo. — Indumentaria: sucia y descuidada. Facies: pálida y sudorosa. Palabra pastosa. Puede tenerse en pie. No tiene trastornos de la memoria, y su actitud es correcta.

Examen Somático.—Sólo los órganos en que se encuentra alguna anormalidad. Nariz: desviación marcada del tabique, nariz torcida hacia la derecha. Boca: lengua seca y saburral. Hígado: pequeño. Bazo: percutible pero no palpable. Sujeto bien nutrido.

Tratamiento.—Iniciado el día siete de Octubre en la forma que lo indiqué en la primera observación. Al segundo día todos los síntomas que motivaban su ingreso al Asilo, desaparecieron por completo. Al tercer día sigue con su dieta corriente, muestra tener mucho apetito, duerme bien y pide su retiro del Asilo, concediéndoselo el día nueve de Octubre de 1946.

Es auténtica,

DR. JULIO SALVADÓ,

JEFE DE ASISTENCIA GENERAL.

Observación número 4

D. E. Edad: 29 años. Originario de Teepán G. Residente en La Palmita. Oficio: Panadero. Estado civil: casado. Ingreso al Asilo, el día ocho de Octubre de 1946.

Motivo de ingreso.—Alcoholismo sub-agudo.

Antecedentes patológicos.—Sarampión, paperas, operado de apendicitis y de un quiste del Tiroides, hace seis años.

Antecedentes hereditarios.—Colaterales: hermano alcohólico crónico.

Historia de la enfermedad.—Hace trece años a la fecha que principió a tomar licor, después de una decepción amorosa, al principio se emborrachaba con frecuencia, dilatando 8 y 15 días bebiendo. Ha tenido períodos durante los que no prueba el licor, los que son bastante cortos, pues dilata solamente un mes sin beber. Hace ocho días a la fecha principió a beber, pero notó, que en su estado de intoxicación, tenía hiperacusia, opresión, angustia, "flato", le tiene miedo a las aglomeraciones de gente, cree que todo el mundo está pendiente de su estado, oye que le llaman a cada momento sus familiares, tiene aversión por los amigos, le gusta estar solo, pero cuando lo logra aumentan sus alucinaciones auditivas. Tiene molestias cuando habla, pues dice que le repercute el sonido sobre el cerebro, se muestra deprimido y desorientado, parece como si alguien lo fuera a atacar y siente molestias en la deglución, temblor con sensación de vacío en la cabeza. Todas estas molestias se le alivian bebiendo licor nuevamente, pero después se siente más deprimido y le aumentan.

Examen del enfermo.—Indumentaria correcta, higiene corporal, buena. Expresión: semejante a la del hipertiroideo, pues tiene propulsión de los globos oculares, temblor y expresión angustiosa. Actitud durante el examen, correcta. Puede tenerse en pie. Le molesta el hablar aduciendo que le repercute sobre la parte posterior del cráneo. Se queja de dolor en los flancos.

Examen Somático. — Anotando únicamente los órganos que tiene anormalidad. Ojos: exoftalmos. Cuello: lado derecho con una cicatriz de operación anteriormente practicada. Boca: amígdalas hipertrofiadas y rojas. Tórax y aparato respiratorio: matidez en la parte media del pulmón izquierdo. Respiración rápida y ruda en el mismo sitio. Dolor en las fosas ílicas a la presión. Sistema nervioso muy excitable con exageración de los reflejos. Los demás órganos están normales.

Se le inició el tratamiento indicado en mi trabajo, en la misma forma que los anteriores, notando la mejoría hasta el tercer día de tratamiento, pues han mejorado todas sus molestias a excepción de la hiperacusia, la cefalea y los dolores de las fosas ilíacas. Al cuarto día solamente persisten los dolores, su apetito perdido lo recobró, lo mismo que el sueño, se siente con más confianza, orientándose mejor y hablando con más firmeza.

Rehusa a salir del Asilo, pues quiere que se le traten sus dolores hasta que le desaparezcan por lo que se le da como mejorado.

Es auténtica,

DR. JULIO SALVADÓ,
JEFE DE ASISTENCIA GENERAL.

Observación número 5

E. F. Edad: 40 años. Originario: San Jerónimo, Baja Verapaz. Residente en esta Capital. Estado civil: soltero. Ingresó al Asilo, el día siete de Octubre de 1946.

Motivo de ingreso.—Alcoholismo crónico.

Antecedentes patológicos.—Paperas, hernia operada y recidivada, catarros frecuentes y en ocasión de uno de ellos le supuró el oído derecho.

Antecedentes hereditarios.—Abuelo muerto de alcoholismo crónico. Tío etilómano moderado. Colaterales: tiene un niño que padece de ataques epilépticos.

Historia de la enfermedad.—Hace cinco años principió a beber con motivo de la muerte de su mujer, al principio se emborrachaba cada dos a tres meses durante los cuales estaba bebiendo de tres a catorce días en cantidad de tres a cinco octavos al día. En una de sus borracheras sufrió un traumatismo sobre la cara y el hombro izquierdo. Hace un mes que salió de este Asilo donde se le trató varias veces su intoxicación; al día siguiente principió a beber pero notó que había bebido poco para lo que principió a sentir: oye una voz débil que lo llama y lo insulta, cambiando el tono, pero que no le es familiar, siente angustia, se ha tornado irritable, pues la voz que oye, aumenta durante la noche no dejándolo dormir y al despertar mira como si estuviera lloviendo; para evitar esas molestias trata de beber más, pero le han aumentado en lugar de quitársele los síntomas.

Examen del enfermo.—Indumentaria correcta. Higiene corporal: buena. Facies angustiosa. Se puede tener en pie. Actitud durante el examen: correcta. No tiene trastornos de la memoria. No tiene trastornos de la orientación.

Examen Somático.—Facies angustiosa y arrugada. Anotando solamente los órganos que tienen anormalidad. Oídos: el derecho presenta una perforación, no dolorosa y ha perdido un poco la audición de ese lado. Hígado: hipertrofiado y doloroso. El resto de los órganos son normales.

Sometido al tratamiento indicado en mi trabajo, al siguiente día desapareció la irritabilidad, ya duerme con menos molestias y los trastornos de la vista han desaparecido. Come bien y con apetito, tiene deseos de trabajar, pero dice que todavía no se alivia de las alucinaciones auditivas.

Al tercer día se siente mejor, pero persisten los trastornos del oído; dice no dejar de oír la voz débil que ha acusado desde el principio.

Al cuarto día, se le manda donde el especialista para que le examine el oído, siguiéndole su tratamiento. Pues únicamente dicho síntoma no se ha quitado.

Al quinto día el enfermo se siente mejor y solicita se le deje salir a tratarse sus molestias del oído derecho, pues tiene una esclerosis del tímpano derecho. Sale curado de su intoxicación.

Es auténtica,

DR. JULIO SALVADÓ,

JEFE DE ASISTENCIA GENERAL.

Observación número 6

F. G., edad: 39 años. Originario: de Antigua Guatemala. Residente: en esta Capital. Estado civil: soltero. Oficio: zapatero. Fecha de ingreso: nueve de Octubre de 1946.

Motivo de ingreso.—Intoxicación crónica por el alcohol.

Antecedentes Patológicos.—Sarampión, fiebre perniciosa, disentería, viruela y blenorragia. Heridas de las que presenta las cicatrices, en la base del hemitórax izquierdo, columna vertebral y brazo derecho. Lúes.

Antecedentes hereditarios.—Padre muerto a consecuencia de intoxicación alcohólica, tío muerto de alcoholismo crónico.

Historia de la enfermedad.—Desde hace doce años que principió a tomar licor, con motivo de la muerte de su padre. Al principio se embriagaba cada ocho o diez días, poco a poco fué aumentando la cantidad de licor y acortando la frecuencia y últimamente desde hace un mes que principió a tomar en cantidad de seis a diez octavos diariamente. A los tres días de estar en estado de ebriedad comenzó con alucinaciones visuales: viendo caras feas, maquinarias extrañas, reptiles, fosfenos y diablos. Oye que le gritan insultándolo en alta voz, oye campanas y pitos. Siente que se le acercan enemigos, tiene dolores y calambres en las piernas. Angustia precordial con sensación de que va a salirse el corazón. Ha sido presa de un temblor constante de sudores y motricidad exagerada (delirio ocupacional) hablando solo. Dichas molestias se le alivian mediante la ingestión de licor, pero le vuelven más fuertes al cabo de corto tiempo.

Examen del enfermo.—Descuido personal en su higiene e indumentaria. Actitud desconfiada y temerosa. No se puede tener en pie. Tiene trastornos de la memoria de fijación y evocación. Palabra pastosa e incoherente. Trastornos de la afectividad: llorón, está cubierto de sudores y tiembla constantemente. Piel de coloración pálida.

Examen Somático.—Anotando sólo los órganos que tienen anormalidad. Ojos: conjuntivas rojas y llorosos. Oídos: abundante cerumen. Nariz: normal. Boca: en muy mal estado la lengua, pues presenta fisuras y seca, muy enrojecida, dientes cariados, faltando casi la mayor parte de los molares. Aparato cardiovascular: área cardíaca aumentada; tonos: soplo en la punta que cambia con las diferentes posiciones. T. S.: 150 sobre 80. Pulso: 88. Aparato respiratorio: base del pulmón izquierdo muy poco ventilada. Abdomen: doloroso en el hipocondrio derecho y en el epigastrio. Hígado: pequeño. Riñones: aparentemente normales. Sistema nervioso: muy excitable, y exageración de todos los reflejos. El resto de los órganos se encuentran aparentemente normales.

Tratamiento.—Primer día, dos litros de naranjada azucarada y con pequeñas cantidades de bicarbonato de soda. Dos c. c. de Complejo B y dos c. c. de Cloruro de tiamina. Seis tabletas de Neurotrasentina. Una inyección endovenosa de Vitamina C de 500 miligramos y una ampolla endovenosa de 10 c. c. de Gluconato de Calcio al diez por ciento. Dieta líquida y reposo. Segundo día: el enfermo ha mejorado, pues el temblor desapareció por completo, casi todos los síntomas mentales desaparecieron, tiene ya apetito y pide se le dé de comer. Se sigue en la misma forma el tratamiento del día anterior. Tercer día: dieta corriente, pero se le puso una inyección de sulfato de estriquina de dos miligramos, con lo que le volvió el temblor. Los demás síntomas han desaparecido. Ya come bien y duerme regularmente. Cuarto día: el enfermo interrumpe su reposo, se le da el alta, pero quiere permanecer en el Asilo hasta que se sienta perfectamente para que se le haga un tratamiento a su etilomanía, por medio del reflejo condicionado.

Según la opinión del Jefe de la Asistencia, está curado.

Es auténtica,

DR. JULIO SALVADÓ,

JEFE DE ASISTENCIA GENERAL.

Observación número 7

G. H. Edad: 40 años. Originario: de la capital. Residente en la misma. Estado civil: casado. Oficio: zapatero. Ingresó el día diez de Octubre de 1946. Alcoholismo Crónico.

Antecedentes Patológicos.—Disentería, apendicitis crónica, lujación del codo izquierdo reducida, y blenorragia.

Antecedentes hereditarios.—Padre etilómano inveterado. Tiene dos hermanos que son alcohólicos crónicos.

Historia de la enfermedad.—Principió a tomar hace 20 años, regularmente cada ocho días, a consecuencia de haber perdido a la madre. Después se embriagaba cada 15 a 20 días, tomándose casi un litro y cuarto de aguardiente cada veinticuatro horas. Ha dejado de beber licor hasta seis meses. Hace diez días que principió a tomar nuevamente, sintiendo revelaciones en las que se le aparecía la madre muerta, quien le hablaba, y al mismo tiempo sentía olor a azufre en el lugar que se encontrara, ve espíritus que se le aparecen por las noches poniéndose a platicar con ellos, tiene temor a dormirse, pues sueña multitud de cosas extrañas, siendo presa de una angustia inexplicable y siente que le encierran el pecho dentro de una coraza, tiene temblor generalizado y suda abundantemente.

Examen del enfermo.—Indumentaria sucia desarreglada y rota. Actitud intranquila. Tiene trastornos de la memoria de fijación y evocación. Cara enrojecida y sudorosa.

Examen Somático.—Anotando los órganos que presentan anormalidades. Ojos: conjuntivas rojas. Boca: faltan piezas dentarias y las que persisten se encuentran en muy mal estado. Lengua seca y saburral. Mucosa bucal pigmentada. Amígdalas rojas y pequeñas. Aparato cardio-vascular. Pulso: 80 por minuto. Tensión sanguínea 100 sobre 60. Corazón: área y tonos normales. Aparato respiratorio: respiración amplia y acelerada, 28 por minuto. Abdomen: globuloso en su parte inferior. Hígado: pequeño. El resto de los órganos está normal.

Tratamiento.—El mismo día se inició el tratamiento indicado en la observación anterior. Con resultados muy satisfactorios al tercer día, en el que se le concedió su retiro del Asilo.

Es auténtica,

DR. JULIO SALVADÓ,

JEFE DE ASISTENCIA GENERAL.

Observación número 8

H. I. Edad: 40 años. Originario de Sumpango. Residente en Sumpango. Estado civil: casado. Profesor. Ingresa el día doce de Octubre de 1946.

Motivo de ingreso.—Ebriedad Patológica.

Antecedentes Patológicos.—Gripe y catarros frecuentes, viruela y cicatriz de herida por arma cortante del cuero cabelludo hace cinco años.

Antecedentes hereditarios.—Un hermano que acostumbra a beber licor en exceso.

Historia de la presente enfermedad.—Cuenta que el día diez de Octubre en ocasión de una fiesta principió a beber con unos amigos, siendo la primera vez en el curso de su vida que tomaba licor. Al principio sintió cierto bienestar, tanto que se tornó muy activo, buscando sólo desarrollar sus fuerzas, pero poco a poco le dieron deseos de reñir con las personas que estaban en la fiesta, insultándolas e intentó agredirlas, después de ejecutar actos de exhibicionismo delante de ellas. Tiene insomnio y trastornos de la memoria de fijación. No ha tenido alucinaciones. Y se internó en el Asilo por temor de seguir bebiendo.

Examen del enfermo.—Indumentaria limpia y arreglada. Actitud tranquila. Le tiene repulsión a las bebidas alcohólicas.

Examen Somático.—Todos sus órganos y aparatos están normales. Se le sometió al tratamiento indicado en la observación número seis con magníficos resultados al segundo día de iniciado. Pidió se le dejara salir del Asilo, pues estaba en completas condiciones de seguir sus ocupaciones habituales el día 14 de Octubre de 1946. Se le sometió a un examen clínico, comprobándose que se encuentra en perfectas condiciones, por lo que se le da el alta. Salió curado.

Es auténtica,

DR. JULIO SALVADÓ,

JEFE DE ASISTENCIA GENERAL.

Observación número 9

I. J. Edad: 22 años. Originario y residente de esta Capital. Oficio: hace cinco años trabajó en la Cervecería El Zapote. Ahora es estudiante. Estado civil: soltero. Ingresó el día doce de Octubre de 1946.

Motivo de ingreso.—Alcoholismo sub-agudo.

Antecedentes Patológicos.—Tos y catarros frecuentes, tos ferina. Niega antecedentes venéreos.

Antecedentes hereditarios.—Tiene un tío toxicómano, y un primo que le gusta tomar sus aperitivos.

Historia de la enfermedad.—Hace cinco años desde que principió a trabajar en El Zapote, principió a beber cerveza, poco a poco fué tomando mayor cantidad, llegándose a tomar cinco litros al día. Tiene períodos durante los cuales deja de beber, que no pasan de 15 a 18 días. Había dejado últimamente de tomar tres meses, pero hace diez días que empezó de nuevo. Sufre insomnio, sensaciones como si alguien le fuera aplastar. Cuando llega a conciliar el sueño tiene pesadillas, se le aparecen mons-

truos de caras horribles que lo hacen proferir gritos de angustia, oye voces que profieren los más grandes insultos.

Examn del enfermo.—Indumentaria sucia y desarreglada. Higiene desastrosa. Actitud temerosa. Facies ansiosa. No tiene trastornos de la memoria. No tiene trastornos de la afectividad.

Examen Somático.—Todo su organismo se encuentra en buen estado a excepción del hígado que se encuentra hipertrofiado.

Tratamiento.—El mismo que los anteriores, con resultados francamente halagadores al segundo día de iniciado. Al tercer día se le concede su retiro del Asilo por considerarlo curado.

Es auténtica,

DR. JULIO SALVADÓ,

JEFE DE ASISTENCIA GENERAL.

Observación número 10

J. D. Edad: 48 años. Originario y residente en esta capital. Estado civil: casado. Profesión: maquinista. Ingresó el día cuatro de Octubre de 1946.

Motivo de ingreso.—Delirium Tremens.

Antecedentes patológicos. — Sarampión, viruela, fiebre tifoidea, paperas, blenorragia en dos ocasiones, gripe.

Antecedentes hereditarios.—Padre muerto de delirium tremens, la madre acostumbraba a beber licor antes de las comidas. Hermanos: uno alcohólico.

Historia de la enfermedad.—Hace veinte años que después de tener un conflicto conyugal, dispuso principiar a beber por ver si así se le aliviaba la decepción. Tomaba licor durante seis a ocho meses seguidos sobreviniéndole ataques frecuentes de delirium tremens, de los que le han curado varios médicos. Últimamente, con poca cantidad de bebida se le aparecen alucinaciones visuales consistentes en ver brujas, murciélagos, al duende que se le monta sobre los hombros y lo hace correr, ve micos grandes que se le atraviesan por delante, insultándolo y queriéndolo estrangular con la cola. Dice haber visto al diablo en persona. Oye voces que le dicen que se suicide tirándose a la vía férrea, pitos, campanas, explosiones, siente una molestia en la nariz como si le estuvieran acercando a ella cabellos quemados. A la comida le siente sabor amargo por lo que no se alimenta como debe.

Examen del enfermo.—Es una verdadera ruina moral y material. Temblor generalizado: no cesa por el reposo. Aspecto de idiota. Acogida indiferente al examen. Ha perdido la memoria. Tiene trastornos de la afectividad. Quiere agredirlo a uno cuando se le acerca aduciendo que es otra persona. Tiene delirio ocupacional; se dedica a barrer los rincones de la habitación diciendo que allí se encuentran personajes escondidos y que los va a sacar. La cara es vultuosa y se encuentra cubierta de sudores. Tiene 38 grados de fiebre. 90 pulsaciones por minuto. No reconoce a los familiares ni a los amigos.

Examen Somático.—Cabeza: presenta varias cicatrices de traumatismos antiguos. Ojos: enrojecidos, llorosos. Nariz: normal. Boca: lengua excesivamente saburral. Cuello: adenitis cervical unilateral. Tórax y pulmones: respiración acelerada, 30 por minuto. Bases congestionadas, con estertores crepitantes. Aparato cardio-vascular: Corazón: área cardíaca, ensanchada. Tonos, soplos en la punta y en la base no se modifican con los cambios de posición. Arritmia: extrasistoles. Abdomen: globuloso, doloroso a la palpación. Tiene náuseas y vómitos durante el examen. Hígado: pequeño y doloroso. Bazo: normal. Riñones y vías urinarias: aparentemente normales. Sistema nervioso: muy excitable, reflejos muy exagerados. Piel con hipereromias en la cara.

Tratamiento.—Dieta hídrica abundante, dos litros limonada con una cucharada de bicarbonato de Soda. Una inyección de analepsina y una ampolla de somnifene intramuscular. Un c. c. de Complejo B con un c. c. de Tiamina. 2 tabletas Neurotrasentina cada tres horas. Segundo día: dieta blanda. Un c. c. de Complejo B mezclado a un c. c. de Tiamina, 2 tabletas de Neurotrasentina cada 3 horas. A medio día una ampolla endovenosa de Vitamina C de 500 miligramos y antes de dormirse una ampolla de bluconato de calcio endovenoso de 10 c. c. Tercer día: en la misma forma que el anterior.

Notándose una mejoría bastante satisfactoria desde el principio del tratamiento, pues a la sexta hora de iniciado, el delirio había desaparecido por completo, lo mismo que los síntomas somáticos. Al cuarto día el sujeto sigue sus ocupaciones habituales y se encuentra en perfectas condiciones. Al quinto día se le concede su alta, saliendo curado.

Es auténtica,

DR. JULIO SALVADÓ,
JEFE DE ASISTENCIA GENERAL.

CONCLUSIONES

- 1^a—Entre los trastornos mentales provocados por un tóxico exógeno están los trastornos alucinatorios de los alcohólicos.
- 2^a—En los hijos de padres alcohólicos se presenta a menudo la herencia alcohólica, o sea una predisposición psicopática a los trastornos mentales.
- 3^a—El alcohólico se entrega a su vicio para poder luchar contra las molestias que le produce su intoxicación, que a la vez le agrava el vicio. A esto se le llama "círculo vicioso."
- 4^a—La patogenia de las alteraciones psíquicas en el alcoholismo se debe en parte a la intoxicación, y en parte a la repercusión que tienen sobre los centros nerviosos las alteraciones del intestino, hígado, riñón y pulmones.
- 5^a—Las alucinaciones se pueden presentar en las diferentes formas de intoxicación alcohólica.
- 6^a—Para investigar el fondo psicopático del sujeto se le da una inyección endovenosa de alcohol al 30% (10 c. c.) para comprobar su reacción ante el tóxico.
- 7^a—El delirium tremens es la manifestación psicopática de las más graves que se presentan en los alcohólicos crónicos; presenta una sintomatología especial.
- 8^a—El delirio de celos alcohólico: es otra de las manifestaciones psíquico-patológicas frecuente en los alcohólicos crónicos.
- 9^a—La fase terminal de la intoxicación crónica del alcoholismo es la "demencia alcohólica."
- 10.—Las lesiones orgánicas en el alcoholismo crónico se llevan a cabo sobre los elementos nerviosos y sobre las vísceras; estómago, hígado, riñones, etc.
- 11.—Los sueros antialcohólicos preparados con suero de caballo han dado resultados variables, produciendo accidentes séricos graves en muchos casos.
- 12.—El tratamiento psicoterápico iniciado en 1902 por Berillón, consiste en tratar los trastornos mentales de los alcohólicos por medio de la sugestión hipnótica. Tiene el inconveniente de que sólo se puede llevar a cabo por psiquiatras y médicos que dominen el hipnotismo.

- 13.—Entre los medicamentos que más se emplean en la intoxicación alcohólica tenemos el amoníaco, los analépticos, el cloral, el bromuro de potasio, etc.
- 14.—Antes de tratar a un alcohólico se debe hacer una exploración somato-psíquica lo más completa.
- 15.—Se aconseja el sulfato de anfetamina, como terapéutica substitutiva, contraindicada en los enfermos que padezcan de cirrosis hepática, renales y cardíacos, temiendo producir "Asutte."
- 16.—Se aconseja el tratamiento psicoterápico, producir el reflejo condicionado, por medio de la apomorfina y otros medicamentos.
- 17.—En el delirium tremens, al mismo tiempo hay que hacer un tratamiento general: evitar complicaciones pulmonares, mantener un estado de completo relajamiento muscular, calmar la agitación motora y psíquica, etc.
- 18.—En los casos tratados por mí he empleado los medicamentos siguientes: complejo de vitamina B, Cloruro de tiamina, el clorhidrato del esterdietilaminoetilico del ácido difenilacético y ácido feniletilbarbitúrico, (neurotrasentina), vitamina C, solución alcohólica acuosa glicerizada de sales dietilaminadas de los ácidos dietil y alilisopropilbarbitúrico (Somnifene), gluconato de calcio al 10%, 10 c. c. endovenoso, con resultados halagadores.
- 19.—Patogenia: según mi opinión el sistema nervioso vegetativo es el que más sufre desequilibrándose, por la toxicidad de los productos de un metabolismo alterado, que ejerce sus efectos sin el poder antitóxico de la glándula hepática.
- 20.—Tratar de evitar los trastornos mentales de los ya intoxicados por cualquiera de los medios más adaptables a cada caso.
- 21.—Hidratar al enfermo a base de bebidas abundantes, (jugos de frutas azucaradas).
- 22.—Restablecer el equilibrio ácido-básico del medio sanguíneo por los alcalinos y gluconato de calcio.
- 23.—Restablecer las funciones del sistema nervioso vegetativo por la neurotrasentina.
- 24.—Reparar las pérdidas de vitaminas, altamente indispensables en los intoxicados alcohólicos.
- 25.—Prevenir y tratar la cirrosis hepática por medio del complejo B.

- 26.—Ayudar al metabolismo de los hidratos de carbono por medio del cloruro de tiamina.
- 27.—Inocuidad del tratamiento.
- 28.—Establecimiento de relaciones más amistosas entre paciente y médico por el bienestar que le proporciona al primero.
- 29.—Ponerse al abrigo de las intoxicaciones por los barbitúricos.
- 30.—Partiendo de que el alcohólico no es un simple intoxicado, sino un psicópata o enfermo mental, se encuentra el profesional ante el problema de investigar las causas y los efectos del alcoholismo.
- 31.—No basta suprimir la bebida alcohólica durante un largo tiempo para sentarnos a esperar confiadamente el resultado de la curación del enfermo, ni aún resistiéndose a la tendencia, presentándose la ocasión de tomar.
- 32.—En el niño conviene actuar no sólo tratando de corregir sus tendencias y malos hábitos, sino formándole una personalidad mentalmente preparada a sufrir los cambios ambientales y somáticos en el futuro de su vida.

RAÚL CHÁVEZ.

Vº Bº,

DR. CARLOS SALVADÓ.

Imprimase,

DR. C. M. GUZMÁN,
Decano.

BIBLIOGRAFIA

Historia y Sugestión.—José Ingenieros, Catedrático de la Universidad de Buenos Aires, 1904.

Patología Interna.—Dieulafoy, 1913.

Tratado de Patología Médica y Terapéutica Aplicada.—De Emilio Sargent, 1921.

Manual de Psiquiatría.—De J. Rogues de Fursac, F. de M. de París y Jefe del Asilo de la Seine, 1923.

Acevedo del Castillo, *Revista Médica Argentina*, 1943.

Manual de Psiquiatría.—De Dr. don Emilio Mira y López, 1943.

M. I. Lourrat, *Univers. Lyon, E. U.*, 1941.

Dr. Wilfred Blomber, *Universidad de Harvard, E. U., American Journal de Psiquiatría*, 1942.

Flesson William.

Edwin F. Gilder, *Univers. de Yale, Washington, E. U.*, 1946.

Intoxicaciones.—Emilio Sargent, 1921.

Intoxicaciones.—Bezancon, 1937.

Dra. Florece Powdermaker, *Catedrática de la Universidad de Columbia, E. U.*, datos personales, 1946.

Revista de Tesis.—De Lic. Miguel Antonio Alvarado, 1934.

- 26.—Ayudar al metabolismo de los hidratos de carbono por medio del cloruro de tiamina.
- 27.—Inocuidad del tratamiento.
- 28.—Establecimiento de relaciones más amistosas entre paciente y médico por el bienestar que le proporciona al primero.
- 29.—Ponerse al abrigo de las intoxicaciones por los barbitúricos.
- 30.—Partiendo de que el alcohólico no es un simple intoxicado, sino un psicópata o enfermo mental, se encuentra el profesional ante el problema de investigar las causas y los efectos del alcoholismo.
- 31.—No basta suprimir la bebida alcohólica durante un largo tiempo para sentarnos a esperar confiadamente el resultado de la curación del enfermo, ni aún resistiéndose a la tendencia, presentándose la ocasión de tomar.
- 32.—En el niño conviene actuar no sólo tratando de corregir sus tendencias y malos hábitos, sino formándole una personalidad mentalmente preparada a sufrir los cambios ambientales y somáticos en el futuro de su vida.

RAÚL CHÁVEZ.

Vº Bº,

DR. CARLOS SALVADÓ.

Imprimase,

DR. C. M. GUZMÁN,
Decano.

PROPOSICIONES

<i>Anatomía Descriptiva</i>	Sacro.
<i>Anatomía Topográfica</i>	Región Mamaria.
<i>Anatomía Patológica</i>	Cirrosis Hepática.
<i>Bacteriología</i>	Bacilo de Hansen.
<i>Botánica Médica</i>	Digitalis Púrpurea.
<i>Clínica Quirúrgica</i>	Punción Lumbar.
<i>Clínica Médica</i>	Exploración del Pulmón.
<i>Física Médica</i>	Expirómetro.
<i>Fisiología</i>	Pulmonar.
<i>Higiene</i>	Drenages.
<i>Histología y Embriología</i>	Tejido Adiposo.
<i>Medicina Legal y Toxicología</i> . .	Intoxicación por el Alcohol.
<i>Obstetricia</i>	Placenta previa.
<i>Parasitología Médica</i>	Tenia Saginata.
<i>Patología General</i>	Inflamación.
<i>Patología Médica</i>	Cirrosis de Lenec.
<i>Patología Quirúrgica</i>	Litiasis Biliar.
<i>Patología Tropical</i>	Disentería Amibiana.
<i>Pediatría</i>	Parálisis Infantil.
<i>Técnica Operatoria</i>	Apendicectomía.
<i>Psiquiatría</i>	Psicosis Alcohólica.
<i>Química Biológica</i>	Reacción de Gmelin.
<i>Química Inorgánica</i>	Cloruro de Sodio.
<i>Química Orgánica</i>	Alcohol Etilico.
<i>Terapéutica Farmacológica</i> . . .	Urotropina.
<i>Terapéutica Clínica</i>	Tratamiento del Delirium Tremens.