

## Sobre la Terapéutica de la Toxicomanía Alcohólica

Br. R. Alcesro Castro (1)

Ya nemes insistido en varias ocasiones en la necesidad de considerar la toxicomanía alcohólica como una resultante de muy variadas causas. El hacerlo así hará que sepamos mejor que esperar de nuestra intervención terapéutica.

En síntesis puede decirse que se llega al hábito del uso del alcohol como resultado: a) de una predisposición constitucional, que es lo que sucede en las personalidades psicopáticas (hipertímicas, d.slim.cas, angustiadas, histéricas, excitables, abúlicas, inestables, etc.); b) por una enfermedad mental de predominio constitucional, (oligofrenias, epilepsias, esquizofrenias, etc.); c) por una enfermedad mental adquirida (parálisis general, psicosis arterioescleróticas y seniles); d) por factores ambientales que llevan a una afección mental de tipo psicógeno (neurosis obsesivas, angustiosas, neurasténicas, etc.) en las que la nueva actitud que provoca la intoxicación alcohólica permite utüa sobreccincensación del conflicto base, o un escape al mismo; e) por factores sociales, hábitos individuales y costumbres profesionales. Los hechos parecen demostrar que el alcoholismo por motivos sociales aumenta cada día. Los diferentes factores no siempre se excluyen entre sí, sino que por el contrario se imbrican: un ncurósico que viva en un ambiente de sobriedad probablemente tenga diferentes manifestaciones que las de la alcohole-manía, a la cual desembocará otro «eurósico en un medio diferente. Además, las manifestaciones neurósicas accesionales o no, probablemente se desarrollen en individuos con una predisposición psicopática.

Siendo tantas las causas asombra pensar que se pretenda actuar contra el alcoholismo, y con esperanzas de éxitos globales, a través de simples medidas terapéuticas de orden farmacológico o no, aplicadas sin discriminación.

Por la facilidad de la disponibilidad del alcohol y la constante campaña en pro de su uso por hombres, mujeres y niños, es evidente que hay que exigir antes que tedo una crecida campaña anti-alcohólica. En todo programa radial, em toda publicación informativa *está*, siempre el anuncio de una bebida alcohólica y la insistente recomendación de su uso para los más variados acontecimientos de la vida diaria. Se necesita pues una educación antialcohólica mayor que la pro-alcohólica: enseñanza antialcohólica era la escuela, desde la primaria hasta la universitaria; propaganda antialcohólica en las sociedades, cuarteles, fábricas, cines, iglesias, etc. Los Departamentos de Higiene Mental derivados de los de Sanidad

(1) Jefe del Departamento de Neuro-psiquiatría del Hospital General de Tegucigalpa. Profesor de Clínica Psiquiátrica de la Universidad Central de Honduras.

habrán de trabajar intensamente en estas campañas; ea el descubrimiento de casos, en el descubrimiento del predispuesto y aún en el tratamiento de Los mismos. Se debe propender a la creación de clínicas y sanatorios para alcohólicos y sociedades de ex-alcohólicos (como los alcohólicos anónimos, etc.) Es necesaria la existencia de leyes para la reclusión compulsiva cuando sea necesario. Lo anterior desde luego es válido como acción de orden general y cobre todo profiláctica. En cada caso particular la actuación habrá de adaptarse al sujeto mismo de que se trata. En los neuróticos y personalidades psicopáticas no podrá dejarse de lado la psicoterapia. Muchos psicopáticos tendrán que ser internados por períodos prolongados durante los cuales se hará psicoterapia, laborterapia y reorientación profesional. Cuando la causa, es ambiental se podrá tratar de modificar ésta y/o la actitud del paciente hacia el ambiente; o éste podrá ser trasladado a un ambiente más aprcpudo. Si en el fondo hay una psicosis (epiléptica, esquizofrénica, sifilítica, arte rio esclerótica, etc.), el grueso del ataque irá en contra de ella, y así sucesivamente.

Pero además, se ha buscado siempre y se busca actualmente medios farmacológicos que ayuden a abandonar la alcoholomanía, o que eviten recaer en ella. Entre les más en boga han estado los: "desalcoholizantes" en forma de eméticos y laxantes, y los tratamientos de aversión en los que se asocia la kigefitiós de alcohol con la administración de drogas eméticas y diaforéticas que llevan cerca del colapso. Se provoca la asociación refleja de la bebida de alcohol y los desagradables efectos de las drogas y se repiten las pruebas varios días en meses repetidos y hasta por varios años de tal manera que el paciente desarrolle una aversión hacia el alcohol.

Otro tratamiento que tuvo algún auge es el de la betnedrina, que evita en gran parte los efectos de la supresión del alcohol y que combate las depresiones que a muchos sujetos son las que los llevan a beber.

Hace relativamente poco tiempo que ha ido ganando terreno un nuevo tratamiento basado en el peligro en que pone la vida quien toma alcohol mientras está sensibilizado hacia el mismo por una nueva droga. Esta situación permite el desarrollo de otras también beneficiosas para el individuo alcohólico: posibilidad de un refleje condicionado, actuación psicoterápica, reorientación profesional ingreso a una liga de abstinentes, reorientación vital, etc. Otro intento terapéutico trata de resolver el problema constitucional o adquirido, sobre una base hormonal. A éstos dos últimos procedimientos .ncs referimos en esta ocasión. Digamos previamente que entre nosotros en donde casi no ha de hacerse, por el momento, casi ninguna otra cosa contra el alcoholismo, éstos dos métodos nos servirán para ayudar a muchas familias en cuyo seno haya algún alcohólico.

a) Terapéutica por el bisulfuro de tetraetiltiuranol.

Hace pocos años Hald y Jacobson, en Copenhague, observaron durante experiencias de laboratorio hechas con en. B. T. T., que la ingestión del alcohol en personas que habían tomado poca droga provocaba una serie de síntomas que no eran precisamente los de la intoxicación alcohólica. Martensen-Larsen dirigió después investigaciones clínicas que culminaron con el establecimiento de un nuevo tipo de droga para el tratamiento del alcoholismo. De diciembre de 1947 a mayo de 1948 Jacobsen y Martensen-Larsen trataron 104 pacientes y publicaron después sus resultados y observaciones. Nuestro conocimiento del método data de mayo de 1949 cuando dio cuenta de algunas experiencias en Madrid, --en la Clínica Psiquiátrica del Hospital Provincial que dirige el Profesor López. Ibor— el Dr. Coullault. Por ese tiempo se nos informó que principiaría a usarse también en el Hospital Santa Ana de París, pero fuera del conocimiento teórico no nos fue posible sino hasta pocos meses después entrar en contacto directo con la experiencia del mismo.

El bisulfuro de tetraetiltiuranol es un polvo blanco amarillento, insoluble en el agua, relativamente atóxico. En el hombre puede usarse a dosis diarias de 0.25 a 1.0 gramos durante varios meses sin que se observe en general ningún efecto. En conejos y ratas sometidos a su acción por periodos hasta de 10 meses no se observó cambio en el crecimiento, peso ni cuadro hemático cuando se usó a la dosis de 1 mlgr. diario en las primeras y 60 mlgrs. diarios en los segundos. En estos la dosis mortal fue de 2 a 3 gramos por kilogramo de peso corporal. La droga se elimina lentamente y 7 días después, de la administración al hombre da 1.5 gramos, puede observarse sus efectos.

La tesis general de la inocuidad de la administración del B. T. T. tiene algunas excepciones. Se cita una tendencia lipotímica, alergia cutánea, crisis maniacas, sensación vertiginosa e inquietud. Yo he observado un caso de estupor y en Costa Rica se me informó de dos casos de tendencia al estupor y reacción deliriosa.

Si un individuo que ha tomado unas doce horas antes 1 gramo de B. T. T. bebe alcohol, experimentará las siguientes molestias: .come a los cinco minutos .0 un poco después siente caler en la cara, ésta se pone rojo púrpura y ésta coloración y sensación de calor pueden extenderse a la nuca, a las extremidades superiores y al tórax. Muchas veces la extensión no es uniforme sino por zonas maculares más o menos amputas. Hay vasodilatación escleral y edema simple del tejido conjuntivo de los párpados inferiores. La frecuencia del pulso sube a 120-140 por minuto, la tensión arterial puede bajar a cifras alarmantes (40/0); hay trastornos respiratorios tales como taquinnea, aumento de la ventilación pulmonar y disminución del bióxido de carbono alveolar. Treinta a sesenta minutos después de la toma de alcohol sobreviene palidez, a

veces **náuseas**, vómitos, evacuaciones intestinales líquidas, temblor, cefalalgia, lipotimias, pérdida de la conciencia que puede ser de algunos minutos. Después hay un malestar general difuso, amodorramiento y sueño. Al despertar después de una hora casi no queda ningún residuo notorio de lo pasado

En algunos individuos y al parecer sobre todo en los grandes bebedores se nota que soportan grandes cantidades de alcohol antes de que se presenten los fenómenos habituales en los que han tomado B. T. T.

Linden cita el caso de un paciente de 56 años quietfi bebió alcohol después de haber tomado B. T. T. Se desmayó, presentó convulsiones, tuvo aspecto cianótico y en el e. c. g. se encontró un bloqueo antricular. Afortunadamente después de cuadro *tan* grave el paciente se restableció. En un caso de Martensen-Larsen de un sujeto de 60 años que bebió mucho alcohol después de tomar B. T. T. se llegó a la pérdida de la conciencia; fue hospitalizado y al siguiente día presentó colapso y muerte.

Se estudia el modo de acción de la droga. Algunos opinan que se trata de una acción similar a ia de la histamia o de la cianamida, pero las hipótesis no han sido comprobadas. En cambio si se ha comprobado que en personas que han tomado B. T. T. y teman después alcohol hay *uvi* aumento en la formación de acetaldehido sanguíneo, Normalmente hay una pequeña acetaldehidemia post ingesta alcohólica, pero después de tomar la droga en referencia esas cantidades suben cinco o más veces; en el aire espirado sube a 9 veces más que sim la drega. El acetaldehido, como lo demostró Handowsky en 1934, aumenta la frecuencia de pulso y activa la ventilación pulmonar. Sin embargo no se sabe qué cantidades en la sangre son las necesarias para llegar a obtener esos efectos. Inyectado ea la vena (Asmussen) se observa **fenómenos** iguales a los del B. T. T. más alcohol. El porqué del aumento del acetaldehido no ha sido explicado. La eliminación del mismo se hace con igual rapidez si se ha administrado o no el B. T. T. Hald y Jacobsen suponen que una parte del alcohol, al oxidarse, pasa por una etapa intermedia de acetaldehido y que tal vez el B. T. T. bloquea la eliminació'n. del alcohol de tal manera que por acción de la dihidrogenasa se oxide en mayor cantidad pasando por su etapa intermedia de acetaldehido. Los hechos quedan esperando una explicación definitiva.

Se aconseja efectuar los siguientes exámenes asntes de administrar el B. T. T.: electroencefalograma, acetaldehidemia, metabolismo basal, hemograma, examen de orina, electrocardiograma, glicemia en curva, pruebas del funcionamiento hepático y renal y pH sanguíneo.

Se contraindica su uso en los siguientes casos: diabetes, miocarditis o esclerosis coronaria, embarazo, papera, epilepsia, lesión hepática, nefritis y en alcohólicos que toman estupefacientes.

Antes de resumir nuestra experiencia en dos de cuyos casos asociamos el tratamiento hormonal, expondremos brevemente los fundamentos del uso de los extractos de corteza suprarrenal.

**B) Tratamiento Hormonal:** constituye otra de las búsquedas de la curación o el alivio del alcoholismo. Tintera y Lowell encontraron que podían clasificar a los alcohólicos en dos grupos: a) unos, caracterizados por varios grados de hiposuprarrenalismo cortical {con hipoglicemia, baja de losquetosteroides-17 y baja de los andrógenos; asténicos, hipotensos y ginecomásticos}. Estos pacientes serían susceptibles de transformarse en alcohólicos desde corta edad si su misma constitución no les demuestra antes su sensibilidad al alcohol y les hace evitarlo, b) Otros pacientes, sin hiposuprarrenalismo cortical primitivo o pre existente pero quienes llegaban al mismo per la intoxicación alcohólica repetida.

En la abstinencia inmediata después de la intoxicación (la "goma") se encontró hipoglicemias con curvas subnormales de tolerancia a la glucosa. Como los extractos de corteza suprarrenal previenen la depleción de la glucosa hepática o la restablecen cuando se ha perdido, Los autores citados han creído que asegurando una cantidad suficiente de corteza suprarrenal se podía combatir el alcoholismo crónico. Ellos han usado extracto suprarrenal en grandes dosis por vía endovenosa inyectando el primer día 30 c. c. en tres dosis de 10 c. c. cada una; el segundo\* día inyecta 20 c. c. y de 5 a 10 c. c. en los tres días siguientes. Después se continúa con 2 a 5 c. c. vía intramuscular dos veces por semana por tiempo indefinido. Los autores encuentran que con este tratamiento se suprimen los sedantes en las curas de deshabitación debido ai que desde la primera inyección hay una sensación de bienestar que los hace innecesarios. Los, aa., recomiendan que los pacientes se afilien a una sociedad antialcohólica. En los casos de trastornos psicopatológicos graves recomiendan agregar la terapéutica psiquiátrica requerida en cada uno de ellos.

Una de las ventajas del tratamiento sería la eliminación rápida de los trastornos de la abstinión y el disminuir el deseo del alcohol.

A continuación nuestros casos:

1. A. V. 33 años, Mase. Con hábitos alcohólicos desde los dieci ocho años. Bebe durante meses por episodios cada vez más próximos. Hace dos meses se emborrachaba diariamente. Dice que no quiere seguir bebiendo y se interna para tratamiento. Se da B. T. T. a las dosis habituales. El primer día se escapa del sanatorio y bebe como cinco "high-balls" y tiene una gran reacción que se acerca al colapso. Se queda interno' un mes durante el cual no bebe. A su salida del hospital vuelve a sus antiguas borracheras. No siguió tomando B. T. T. Fracaso.
2. J. H. A. 30 años, Mase. Personalidad psicopática de predominio histriónico. Alcoholismo desde los 18 años. Episodios aislados

- de intoxicación alcohólica aguda desde los 13 ó 14 años. T. B. C. pulmonar año y medio antes de comenzar a emplear el antabús. En el último año ha bebido prácticamente cada día. Bebe lo que consigue. Se le administra B. T. T. en la forma y dosis habituales durante mes y medio. Por sí mismo prueba a tomar alcohol y experimenta una intensa reacción. Abandona el alcohol y se somete a terapéutica de T. B. C. la cual está actualmente clínicamente detenida. Ha dejado de beber durante un año.
3. H. B., 29 años, Mase. Personalidad psicopática esquizoide con manifestaciones angustiosas permanentes con agudizaciones. Bebe alcohol por períodos variables desde los años. Últimamente hay intoxicaciones patológicas repetidas. En sep. de 1949 se hace nuevo intento terapéutico con psicoterapia y B. T. T. Es inconstante en la toma de éste último y su uso puede considerarse en este caso sin ningún resultado.
  4. L. F. C. de 54 años, Mase. Se presenta para tratamiento en abril de 1950. Bebedor desde los 15 años y con más intensidad desde los 40. Necesitado de atención: reclama par?, si la mayor cantidad de tiempo posible del médico y del personal auxiliar. Siempre está inconforme; sólo se satisface con sus propias explicaciones. Cuando no bebe es afectuoso. Espontáneamente está varios meses sin beber. Se hace tratamiento hospitalario re creativo, psicoterápico, vitamínico e insulino terapia corta. Se principia a dar B. T. T. y al tercer día vuelve a su casa, en donde de nuevo vuelve a beber alcohol. Este provocó una vasodilatación facial transitoria. Suspendió el antabús y siguió bebiendo. Sin resultado favorable.
  5. A. M. de 36 años, Mase. Se presenta para tratamiento en, Oct. de 1950. Adicio a las bebidas alcohólicas hace 10 años con mayor frecuencia de la ingesta hace cinco años. Bebe 3 ó 5 días semanales. Hace dos meses tiene una psicosis alcohólica de predominio alucinatoria. Hay componentes esquizomorfes. Tratamiento psiquiátrico hospitalario durante un mes al final del cual se inicia una cura con B. T. T. que debe de continuar en su casa. Resultado: Ig.
  6. F. C. 30 años, Mase. Desde los 17 a los 28 años bebía muy espaciadamente por pocos días; en general una noche o dos. En los últimos dos años, de los 28 a los 30, ha bebido con más frecuencia llegando a embriagarse cada 3 ó 4 meses, pero bebiendo diariamente por varias semanas seguidas sin llegar a emborracharse pero sí a sentir los efectos de la abstinencia cada mañana, teniendo que beber antes de iniciar su trabajo, al mediodía y por la tarde. Siempre se siente inquieto, ligeramente angustioso. No cree que tenga necesidad de una cura antialcohólica pero la acepta por presión familiar. Se le da antabús (B. T. T), pero por mala interpretación de la dosi-

ficación tomó durante quince días 1 gramo y medio diario de la droga. Cuando al final de esos días se hizo la tercera prueba de ingestión alcohólica, el paciente tuvo una pronunciada reacción con **hipotensión** de **60/30** durante una hora; náuseas, vómito, diarrea y desmayo. Se recuperó en dos horas. Resultado: va mes y medio después de la iniciación del tratamiento continúa abstemio.

7. M. R. de 47 años, Mase. Bebedor habitual desde los 20 años, es decir hace 27. Raras veces ha estado sin beber hasta seis meses. Por presión familiar se interna para cura de deshabitación. **Supresión, rápida del alcohol.** Toma B. T. T. en pequeñas cantidades, solamente por diez días." .  
Curse: un año de abstinencia completa. Dice que no tiene deseos de beber, lo que él prueba andando con antiguos compañeros a quienes les regala "guaro" y les ve beber sin que le de deseos de imitarlos.
8. R. D. 30 años, Mase. En los últimos siete años ha hecho un hábito de la toma de bebidas alcohólicas, bebiendo en cantidad y frecuencia que aumenta cada día. Durante el **último** año ha bebido diariamente, o casi; suspendiendo por espacio de tres a cuatro días cuando sobrevienen **grandes** trastornos gastrointestinales. Tratamiento con B. T. T. en la forma habitual.

Durante tres meses, desde la iniciación del tratamiento ha estado continente.,

9. A. A. 42 años, Mase. Bebedor por períodos separados por intervalos hasta de varios meses. Su personalidad y situación social ha ido deteriorándose con los años, habiéndose notado un descenso en su curva vital. A pesar de la competencia en su profesión no se le confían puestos de responsabilidad porque en repetidas ocasiones ha faltado a su deber al caer en episodios alcohólicos.

En tratamiento por B. T. T. durante julio y agosto, 50. No ha bebido alcohol desde entonces. Se necesitaron grandes dosis de B. T. T. y de alcohol para llegar a obtener síntomas de sensibilidad. Con crecidas dosis se llegó a reacciones vicinatas con caída de la Mx. a 80, gran malestar, náusea y vómitos.

10. F. A. 58 años, Mase. Desde los 30 años, es decir en los últimos 18, ha desarrollado hábitos alcohólicos. En los últimos cinco años bebe diariamente, sobre todo después del trabajo, porque se siente cansado. Con frecuencia se emborracha. En 1943 tuvo un episodio psicótico y otro en 1949. Es un ciclo-tímico con manifestaciones psicóticas post-alcohólicas de forma hipertímica.

Tomó antabús por 10 días. No ha vuelto a beber alcohol al cabo de un año o casi. Magnífica adaptación social de tipo abstemio.

11. D. C. de 23 años, Mase. Ha tomado bebidas alcohólicas desde los 10 años. En los últimos tres lo ha hecho con frecuencia casi diaria, sin emborracharse más que raras veces. En enero de 1950 se hospitaliza para deshabituarse. Queda hospitalizado por cuatro días durante los cuales se da B. T. T. y se llega a la dosis de mantenimiento de 50 mgrs. diarios. A los siete días de tratamiento vuelve al hospital: no ha tomado alcohol. No ha tomado ninguna otra medicina que el B. T. T. Desde hace tres días queda de gran fatiga; le cuesta mucho despertarse y levantarse por la mañana. En el día ha necesitado en cama, duerme mucho, ha perdido la capacidad de concentrarse y su rendimiento en el trabajo ha sido bajísimo, con gran defecto de la memoria de percepción y de fijación. El día que es llevado al hospital se le encuentra esa estupor acentuado, sólo despertando a los estímulos fuertes y repetidos, volviendo a dormirse muy pronto. Disminución de los reflejos tendinosos. T. A. 132/93; tcm.; 36,6 C, pulso 74 por minuto. Ruidos cardíacos normales.

Todo el cuadro desapareció progresivamente en tres días sin dejar secuelas.

Se suspendió antabús.

Resultado: paciente volvió a beber casi en la misma forma que anteriormente. En Agosto 50, se hospitalizó durante tres



días y tomó B. T. T. esos días sin ningún efecto desagradable. Posteriormente ha seguido bebiendo ocasionalmente.

12. A. R. S. de 50 años Mase. Se presenta para tratamiento en marzo de 1950. Adicto al alcohol desde los 28 años, es decir hace 22. Dice que principió a beber para contrarrestar características temperamentales consiste: en la timidez, depresión, tristeza. Después se agregaron motivos sociales y algunos problemas conyugales. Después desarrolló ideas de celos que él comprende que son infundadas. Está hasta dos meses sin beber; cuando lo hace toma indistintamente cualquier bebida alcohólica y de preferencia cerveza.  
Se inicia tratamiento con B. T. T. en la forma habitual, reduciendo pronto la dosis a 25 mgrs. diarios, los cuales tomó por **tres** meses. Estuvo sin beber ese tiempo y **después** recayó a sus antiguas libaciones por un período de dos meses. En adelante no ha bebido más que en pequeñas cantidades y por poco tiempo, debido a que la última vez que lo hizo en abundancia aparecieron fenómenos de polineuritis y <sup>le</sup>me mucho recaer en ella.
13. J. S. de 44 años, Mase. Adicto al alcohol desde los 20 años: en los últimos diez bebe con más frecuencia por periodos de 10 a 15 días cada mes o menos. En varias ocasiones ha tenido psicosis de forma alucinósica y ataques de forma ccicial. Se trata con **B. T. T.** (100 **tabs.** de **0.25**) y fenobarbital en dosis de diez mgrs. diarios. No hemos vuelto a <sup>absr</sup> del paciente.
14. A. S. de 48 años, Mase, se presenta, para tratamiento en mayo de 1950. Alcohólico hace tres años. Bebe cada 15 días por períodos de igual tiempo: bebe un litro de aguardiente al día. Se inicia un tratamiento con B. T. T. y a los 10 días escapa del hospital. No hemos sabido más de él.
15. J. S. Z. de 38 años, fem. Se inicia el tratamiento en junio de 1950. Bebe hace cinco años cada vez *con* mayor frecuencia. Hay un estado ccatínuo de insatisfacción matrimonial. En los últimos seis meses sus intoxicaciones son más frecuentes y prolongadas. Se inicia tratamiento con B. T. T. en la forma habitual. Después de cinco meses la paciente sigue sin volver a beber alcohol. Continúa tomando B. T. T. por períodos de quince días a la dosis de 25 mgrs. per día. No ha tenido ningún efecto desagradable.
16. R. G. R. de 22 años, Mase. Tratado en julio de 1950. Trastornos afectivos desde noviembre de 1949: ambivalencia, apasionamiento e inseguridad en sus relaciones con el sexo opuesto. Desde hace cuatro meses bebe hasta embriagarse. En la iniciación de períodos de abstinencia tiene alucinaciones auditivas. Hay además intoxicaciones patológicas con agitaciones epileptiformes  
Tratado con 100 tabs. de B. T. T. de 0.25 mgrs. Este paciente

en varias pruebas con alcohol que se le hicieron presentó los síntomas habituales de las fuertes reacciones, pero después se dormía profundamente y el recuerdo del buen sueño predominaba sobre los desagradables sucesos de las horas anteriores. Cuando después de dormir se le preguntaba su estado siempre respondía "pollón".

No tenemos informes de septiembre en adelante

17. R. P. de 23 años, Mase. Se presenta a tratamiento en julio, 50. Bebe con frecuencia en los últimos tres años, lo hace cada quince días durante dos o tres días seguidos. Después queda muy inquieto, asustadizo y miedoso. Tratado con B. T. T. A los cinco días de tratamiento y a los tres de darle alcohol aparecieron urticaria y eczema transitorios que reaparecieron al volver a tomar alcohol. Después del tratamiento (hasta mediados de noviembre) dice que no se ha vuelto a emborrachar aunque toma algunos "high balls" en reuniones sociales.
18. M. C. de 31 años, Mase. Se presenta a tratamiento en agosto. Se hace el habitual con B. T. T. Bebe desde los 20 años al principio en sábados y sin embriagarse dejando hasta 4 meses sin beber. Después por dos o tres días, hasta 15 días alcoholismo familiar tíos maternos, paternos y primos.
19. I. H. L. de 57 años, Mase. Tratado en sept. de 1950. Bebe desde los 30 años y con mayor frecuencia desde los 35. Bebe hasta

emborracharse y en períodos dipsománicos de 15 o más días, siempre que toma aguardiente. Si toma otras bebidas alcohólicas no se emborracha y no tiene el impulso de continuar bebiendo. Tratamiento habitual con B. T. T. con el cual mejoran el sueño y la inestabilidad psicomotora que tenía desde poco antes del actual episodio alcohólico. Hasta la fecha sigue sin beber.

20. M. C. 41 años. Mase. Tratado en septiembre de 1950 Alcohólico desde los 30 años; ha bebido por largos períodos de varios meses. En 1945 tuvo una psicosis alcohólica de forma delirante y desde entonces, después de una cura de aversión, no habla bebido hasta sept. de 1950, en que tiene ya siete días de emborracharse. Tratamiento con B. T. T. en la forma usual. En la quinta prueba hubo reacción intensa **ccai** delor precordias, taquicardia y disnea. La taquicardia continuó por cuatro y después de examen electrocardiográfico se consideró como emocional. Sigue sin beber.
21. N. B, de 52 años. Mase. Bebe desde 1920, es decir hace treinta años de su habituación al alcohol estuvieron caracterizados por borracheras diarias, con gran deterioro de la personalidad **mor?J**. Desde 1930 en adelante sólo bebe unos cinco meses al año. Actualmente después de ocho meses de abstinencia tenía veinte días de embriagueces diarias. Tratamiento combinado con B. T. T. y extracto de corteza suprarrenal, dándose este último por la vía endovenosa a la dosis de 5 c. c. el primer día, diez c. c. el segundo y 5 c. c. el tercero; continuándose después por vía subcutánea a la dosis de 2 c. c. dos veces por semana. Continúa sin beber.
22. C. T. de 38 años Maso. Tratamiento iniciado en Sept. de 1950. Bebe desde hace 18 años *esa* "carreras" de dos meses separadas por iguales intervalos de abstinencia. Cuando se embriaga tiene que seguirlo haciendo p.or los sufrimientos que le causa la abstinencia en sus primeros días: insomnio, inestabilidad psíquica incontrolable espontáneamente y dolor epigástrico. Tratado con B. T. T. y escatín, con interrupción de ambos a los diez días. Posteriormente ha seguido el tratamiento con ambos medicamentos y continúa sm beber.
23. L. C. de 27 años, Mase. En los últimos cinco años se emborracha casi todas las semanas; con **frecuencia** tiene agitaciones epileptoideas y agresividad. Dice que bebe porque la gusta pero quisiera dejar de beber. Se somete a una cura por B. T. T. y se hacen las pruebas habituales llegando a reacciones muy violentas con náuseas, vómitos y diarrea. El paciente continúa después tomando B. T. T. **eai** su casa pero aconsejado por unos compañeros bebe repetidos tragos con el objeto de que desaparezca la "aversión". En la misma cantina en que beben tiene una violenta reacción; su madre lo sabe y le lleva a su casa.

Todo pasa en pocas horas. Se suspende la administración de B. T. T.

Resultados: De 23 casos que presentamos hemos obtenido los siguientes resultados: Fracasos 5 (21%); Ignorados 3 (13%); Mediocres 2 (9%); Buenos, 12 (52%) y Muy Buenos 1 (4%). Es muy probable que unos meses más de observación modifiquen desfavorablemente los datos anteriores. Hace falta urgentemente la formación de una sociedad de ex-alcohólicos para que los casos tan notablemente mejorados por las terapéuticas medicamentosas y psíquicas puedan encontrar un ambiente propicio para mantener los buenos resultados obtenidos.

#### Conclusión:

No hay que olvidar que cuando tratamos al "alcoholismo" nos concentramos solamente con una manifestación sintomática de algo, y que éste algo es tanto como una constitución psicobiológica y una influencia ambiental: ambas de gran fortaleza y nada fáciles de modificar.

En el tratamiento medicamentoso del alcoholismo han aparecido dos drogas que corresponden a dos tendencias: a) la determinación de una sensibilización (por el momento transitoria) para el alcohol y b) la corrección de una fórmula endocrínica que podría —por lo menos en parte— ser la causante de la predisposición al alcoholismo.

Ambas medidas merecen formar parte muy importante de nuestra actitud ante el problema del alcoholismo.

#### BIBLIOGRAFÍA:

1. La nueva droga contra el alcoholismo. Ismael Agüero, Sugestiones, 1950. México.
2. Tratamiento del alcoholismo por el bisulfuro de tetraetil tiuranol.- Luis Arszay. Sugestiones, Feb. 1950. México.
3. Una droga que sensibiliza contra el alcohol. Jens Hald y Erico Jacobsen. Sugestiones. Marzo 1950. México.
4. El tratamiento del alcoholismo con una droga sensibilizante. O Marteneen-Larsen. Sugestiones, Abril. 1950. México.
5. El Tratamiento del alcoholismo con bisulfuro de tetraetil-tiuranol. Enrico Jacobsen y O. Marteneen-Larsen. Sugestiones, Mayo 1950. México.
6. El Bisulfuro de Tetraetil Tiuranol en el tratamiento del alcoholismo. Antonio Martí GñrelL Sugestiones, Junio 1950. México.
7. Nota previa sobre el empleo d'el Bisulfuro de tetraetil tiuranol en el alcoholismo. R. G. Ecll y H. Ward Smith. Sugestiones, Julio 1950. México.