

Revista Médica Hondureña

Organo de la Asociación Médica Hondureña

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECAS

Director: BIBLIOTECA MEDICA NACIONAL

Dr. VIRGILIO BANEGAS M. Tegucigalpa, D. C., Honduras C. A.

Redactores:

Dr. J. GOMEZ MARQUEZ CIRONES

Dr. JUAN MONTOYA A.

Dr. JOAQUIN REYES SOTO

Secretario.

Dr. OCTAVIO VALLECILLO

Administrador:

Dr. MARTIN A. BULNES B.

Año XXI | Tegucigalpa, D. C., Honduras, C. A., Enero-Febrero de 1951 | 152

PAGINA DEL DIRECTOR

Instituto de Anatomía Patológica

Con sumo placer ha recibido el gremio médico de Honduras el proyecto que varios diputados han presentado al Congreso Nacional para crear un Instituto de Anatomía Patológica anexo al primer Centro de Beneficencia de la República, el Hospital General "San Felipe".

Obvio sería mencionar todas las grandes ventajas que va a proporcionar a la ciencia médica hondureña la instalación de esa importante institución y no dudamos que en el próximo mes de julio esté en funciones.

No podemos dejar desapercibido que el control del cáncer hasta hoy día ha sido nulo, y es que dicha enfermedad va íntimamente unida al estudio microscópico de la Patología. La campaña anticancerosa no ha podido iniciarse por no contar nuestro País con la institución a que nos venimos refiriendo. Nos conformaremos con mencionar el cáncer como una de las grandes ventajas que obtendremos con la creación del Instituto.

Ya nosotros en charla que dictamos el año pasado en el Instituto Hondureño de Cultura Interamericana, hicimos ver la necesidad urgente de tener esta clase de colaboración para combatir eficientemente las neoplasias, y es más: lograremos saber en realidad cuántos enfermos tenemos de esta naturaleza y al correr de los años obtendremos una estadística más o menos perfecta que nos indique la gravedad de este problema que aún no está por resolverse, sino por abordarlo.

Revisando los datos estadísticos de los servicios del Hospital General "San Felipe", exceptuando los de Psiquiatría y de Niños obtuvimos el dato siguiente: durante el año 1948-49 ingresaron 3,500 enfermos, habiéndose diagnosticado por los escasísimos medios que tenemos para ello 124 cánceres, lo que significa que de cada 200 personas que ingresaron al Hospital 7 padecían de esta terrible enfermedad y no podríamos mencionar cuántos más pasaron por nuestro servicio sin ser diagnosticados por la falta de medios necesarios para llegar a hacerlos precoces.

Contando con la base de la Anatomía Patológica la propaganda anticancerosa es factible y así, la prevención de este azote de la humanidad podrá hacerse más efectiva.

La institución que está por crearse tiene caracteres de nacional y por consiguiente toda la República se va a beneficiar de ella. Felicitamos a los iniciadores de tan importante proyecto y esperamos confiados que pronto obtendremos los beneficios del Instituto de Anatomía Patológica.

Nuevos Métodos de inducción al Parto

Escribe:

Dr. JUAN MONTOYA ALVAREZ

Jefe del Servicio de Ginecología
del Hospital General San Felipe

Al asistir a la novena Asamblea Nacional de Medicina y Cirugía que se celebró en la ciudad de México entre el 18 y 25 del mes de Noviembre del año pasado, tuve el gusto de cambiar impresiones sobre temas importantes de Ginecología y Obstetricia con los distinguidos Ginecólogos Dr. Carlos D. Guerrero, Luis "Castelazo Ayala, Max Rosenzweig, de México y José González de El Salvador; discutimos varios aspectos de esta importante rama de la Medicina, con especialidad abordamos los métodos de inducción médica del parto, el uso de los estrógenos en la prevención del aborto y parto prematuro, el diagnóstico precoz de la Eritroblastosis fetal intrauterina, etc.

Esta tarde me ocuparé de los nuevos métodos de inducción médica del parto. Presentaré mis experiencias personales y haré una revisión general de los métodos y sustancias inductoras.

El Dr. Luis Castelazo Ayala, en su trabajo sobre la Inducción Médica del Parto, presentando en la primera reunión Nacional de Ginecología y Obstetricia de Monterrey, nos dice: "El desconocimiento de los problemas fisiológicos que implica el determinismo del parto continúa, a pesar de todos los esfuerzos e investigaciones, siendo una realidad. Mientras así sea ha de seguirse trabajando a base de tentativa experimentales en la provocación del parto cuando las condiciones lo requieran". El Dr. Castelazo Ayala tiene la razón ya que todos los métodos inductores no han sido más que tentativas de experimentación cuyos resultados han sido muy variables, y a eso se debe la multiplicación de ellos.

M É T O D O S

Este estudio comprende 15 casos, para cuya inducción han sido empleado los más variados métodos y por diversas indicaciones. En dos de estos casos con feto muerto, embarazo a término,

con presentación de vértice y en multíparas fue empleado el Método de Matthews: 60 gramos de aceite de Ricinos; una hora después 0.06 gramos de quinina; hora después enema j'iboaso caliente y administración hipodérmica de 2.5 U. de pituitrina cada media hora hasta dejar instalado el trabajo del parto. Estos dos casos fueron tratados con huevo íntegro, y en el primero el parto se verificó quince horas después de la inducción; en el segundo, fue necesario repartir la inducción una semana después para obtener éxito. En tres casos se trató de interrupción de embarazos en el quinto mes de la gestación. En 2 de ellos se trató de enfermas con litiasis renal bilateral con grandes cálculos que llenaban totalmente la pelvis y cuyos exámenes complementarios demostraron insuficiencia de la función renal; después de consulta con varios compañeros se aconsejó la interrupción de la gestación. Escogí el método de Aburel: punción uterina, a través de la pared abdominal, e inyección intraovular de 100 cc. de solución salina hipertónica (al 35%). En el tercero de estos casos se trataba de una toxicosis gravídica, se empleó, también el método de Aburel. Las contracciones uterinas aparecieron en estos casos en un tiempo que varió entre 24 y 72 horas, habiéndose logrado la interrupción del embarazo.

En 5 casos de inercia primitiva del útero se empleó el extracto pituitario por vía intramuscular a la dosis de 2 mínimas (1 Unidad) con intervalos de media hora, previa sensibilización de la fibra uterina con estrógenos (100.000 Unidades divididas en dos partes e inyectados con intervalos de una hora), media hora antes de inyectar el extracto pituitario. En tres de los casos se hizo ruptura artificial de la bolsa de las aguas momentos después de inyectar estrógenos y se procedió a inyectar el extracto pituitario a continuación. En los casos tratados con ruptura previa artificial de la bolsa de las aguas el parto se inició en un tiempo que varió entre 6 y 12 horas. En uno de los otros dos casos el trabajo del parto se había iniciado hacía más de 36 horas con pequeñas contracciones apenas perceptibles y muy alejadas que después de ese tiempo no habían producido ningún cambio en el cuello de la matriz, se trató en la misma forma y no fue sino hasta 18 horas después de administración de 2 mínimas de extracto pituitario con intervalos de media hora previa sensibilización con estrógenos, que las contracciones pudieron normalizarse y el parto verificarse. El otro caso había sido tratado previamente y por dos veces por el método de Matthews, sin resultado. Fue tratado por éste mismo método hormonal siendo necesario, repetirlo para lograr éxito.

Por último en 5 casos, seleccionados, embarazo a término, presentación de vértices, múltiparas, huevo íntegro, cuello borrado, se puso en práctica la administración de pitocín por vía endovenosa, siguiendo la técnica usada por el Dr. Castelazo Ayala, que está basada en los principios señalados por Stone, que es la siguiente: 100 miligramos de demoro] por vía i. m. f a la media hora iniciar venoclísis de una solución al 1: 1000 de pitocín en suero glucosado al 5% a razón de 30 gotas por minuto. En los 5 casos la inducción se logró y el parto se verificó sin novedad.

La incidencia de éxitos en relación con los métodos inductores figura en el cuadro siguiente:

Métodos		Casos	Exito
Matthews	Memb. íntegras	2	1
	Memb. rotas	0	—
Punción	Memb. íntegras	3	3
	Memb. rotas	0	—
Hormonal	Memb. íntegras	2	1
	Memb. rotas	3	3
Ext. Pit. Sol.	Memb. íntegras	5	5
Vía endov.	Memb. rotas	0	—

COMENTARIO

MÉTODOS Y RESULTADOS. Ruptura de las membranas: algunos Obstétricos, Guillet, Greenhill, Dieckman, Wallace, Antony, Burger, Lemmon, Holman, Smith, Lewis y Rucker, aconsejan la ruptura precoz de la bolsa de las aguas como primer término de una inducción y todos ellos afirman que la morbilidad no crece con la ruptura ni la incidencia de complicaciones aumenta.

La tendencia moderna dominante aconseja la ruptura de las membranas de un huevo, cuyo parto va inducirse cuando el cuello esté preparado, la presentación! sea de vértice y esté encajado estendiéndose por el cuello preparado para el parto aquel que está muy blando, corto, semiborrado o casi borrado, y con una dilatación de uno a dos centímetros. Nunca debe esperarse más de doce horas después de la ruptura de las membranas.

Empíricamente se ha venido usando el aciete de ricino durante mucho tiempo como principio de la inducción médica; se ha dicho que produce la movilización intensa del intestino y congestión pélvica marcada, circunstancias que favorecerían la aparición de trabajo de parto, bajo la acción de las sustancias oclíticas. Actualmente su empleo está casi totalmente abandonado, pues se ha demostrado que es inútil, y son muy pocos los autores que persisten en su empleo.

La quinina ha sido otra de las drogas que desde hace muchos años ha gozado del privilegio de despertar la contracción uterina y ha sido usada como tal; en los últimos tiempos, se ha demostrado que sólo tiene acción estimulativa cuando el útero está en trabajo de parto. Se ha demostrado además que en ocasiones origina sobre el producto de la concepción fenómenos tóxicos que han ocasionado a veces su muerte; por eso esta droga es rechazada por la mayoría de los autores como substancia inductora.

Los métodos por punción ovular transabdominal (Aburel, Beruti y García Valenzuela), a los que hago referencia y de los que presento tres observaciones con éxito en casos seleccionados; han sido recomendados por éstos autores desde 1934; no puedo hacer comentarios personales sobre ellos por falta de estadística personal, pero sobre ellos el Dr. Castelazo Ayala nos dice haber obtenido 2 fracasos en 11 intentos, de los cuales 7 no estaban seleccionados y 4 seleccionados.

Uno de los productos nació en estado agónico sin que hubiera ninguna razón aparente que explicara su estado más que la aplicación del método de Aburel.

Muñoz reporto 28 casos con el procedimiento de Aburel. en los cuales había, n 16 productos previamente vivos; de ellos se obtuvieron 3 muertos aún cuando el autor no los atribuye al método. Cardus y Cobo mencionan 6 casos con el mismo procedimiento: dos fracasos; consideran de gran importancia los errores de técnica por sus consecuencias: necrosis, punción feta, etc. Bazan y Uranga Imaz alaban el método que usaron con 68 casos de producto muerto con 61 éxitos; aseguran que sólo debe ser usado por especialistas y que en caso de fracaso no interfiere otros procedimientos. Pérez y Baldi reportan tres accidentes en 25 casos: punción de un brazo en un oligoamnios, necrosis de la zona uterina puncionada con muerte de la madre y el niño y necrosis de la pierna derecha de un producto que murió a las 48 horas; ésto les hace recomendar

el método sólo a especialistas. Greenhill condena abiertamente el procedimiento de Aburel per parecerle expuesto y complicado.

La administración de substancias estrógenas como sensibilizantes de la fibra muscular uterina ha sido aconsejada por varios autores. De Lee Greenhill las aconsejan sobre todo en casos de aborto frustado y de muerte del producto, aconsejando la administración hasta de un millón de unidades internacionales. Otros autores Loures y Kiriakis, Gonnet y Col, Lubin y Waltman, aconsejan 500 a 350.000 U. I. precediendo o no a la administración de extractos pituitarios, sin embargo los resultados son tan pobres que los hacen inútiles en la práctica. De los cinco casos que presento per el método Hormonal (combinación de estrógenos y pitocín), dos de ellos fueron, tratados con bolsa de las aguas íntegras, y sólo en uno de ellos el resultado fue exitoso. Los conocimientos que actualmente se tienen acerca de la Hormonología del embarazo y del papel de los estrógenos en la prevención de los abortos y de los partos prematuros explican el fracaso de otras substancias en la inducción del parto.

Primitivamente se han usado los derivados del Cornezuelo de Centeno corno substancias inductoras. Algunos autores Ehremer y Col han administrado Ergotina en polvo con resultados aceptables, que no han sido comprobados por otros autores. En los últimos años 03 ha intentado usar productos semisintéticos Partergina, Motergkia y Ergometrina. Gallan publica 80% de éxitos en 25 casos can. 0.05. ce. cada media hora hasta cuatro dosis; sin complicaciones matsrnofetales Odier con una téeliica parscida, obtiene un 53% de éxitos en 100 casos. Otros aurores declaran habor obtenido éxitos con estas substancias. Personalmente nunca hemos usado ningún derivado del Cornezuelo de Contenc, como inductor ni durante el trabajo de parto, pues los coasideramos demasiados peligrosos dado los efectos que tienen sobre el músculo uterino: y no creemos que los resultados obtenidos per estos autores puedan entusiasmar a nadie para hacer intentos de provocación del parto con estas drogas.

El extracto Pituitario posterior lo usé siguiendo tres técnicas diferentes: I) Dosis elevadas 2.5 U. ó 5 mínimas que se administraron a intervalos regulares y que siguieron a la administración de aceite do ricino y quinina oral, según el método de Mathieu; de los 2 casos seleccionados hubo un fracaso. II) Dosis pequeñas 1 U. ó 2 mínimas, sin aceite de ricinos, sin quinina, precedidas de la administración de substancias estrogénicas; de los cinco caios seleccionados hubo un fracaso. III). Ve.ióclísis de una solución de Pitocín al 1: 1000 en suero Glucosado al 5% de acuerdo con la técnica de STONE que tiene las ventajas siguientes:

a) Control muy preciso de la administración del medicamento, la cual queda condicionada a la respuesta uterina, con lo que se suprime el principal inconveniente de los extractos retrohipofisarios. b) Administración uniforme, con lo que se obtiene un tra-

bajo regular y efectivo y c) Cantidades muy pequeñas administradas en tiempos muy largos. Los buenos resultados obtenidos por todos los que han utilizado este método, nos autorizan a considerarlo como **extraordinariamente** bueno y sugestivo, y a pensar que su introducción en la práctica clínica ha constituido un adelanto considerable en la inducción médica del parto.

A modo de ilustración señalaré el método de Hcff, que ha sido ensayado por este autor en las enfermas eclámpicas y pre-eclámpicas, quien sujetó estas enfermas a la abstención absoluta de alimentos y líquidos durante 48 horas con fines inductores.

INDICACIONES. Podemos decir en líneas generales que hay indicación para inducir el parto, cuando con cierto grado de certeza, sabernos que el estado de la madre mejorará al vaciar el útero; cuando estando el producto vivo y en buenas condiciones, con una pelvis buena, aumente las probabilidades de sobrevivir con su salida.

La existencia del feto muerto y retenido ha sido también causa de debates como indicación de la inducción del **parto**, y la mayoría de los autores están de acuerdo en que se debe vaciar el útero cuando se formule el diagnóstico, ya que el útero retencionista es un órgano inútil que no llena su función y debe evacuarse para reintegrarse.

La muerte habitual del feto después de que ha llegado a ser viable, constituye una de las indicaciones de primer orden de la inducción médica del parto. Si se sabe con certeza el momento exacto de la gestación en que suele morir el feto, se debe hacer la inducción una semana antes de dicho momento, para salvar el producto.

La prolongación del embarazo, es en general aceptada por la mayoría de los autores con indicación de inducción del parto, siempre que no haya desproporción cefalopélvica de ningún grado. Teniendo en cuenta que hay mayor morbilidad en productos post-maduros y que es mayor mientras más tiempo pase de los 280 días (feto duro, angular el cráneo, huesos rígidos y no moldeables).

firme e implegable la caiae, conviene estudiar bien el estado del cuello antes de inducir el parto. Beruti y Roust afirman que no debe inducirse cuando la única indicación es el embarazo prolongado. Burger aconseja romper las membranas e inducir si en el embarazo prolongado aparece el signo de Runge (disminución de circunferencia abdominal por disminución de líquido amniótico), en atención a que le parece de mal pronóstico.

La preeclápsia que no cede a los tratamientos médicos habituales, pero que tampoco es de curso muy rápido y en la cual se teme por la vida del producto, hay que inducir. No se debe de inducir en preeclápsias de curso rápido ni en casos de eclámpticas recién recuperadas.

He querido plantear por último el problema de la inducción electiva del parto, según la cual, previa selección rigurosa de los casos (embarazos a término, presentación cefálica de vértice encajada o cuando menos bien abocada, de dimensiones ampliamente compatibles con la de la pelvis materna y cuello preparado para el parto), se precede a inducir sin indicación concreta. Guillett (1000 casos con 100% de éxitos), Grier (123 casos con 122 de éxitos), Wallace y Antony (359 casos 100% de éxitos), y otros autores se muestran, decididos partidarios del procedimiento y todos ellos dan incidencias de morbi-mortalidad materno-fetal iguales o mejores que las correspondientes a parto normales. Señalan además como ventajas, la preparación psíquica de la paciente y la brevedad del trabajo de parto que es siempre más corto tanto en primigestas como en multiparas, así como la ausencia de complicaciones hemorragicas; "Trágica" en el alumbramiento y post-parto.

Personalmente hemos practicado cinco casos de inducción electiva y hemos obtenido los mismos resultados que los autores señalados anteriormente.

CONCLUSIÓN. Constituye condición indispensable para obtener éxito con la inducción, el estado del cuello. Antes de inducir se debe pensar juiciosamente en el estado del cuello, en la integridad de las membranas, en la presentación y la altura de éste: Dieckman, Greenhill, Rublee, Rucker y Jacobs, hacen recaer los fracasos y complicaciones derivados de la inducción, en la falta de selección de las pacientes de acuerdo con las condiciones mencionadas. "El cuello "preparado" o "maduro" para el parto es aquel que está muy blando, corto, semibornado o casi borrado, y con una dilatación de uno a dos centímetros; es sin duda el factor más importante en el éxito o el fracaso de la inducción.

CONCLUSIONES

1.—El estudio comprende 15 casos de inducciones de parto realizadas con 13 éxitos.

2.—Se señala como condición primordial para el éxito de cualquier método inductor, el hecho de que el cuello uterino esté "pre-

parado", es decir: muy reblandecido, corto, semiborrado y con dilatación de 1 a 2 centímetros.

3.—Se señala también como elemento valioso de buen pronóstico en el éxito e inocuidad de la inducción, el que la presentación sea cefálica y esté por lo menos bien abocada.

4.—La ruptura artificial de las membranas se aconseja entre los tiempos iniciales de cualquier técnica, siempre que las condiciones anteriores se satisfagan. Su ejecución no entraña riesgos y es de gran utilidad para el éxito de la técnica.

5.—Se aconseja la inducción electiva cuando esté manejada por manos expertas, el embarazo sea de término, no exista desproporción de ningún grado y las condiciones del cuello y la presentación sean en extremo favorables.

6.—El aceite de ricino, Los derivados de Cornezuelo de Centono y los preparados de quinina deben ser excluidos de las técnicas de inducción.

7.—No deben administrarse dosis mayores de 1 U. de extractos retrohipofisarios con intervalos de 30 minutos cuando se desea emplear el método de dosis fraccionadas.

8.—Los estrógenos no deben de ser usados en la inducción del parto, ya que los estudios modernos de hormología del embarazo han demostrado el papel que desempeñan en la prevención del aborto y del parto prematuro.

9.—Los métodos de punción ovular transabdominal (Aburel, Brusuti y García Valenzuela), son peligrosos y deben de ser manejados por especialistas. En nuestros casos el rendimiento fue aceptable y,

10.—Aconsejamos la administración endovenosa de solución de extracto pituitario (1: 1000) en suero glucosado, isotónico, por ser el más fisiológico de los procedimientos inductores ideados hasta la fecha. El éxito con él obtenido por la mayoría de los autores y sus grandes ventajas deberán convertirlo en el método de elección en el futuro.

BIBLIOGRAFÍA:

CASTELAZO AYALA L. Consideraciones sobre la Inducción Médica del Parto. Ginecología y Obstetricia de México, 5: 349-361 Octubre 1950.

DE LEE GREENHILL. Principios y Prácticas de Obstetricia, 1329-1332.

J. MORAGUES BERNAT. Clínica Obstétrica, 284-286.

GREENHILL. J. P. The Year Book Pub. 1949. P. 103.

MATHIEU A. The Induction of Labor. Northwest med. 1933. P. 59.

PALACIOS COSTA Y BERDINA. Inducción del Parto con Quinina —Cálcium— Sódico. Boletín de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. A. Agosto 20. 1949.

BERUTI J. Cit. GAVÍOLI R. L. Inducción Médica del Parto. Obst. y Ginec. Lat. Am. Marzo 1945.

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.slím.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.

Po? 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 Psiquátrica 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 betnzedrina, 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 tetraetilurano.

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 oca droga provocaba una serie de síntomas que no eran precisamente los de la intoxicación alcohólica. Martensen-Larsen dir'gió 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 publicaren después sus resultados y observaciones. Nuestro conocimiento del método data d^ 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 poco? meses después entrar en contacto directo con la experiencia d^l mismo.

El bisulfuro de tetraetilurano 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 abstinencia y el disminuir el deseo del alcohol.

A continuación nuestros casos:

1. A. V. 33 años, Mase. Con hábitos alcohólicos desde los dieciocho 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 por sí 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 dosis-

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^i 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 le 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: *te-s en 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 egrs. 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 t^{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 egrs. diarios. No hemos vuelto a ?absr del paciente/nte.
14. A,¹ 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 les 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 *can* 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 cegrs. 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 cea el sexo opuesto. Desde hace cuatro meses bebe hasta embriagarse. En la iniciación de periodos de abstinencia tie»ne alucinaciones auditivas. Hay además intoxicaciones patológicas con agitaciones epileptiformes
Tratado con 100 tabs. de B. T. T. de 0.25 grs. 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. Los diez primeros 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 reacciósi; 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 Arsnzay. 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.

**

REVISANDO EL CANJE

SUMARIO DE VARIOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN LA LIMA, HONDURAS

or Mark T. Hoekeiga, M. D----- .

INTRODUCCIÓN: Varios proyectos de investigación clínica fueron realizados por el Departamento Médico de la Tela Railroad Gompany en La Lima, durante el año de 1950. Muchos de estos trabajos ya han sido publicados en revistas médicas ue los Estados Unidos y debido a su interés local deseo presentarlos en forma sumaria en esta comunicación.

Los 3 estudios que en forma breve he de tratar aquí son como siguen:

1. Sensibilidad, a la histoplasmina y coccidioidina em Honduras.
2. Tratamiento del paludismo con una sola dosis de Camoquina.
3. Incidencia del parasitismo intestinal humano en la región Noroccidental de Honduras.
4. Tratamiento de la Ascariasis con Hetrazán.
5. Tratamiento de la tenia saginata con Atebrina.
6. Ensavo con tabletas de Cpmoau^np, con **cubierta entérica** en el tratamiento de la **amibiasis** intestinal.
7. Comnaración ^e Oarbarsone y Aureomicina en el tratamiento de am^i." intestinales.
8. Camoquina en el tratamiento de amebas hepáticas.

I. Sensibilidad a la Histoplasmina y Coecidioidmajen Hooaduras. (1)

Ningún estudio se ha hecho para determinar la prevalencia de sensibilidad a la histoplasmosis en la población de Honduras, a pesar de haberse reportado el primer caso de histoplasmosis el que fue descubierto en esta **región**. (2) Igualmente no se han verificado estudios para determinar la sensibilidad a la coccidioidosis.

En este estudio 300 hondureños, todos del sexo masculino con edades de 7 hasta 82 años fueron observados. El "test" consistió en la administracEi de una inyección intracutánea de Antígeno diluido en dosis de 0.1 c. c, en la superficie flexora del antebrazo—

en un antebrazo se inyectó Antígeno histoplasmínico 1:100 (Eli Lilly Co. Lot CT. 189); en el otro antebrazo se inyectó al mismo tiempo antígeno coccidioidínico 1:100 (Universidad del Sur de California). Se consideró como una reacción positiva el **desarrollo** de una **in**uración de 5 ó más milímetros de diámetro 44-48 horas después.

125 pacientes reaccionaron al "test" de histoplasmina (40.2%), y sólo 14 pacientes fueron coccidioidina positivos (4-1 %). En este último grupo, 13 fueron histoplasmiina-positivos y uno reaccionó a la histoplasmina solamente.

Estas observaciones son interesantes ya que no se han registrado casos clínicos de estas enfermedades. La explicación puede hallarse en la demostración de otras causas de sensibilidad a los autógenos o tal vez a hongos relacionados. Tal puede inferirse a la luz de la evidencia dada en la comunicación original. (1).

II. Tratamiento del Falulismo con una sola **dosis** de Oamoquina. (3)

Se ha probado clínicamente la Camoquina en varias partes del mundo anteriormente y su empleo ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la malaria falciparum y vivax. En vista de estas experiencias me ha parecido de interés probar la practicabilidad de tratar el paludismo con **Camoquina administrada** la dosis prescrita de una sola vez y determinar al propio tiempo su dosis máxima.

Para realizar este trabajo 325 pacientes (160 con P. falciparum y 165 con P. vivax) fueron distribuidos indistintamente en cuatro grupos, cada grupo con dosificación progresiva de Camoquina así: 0.4, 0.6, 0.8 y 1.0 gms. de base; cada grupo recibió la Camoquina en una sola dosis. Esta única dosis constituyó todo el tratamiento antipalúdico que se **administró**. Los resultados en términos de movimientos febril y de desaparición de la parasitemia pueden observarse en la tabla I.

El promedio de duración en horas del período transcurrido hasta que la temperatura se sostuvo normal para todos los casos de malaria falciparum fue de 17.1; y el promedio de horas para **la desaparición** de la parasitemia fue de 29.3. Aquellos pacientes que recibieron 1.0 gm. de Camoquin tuvieron más rápido alivio que los de los otros grupos (13.2 horas temperatura normal y tóxicos con el uso de la Camoquina).

El promedio de duración en horas del período transcurrido hasta que la temperatura se sostuvo normal para todos los casos de malaria vivax fue de 15.8; y el promedio de horas para la desaparición de la parasitemia fue de 26.4.

Los cuatro grupos respondieron al tratamiento sin que se hubieran notado diferencias apreciables entre ellas.

En términos generales se puede decir que aquellos pacientes que recibieron solamente 0.4 gm. de Camcquía (38 falciparum y 37 vivax) curaron también como los que recibieron, dosis más altas. Sin embargo las únicas dos recidivas o fallas del tratamiento se observaron en dos individuos con malaria falciparum a quienes solamente se les suministró 0.4 gm. de la droga. No hubo efectos tóxicos con el uso de la Amiquina.

La Camoquina por consiguiente, obviamente merece mayor, más amplio uso en todas las regiones palúdicas del mundo y debería ser particularmente de sumo valor en las zonas rurales en donde es difícil y muchas veces imposible hospitalizar a los pacientes.

III. Incidencia del Parasitismo Intestinal Humano en la Región

Moroscidental de Honduras. (4)

Se practicó un estudio sobre la incidencia de parásitos intestinales en un grupo de habitantes de 500 personas cuyas muestras fecales fueron examinadas sin concentración, obteniéndose de cada una de ellas un sólo frotis. Este reconocimiento reveló que el 74% estaban infestados de un o más parásitos. La incidencia relativa de las diferentes variedades de helmintos y protozoarios puede verse en la tabla II, la que también establece cifras comparativas de estudios verificados en otras partes de Honduras. (Referencias 5, 6, 7). Estas cifras son conservadoras especialmente en las relacionadas con la incidencia de *E. histolítica*. Está demostrado que un sólo examen de heces *no* es más de un 20 á 25% correcto cuando se trata de una búsqueda por *E. histolítica*; por consiguiente la incidencia verdadera y corregida de amibiasis en esta zona es alrededor del 40% en vez del 8.4% calculado en dicha tabla. Esto es además substanciado con un estudio reciente y aún no publicado de áreas cerca de La Lima, Empleando la técnica de flotación con Sulfato de Zinc las heces de 450 personas fueron examinadas y a pesar de sólo haberse practicado un examen de muestra fecal por individuo se obtuvo un 35% positivo con este método de concentración.

IV. Tratamiento de la Ascariasis con Hetrazán. (8)

Emprendimos estudios para determinar el valor terapéutico de 1-diethylcarbamy-4-methylpiperazine hydrochloride (Hetrazán) como droga ascaricida, administrada por corto tiempo. Se dio 900

ragra. de este compuesto en 3 dosis separadas en un día, con un 37.5% de curación en 8 pacientes (muestra de heces fueron negativas al examen una semana después del tratamiento y otra vez 2-3 semanas subsiguientes por el método de flotación con Sulfato de ZJne.) 1.0 gm. administrado en una sola dosis a 15 personas resultó en un 33.3% de curación. 1.8 gm. administrado en dosis divididas por un período de 3 días dio un 60% de curación.

No es por **consiguiente** el Hetrazán una droga adecuada para tratamientos en masa de las ascaridas, porque su acción vermífida no es significativa a menos que el período de tratamiento se extendiera por varios días. Sin embargo en dosis prolongada puede ser un medicamento valioso en el tratamiento de la ascariasis en personas débiles y en los niños, debido a su atoxicidad y su eficacia, sin necesidad de **instaurar** previo ayuno ni de administrar purgante después del tratamiento.

V. Tratamiento de Tenia Saginata con Atebrina. (9)

Catorce personas con tenia saginata fueron tratadas de acuerdo con la siguiente rutina:

1. No hubo ninguna preparación especial del paciente el día anterior al tratamiento, excepto haberle aconsejado comer una cena suave.
2. Los pacientes se presentaron para el tratamiento temprano de la mañana en ayunas y fueron hospitalizados hasta el medio día del mismo día.
3. Se les dio 0.2 Gm. de hidrocloreto de Atebrina (2 pastillas) oralmente cada 10 minutos por 4 dosis (8 pastillas o 0.8 Gms.) Al mismo tiempo se le administró 0.6 Gm. de bicarbonato de sodio por la boca cada dosis de atebrina.
4. Dos horas después de haberse completado el tratamiento de la atebrina se tomó el purgante consistente de 2 onzas de sulfato de sodio.
5. Se administró fenobarbital en dosis de medio y uno y medio granos media hora antes de la primera dosis de atebrina y generalmente se repitió poco antes del purgante.

Todos los 14 pacientes expulsaron largos segmentos del parásito; 10 de ellos (71%) con el escolex adjunto. Los cuatro en quienes no se identificó es escolex, han sido examinados repetidamente por períodos de 5 a 7 meses seguidos, sin haberse hallado segmentos o huevos en el excremento.

No hubo reacciones tóxicas CO-J: el uso de atebrina en este estudio.

VI. Ensayo con Cúbicinas de Camoquina con Cubierta Entérica en el Tratamiento de la Amebiasis Intestinal

Los compuestos 4-aminoquinolinas, especialmente Cloroquina y Camoquina son de importancia en el tratamiento de la malaria debida a *P. falciparum* y *P. vivax*, y también de otras enfermedades como drogas antiamebianas. Se ha probado, sobre todo, que la Cloroquina, tiene un valor tan sobresaliente contra las amebas hepáticas que ahora su uso se prefiere al de la emetina para tratar infecciones por *E. histolytica*. Sin embargo, en casos de amebas intestinales, se ha encontrado que la Cloroquina es efectiva sólo en 40 ó 50%, y por esta razón ha sido aconsejable combinar esta droga con otras amebicidas intestinales más eficientes para tratar la mayor parte de los pacientes,

Se creyó que si las tabletas de una de las drogas 4-aminoquinolinas tuviesen una capa entérica de 4 horas para que pudiesen llegar al intestino grande antes de ser digeridas, éstas podrían resultar eficaces, tanto en el tratamiento de amebas intestinales como en las hepáticas. Puesto que la Camoquina en nuestras manos había sido tan efectiva como la Cloroquina en la hepatitis amebiana, decidimos emplear la Camoquina con cubierta entérica en el tratamiento de la infección entérica.

De los 15 pacientes bajo tratamiento, el 11 ó 73% dentro de un mes de ser tratados volvieron a tener excrementos positivos, a pesar de haber tomado dosis de hasta 11.4 Gm. durante un período de 13 días. Solamente el 4 ó 27% parecían estar curados (6 especímenes negativos de excremento durante los dos meses después del tratamiento). La droga tampoco fue eficaz en el tratamiento de *Trichomonas hominis* que 8 de estos pacientes tenían. Como resultado de estas observaciones, la Camoquina con capa entérica no se recomienda para el tratamiento de amebas intestinales.

VII. Comparación de Carbarsone y Aureomicina en el Tratamiento de Amebas Intestinales

En este experimento, 30 pacientes fueron tratados con aureomicina y 32 pacientes con un compuesto de Carbarsone y Sulfadiazina. Antes de empezar el tratamiento se comprobó indiscutiblemente, por medio del examen microscópico, que todos estos pacientes tenían *E. histolytica* trofozoitos o quistes. A los siete ó ocho días de terminar el tratamiento, se comenzó a re-examinar las heces. Sólo después de obtener seis especímenes negativos se consideró al paciente "curado". (Estos especímenes fueron examinados inmediatamente sin coloración, después con tinte de yodo y mediante el método de flotación en Sulfato de Zinc.

Los resultados aparecen en Tabla III. Allí se puede ver que los pacientes a quienes se les dio 250 mgm. dos veces al día fueron

"curados" en la misma proporción (53%) que aquéllos que recibieron tratamiento combinado con Carbarsone y Sulfadiazina.

Sin embargo, el grupo que tomó 250 mgm. tres veces al día, demuestra una cifra significativamente mejor, elevando la proporción de "curados" al 80 por ciento.

Aureomicina, por lo tanto, es una droga amebicida de importancia en dosis de 250 mgm. tres veces al día. Es probable que con dosis mayores la proporción de curas sería aún más alta.

VIII. Camoquina en el Tratamiento de Amebas Hepáticas

La importancia de Cloroquina en el tratamiento de la hepatitis amebiana es bien reconocida y la mayoría de los especialistas dan preferencia sobre la emetina para esta clase de amebiasis. Otros compuestos 4 aminoquinolinas, tal como Camoquina, no han tenido tanta publicidad como la Cloroquina.

Hemos tratado varios casos de hepatitis amebiana en la clínica con resultados muy satisfactorios. Con ejemplos, a continuación se dan resúmenes breves de la historia de dos casos:

Caso N° 1. N. P., 34 años de edad, varón, fue admitido al hospital por tener fiebre de 101. F. y sensibilidad en el cuadrante superior derecho del abdomen. Se encontró que el hígado estaba palpable, 4 cm. más abajo del margen de la costilla y sumamente doloroso. El recuento de glóbulos blancos en la sangre fue 11-500 con 85% neutrófilos, 1% eosinófilos, 9% linfocitos, 5% monocitos. El análisis de la orina fue normal. El examen para malaria fue negativo. La prueba de floculación de Cefal-Colesterol, para investigar las alteraciones del parénquima hepático fue negativa. Se empezó el tratamiento con dosis de una tableta de Camoquina (200 mgm.) dos veces al día, y al día siguiente la temperatura ya estaba normal. Al segundo día de tratamiento el hígado estaba solamente un poco sensible y el recuento de glóbulos blancos en la sangre 6.400 con 49% neutrófilos, 1% eosinófilos, 31% linfocitos y 8% monocitos. Continuó mejorando. Seis días después de empezar el tratamiento el hígado ya no estaba, ni sensible ni agrandado clínicamente. Se continuó el tratamiento con la mínima dosis de 200 mgm. de Camoquina (dos veces al día) por 16 días. No fue observado ninguna recidiva en el período de tres meses durante el cual ha estado bajo observación.

Caso N° 2. L. N., 51 años de edad, varón, fue admitido al hospital por estar padeciendo desde hacía dos meses de un dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen; este dolor se había empeorado desde la semana anterior. La temperatura era de 100.9 F. El hígado estaba doloroso y palpable 3 cm. más abajo del margen de la costilla. El recuento de glóbulos blancos fue 9.050 con 86% neutrófilos, 12% linfocitos, 2% eosinófilos y 2% monocitos. Se dio Camoquina en dosis de una tableta (200 mgm.) tres veces al día. Su temperatura fue normal al día siguiente y así continuó.

Al tercer día del tratamiento, el hígado no estaba ni palpable ni doloroso y el recuento de glóbulos blancos estaba normal. Se siguió el tratamiento por dos semanas. No ha tenido ninguna recidiva en el período de tres meses, durante el cual ha estado bajo observación.

Tabla 1. El regreso a la temperatura normal y la desaparición de la parasitemia después de la administración de una sola dosis de Camoquina por vía oral.

Dosis de Camoquina en Gramos	Casos de la Malaria por <i>P. falciparum</i>				Casos de la Malaria por <i>P. vivax</i>		
	Número total de pacientes	Nº de pacientes	Prom. del Nº de horas para volver a la temperatura normal	Prom. del Nº de horas para la desaparición de la parasitemia	Nº de pacientes	Prom. del Nº de horas para volver a la temperatura normal	Prom. del Nº de horas para la desaparición de la parasitemia
1.0 Gm.	75	33	13.2	26.3	42	15.3	27.5
0.8 Gm.	75	38	18.9	35.3	37	14.0	25.7
0.6 Gm.	100	51	18.3	31.0	49	17.3	25.2
0.4 Gm.	75	38	18.7	31.2	37	16.1	27.6
Todos los grup. de dosis	325	160	17.1	29.2	165	15.8	26.4

TABLA 2. Comparación del porcentaje de excrementos positivos revelados en varios estudios hechos en Honduras.

Area	Tega.	Tega.	Depto. de Choluteca	Depto. de Cortés
------	-------	-------	---------------------	------------------

TABLA 3. Comparación de Carbarsona y Aureomicina en el tratamiento de amebas

Año	1926	helmitos 414 por protozoos 1944-1945	1944-1945	1949-1950 El presente
Nº de Exáms.	497	12.762 por	2.020	5.000
<i>Ascaris lumbricoides</i>	48.5	36.6	23.4	22.5
<i>Trichocophalus trichiuris</i>	68.4	8.1	6.8	50.7
<i>Necator americanus</i>	10.3	4.4	15.1	34.4
<i>Strongyloides stercoralis</i>	0.4	—	—	5.7
<i>Enterobius vermicularis</i>	1.0	0.2	—	0.4
<i>Taenia saginata</i>	3.8	—	—	0.4
<i>Taenia solium</i>	1.0	1.8	—	0.1
<i>Hymenolepis nana</i>	2.0	—	—	0.4
<i>Endamoeba histolytica</i>	2.6	38.9	38.3	8.4
<i>Trichomonas hominis</i>	1.0	—	15.9	3.6
<i>Chilomastix mesnili</i>	—	—	—	0.1
<i>Giardia lamblia</i>	—	—	7.4	0.1
<i>Balantidium coli</i>	—	—	—	0.1

Notieias Diversas

DP, Salomón Munguía A.

El sábado 3 de febrero del corriente año, en la sesión ordinaria que se celebró en esa fecha, ingresó en calidad de socio a la Asociación Médica Hondurena, nuestro estimado colega el Dr. Salomón Munguía A., quien prestará su promesa de ley en la sesión ordinaria que se celebrará en el próximo mes de marzo y en donde dará lectura al trabajo científico de su incorporación, el cual publicaremos en nuestro próximo número.

Esta publicación aprovecha la oportunidad, para saludar **mu**y atentamente al Dr. Munguía A.

D)r. César A. Zúniga

En fecha reciente ingresó a esta ciudad procedente de Santiago, República de Chile, nuestro estimado consocio, el Dr. César A. *Zúniga*, quien permaneció en/ aquella capital por espacio de más de un **año, llevando** un curso de Traumatología en el prestig; do Hospital "Luis Calvo Mackena".

La Revista Médica Hondurena presenta al *Dr. Zúniga* su atento saludo y le desea muchos éxitos en su profesión.

D)r. p̄swaliá S. Lowsley

Procedente de Managua y de paso para su residencia en New York, EE. UU., permsneció en esta capital por espacio de dos días nuestro socio Honorario, el Dr. Oswald S. Lowsley. Durante su visita ofreció dos magníficas intervenciones quirúrgicas verificadas en el Hospital General "San Felipe" y una interesante conferencia en el salón de sesiones de la Asociación, Médica Hondurena.

El Dr. Lowsley fue agasajado por el Capítulo Hondureno 'del Colegio Internacional de Cirugía, así como por nuestra Asociación. Deseamos que la permanencia entre nosotros de tan distinguida persona **haya** sido grata.

Dr, Marcial Cáceres Vijil

En días pasados se vio seriamente comprometida la salud de] estimable colega y consocio, Dr. Marcial Cáceres Vijil. Afortunadamente ha entrado en un período de franca mejoría, lo que aprovechará **para** cürrjirse a los Estados Unidos de América en busca de su completa curación. La AMH ha lamentado mucho la enfermedad del Dr. Cáceres Vijil y hace votos por su pronto restablecimiento.

Por el Dr. Martín A. Bulnes B.

LECCIÓN VI

Enfermedades Infecciosas y Parasitarias

Las enfermedades infecciosas son afecciones ocasionadas por agentes patógenos. Estos gérmenes proceden del medio exterior (suelo, agua, aire), del hombre o de los animales; penetran en el organismo por diversas vías, o por la superficie cutánea, y viven, pululan y ejercen sobre el mismo su acción, patógena, ya por sí mismos, o mediante los productos tóxicos que elaboran y lanzan al torrente circulatorio.

La enfermedad infecciosa representa el conflicto entre el germen patógeno y el organismo, es decir, la reacción del organismo contra ese germen. Sin conflicto, en efecto, no hay enfermedad. Si el conflicto es fulminante, la muerte es rápida; si los medios de defensa orgánica predominan, la infección abona. Esto patentiza que el organismo pone en juego sus defensas naturales.

Se aprecian por esta rápida exposición todas las armas que el microbio, por una parte, y el organismo por otra, ponen en juego en esta lucha. De ella resulta la conservación de la salud, si el organismo resiste; pero si los microbios logran vencer las funciones defensivas, entonces se instala la enfermedad. La evolución de la enfermedad se efectúa, hacia la curación si las fuerzas orgánicas predominan; hacia la muerte si las fuerzas bacterianas son más potentes; hacia la cronicidad si las fuerzas son iguales. De lo expuesto se deduce que la salud es el sostenimiento de un equilibrio incesantemente amenazado.

INFECCIONES PROTOZOARIAS Disentería Amibiana

Definición

La disentería amibiana es una infección causada por la *E. histolytica*, y se caracteriza por una colitis ulcerativa y por evacuaciones frecuentes y sanguinolentas.

Etiología

La disentería amibiana es una enfermedad entérica causada por la *Entamoeba histolytica*; se desarrolla en todas las estaciones

del año. De todos los diversos géneros y especies que han sido descritos la Entamiba histolítica es la única cuyo papel patógeno ha sido claramente establecido en el hombre. Este hecho ha sido demostrada por muchas estadísticas médicas hechas en diferentes países y por los estudios experimentales.

La Entamiba histolítica vive en los tejidos y se multiplica por simple división. Cuando las condiciones no le son propicias, adquiere una forma de resistencia: el quiste. Este quiste tiene cuatro núcleos; ingerido por el hombre, va a colonizar en el intestino grueso (ciego), dando nacimiento a cuatro amibas: una por núcleo que horadan la mucosa y la ulceran, y que pueden emigrar, por el mismo colon, hacia otros segmentos, o, por vía sanguínea, al hígado, al pulmón, o a otras regiones distantes.

Epidemiología

El hombre se infecta por la ingestión de alimentos o agua contaminada de quistes, verduras y ensaladas, crudas, por la posibilidad de que las plantas hayan sido regadas con aguas contaminadas. Los portadores de amibas contaminan los alimentos que venden o manejan con manos que poco antes anduvieron ocupadas en los menesteres de la "limpieza" después de la defecación. Y, así, contaminan el pan, los cereales, los dulces, y demás alimentos o golosinas. Las mescas, cucarachas y otros insectos que antes anduvieron en excrementos contaminan frecuentemente los alimentos, en la cocina o la despensa.

Distribución Geográfica

.....

La disentería amibiana ha sido siempre considerada como una enfermedad tropical, pero, aunque es prevalecte en los trópicos, sabemos actualmente que puede ocurrir en cualquier parte en donde hay portadores de la Entamiba histolítica. Durante y después de la Guerra Mundial, los numerosos estudios de protozoarios hechos en Inglaterra, en el resto de Europa y en los Estados Unidos del norte, revelaron una sorprendente cantidad de portadores de esta amiba.

Sintomatología

El período de incubación es variable y difícil de calcular. Las amibas aparecen en las heces, frecuentemente, en un plazo de cuatro a seis días después de la ingestión de los quistes, pero el período que transcurre hasta la aparición de los síntomas es muy **irregular**.

Generalmente, la infección principia por una simple diarrea; esta, diarrea parece primero de naturaleza banal; pero poco a poco cambia de aspecto y se hace sanguinolenta al mismo tiempo; la defecación hace sufrir al enfermo. Las evacuaciones son frecuentes, primero, fecales; luego, conteniendo moco y sangre, 5 ó 6 cámaras en las 24 horas, o 10, 15, 20, en los casos graves, todos con cólicos, tenesmo rectal y vesical; pero sin fiebre.

Los dolores abdominales, es decir, cólicos o retortijones, aparecen en el momento en que el enfermo experimenta la necesidad de evacuar su intestino y desaparecen inmediatamente después, excepto en los casos graves, en que persisten en el intervalo de las deposiciones. El tenesmo está caracterizado por una sensación dolorosa en la región del ano con necesidad incesante de defecar, lo más frecuente sin resultado o con expulsión de una mínima cantidad de materias fecales. El paciente sufre de malestar general, la piel está seca, la cara, adquiere un tinte terroso característico, produciéndose un enflaquecimiento notable. Esta enfermedad evoluciona hacia la curación en una o dos semanas en los casos benignos.

Tratamiento

Se debe imponer a los enfermos reposo y dieta a líquidos o sólidos blandos y siempre que sea posible se administrarán vitaminas y jugo de frutas. Para el tratamiento específico existe una considerable variedad de drogas anti-amibianas de que se disponen en la actualidad. El clorhidrato de emetina, alcaloide de la ipecacuana, es la droga más valiosa en los períodos agudos de la disentería en evolución. La emetina se empleará exclusivamente por vía intramuscular. Cuando se administra subcutáneamente es muy irritante y produce nodulos dolorosos que pueden persistir largo tiempo. Se aconseja la solución acuosa de Clorhidrato de Emetina al 2% iniciando el tratamiento con las dosis de 0.04, 0.05, 0.06 centigramos, diariamente, continuando con esta última dosis hasta completar la dosis total de 0.80 centigramos. En caso de presentarse los efectos depresivos de la emetina se puede asociarla con la estricnina, un miligramo, en el momento de prepararla para la inyección.

Para calmar los dolores abdominales debe prescribirse Elixir paregórico: XX gotas tres veces al día o Láudano de Sydenham: XV gotas tres veces al día en agua corriente. Los arsenicales también están indicados en el tratamiento de esta afección; el uso del carbarsón se ha evidenciado como el medicamento de elección para la infección amibiana. Actualmente, algunos autores recomiendan la Aureomicina como el agente terapéutico más efectivo en el tratamiento de la amibiasis.

Profilaxis

La profilaxis es esencial para evitar la propagación de la enfermedad, consiste en tratar a los enfermos y a los portadores, que son fuente de contagio; desinfección de las deposiciones y de los sitios donde se alojan estos enfermos, evitar la ingestión de los alimentos que puedan haber estado en contacto con el agente de la enfermedad.

APUNTES BIBLIOGRÁFICOS

Tratado *de* Patología Interna, por los Dres. Enriquez, **Laffitte**, **Laubry**, Vincent. Patología Interna, por el Dr. F. J. Collet. Amibiasis, por el Dr. Armando Bustos. Amibiasis **Intestinal**, por el Dr. J. G. Isabat. Sugestiones, N^o 165, mayo de 1949.