

## El insomnio

Dr. A. JARDÍ LLAGOSTERA

**S**e ocupa del insomnio como síntoma aislado, que parece constituir en algunos casos toda la enfermedad y en los que el médico debe esforzarse para descubrir la etiología con el fin de orientar un correcto tratamiento.

Después de referirse brevemente al mecanismo fisiológico, aún confuso, del sueño, expone el concepto del insomnio, que define como «La disminución de la duración o profundidad del sueño o de ambas cosas a la vez, producida por una causa o combinación de varias, psicológicas u orgánicas».

Clasifica las causas del insomnio en tres grupos: 1.º Causas externas o banales, tales como calor, frío, incomodidad de la cama, etc. cuya existencia es a veces ya observada por el enfermo, pero que muchas veces, por su vulgaridad pueden pasar desapercibidos, siendo el médico el que debe interrogar sobre estos detalles. 2.ª Causas orgánicas y tóxicas: Se incluyen aquí los estados productores de molestias físicas, tales como dolor, prurito, tos, disnea, etc. También ciertos procesos patológicos, muy a menudo productores de insomnios, como son la arteriosclerosis, hipertensión, tireotoxicosis, disturbios gastrointestinales, etc. Finalmente, los tóxicos exógenos (café, alcohol, té) y endógenos (venenos urémicos p. e.). 3.ª Causas psíquicas, sin duda las más frecuentes e importantes como productoras o al menos coproductoras de insomnios. Se comprenden aquí los estados emocionales intensos, las psiconeurosis y las psicosis propiamente dichas, principalmente las formas depresivas, maníacas y confusionales.

En la clínica del insomnio, describe esquemáticamente, tres tipos distintos: a) El insomnio inicial o dificultad de conciliar el primer sueño. Suele depender de causas banales, pero se observa también en algunos estados de angustia o preocupación. b) El insomnio intermitente, con sueño interrumpido, inquieto, a menudo acompañado de pesadillas y ensueños desagradables. Esta forma suele relacionarse con procesos orgánicos, singularmente, disturbios gastrointestinales. c) El insomnio terminal, o sea el despertar temprano sin posibilidad de reanudar el sueño, tipo frecuentísimo en la edad avanzada, arteriosclerosis y estados depresivos.

Expone en forma resumida los efectos del insomnio, ya en forma experimental ya en la clínica. Experimentalmente se observa un aumento de la sensibilidad al dolor por descenso del umbral, fatigabilidad, cambio de carácter, disminución de la capacidad de concentración, etc. En la práctica estos síntomas vienen agravados por la preocupación propia del estado.

El capítulo del tratamiento lo divide en tres partes: 1.º Tratamiento general o físico. Ante un enfermo que se queja de insomnio precisa un interrogatorio metódico, a ser posible corroborado por un familiar, seguido de una exploración minuciosa de los distintos órganos y sistemas. Conviene disponer, de acuerdo con el enfermo, las condiciones de la habitación, es decir, procurar suprimir si se han descubierto en el interrogatorio, posibles causas externas. No hay que decir que si se descubre algún proceso orgánico, el tratamiento del mismo, pasará a primer plano. Es favorable la hidroterapia sedante en forma de baños calientes y prolongados antes de acostarse, así como también el masaje suave de los músculos espinales, práctica ésta muy útil en enfermos encamados.

2.º Tratamiento psicoterápico. Es suficiente para llevarlo a cabo disponer de paciencia y sentido común. Es preciso desde el primer momento saber inspirar confianza al enfermo, y en sucesivas conversaciones con el mismo enterarse de sus problemas e inquietudes, procurando solucionárselas en lo posible. Tranquilizar al enfermo respecto a los peligros que cree ver en el insomnio. El hip-

notismo es de escaso valor terapéutico. También suelen fracasar los procedimientos de autosugestión que se han recomendado, tales como imaginar que se aumento de peso, contar, etc.

3.<sup>o</sup> Tratamiento farmacológico. Ha sido muy discutida su conveniencia y expone las razones en pro y en contra que se han esgrimido. Concluye que el uso de la medicación hipnótica, correctamente aplicada, no debe proibirse. Divide los hipnóticos en rápidos y lentos. Cita entre los primeros, de efectos precoces y poco duraderos, el hedonal y el voluntal del grupo de los uretanos; el evipán de los barbitúricos y el hidrato de cloral. Entre los segundos, de efectos de autosugestión que se han recomendado, tales como imaginar que se autos más tardíos y prolongados el bromural y la adalina, del grupo de las amidas; el sulfonal, de las sulfonas y el veronal, medinal, luminal, sedormid, somnifeno, etc., del grupo del ácido barbitúrico. Según el tipo de insomnio, inicial o terminal, se escogen hipnóticos de uno u otro grupo. Dentro de cada uno, cada cual tiene sus preferencias.

Los hipnóticos no deben emplearse en forma rutinaria. Hay que inculcar al enfermo la idea de que no todo se fía a la droga, sino que aquélla sólo la empleamos en tanto que estudiamos y tratamos su estado general alterado, y que disminuirémos la dosis paulatinamente. Conviene los primeros días, requerir noticias casi diarias del enfermo. Prescribir el hipnótico y no preocuparse más, conduce a la automedicación y al fracaso.

La dosis óptima, obtenida por tanteo, se mantendrá sólo 2 o 3 semanas, disminuyéndola después gradualmente. En los enfermos mentales, sobre todo en los deprimidos, no conviene dejarles disponer de la droga, para evitar su uso desordenado, o lo que es peor, un intento de suicidio. Conviene en estos casos tenerles hospitalizados. En estos enfermos, a veces sólo el tratamiento convulsivante consigue vencer la rebeldía de su insomnio.

## Períodos evolutivos del ulcus gastroduodenal

Dr. J. SALA ROIG

**E**N la evolución clínica del ulcus gastroduodenal se distinguen tres períodos: el ulcerógeno, el ulceroso y el de latencia.

El período *ulceroso* es el clásico del ulcus. El enfermo presenta dolores tardíos que se alivian con la ingesta y con alcalinos, y que mejoran rápidamente con una dieta apropiada. Existe una tendencia espontánea a la curación, que puede lograrse simplemente con la supresión de factores agresivos y colocando el órgano en buenas condiciones fisiológicas, con lo cual, nichos a veces enormes desaparecen en uno a tres meses, según tamaño. Por eso en esta fase como más apropiada, la que se adapte a las tres normas fundamentales siguientes han obtenido éxitos con las numerosas terapéuticas empleadas. Preconiza, tes: Régimen líquido hiposecretor; cura tópica a base de bismuto, y disminuir con alcalinos la hiperacidez. Es indiscutible la utilidad del reposo, aunque en el 90 % de los casos es innecesaria la permanencia en cama. La atropina, si existe hiperperistaltismo y la cura proteínica, pueden ser beneficiosas.