



Año 1917

Núm. 3249

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Man. I. R. 17.11

COCAINISMO CRONICO

TESIS

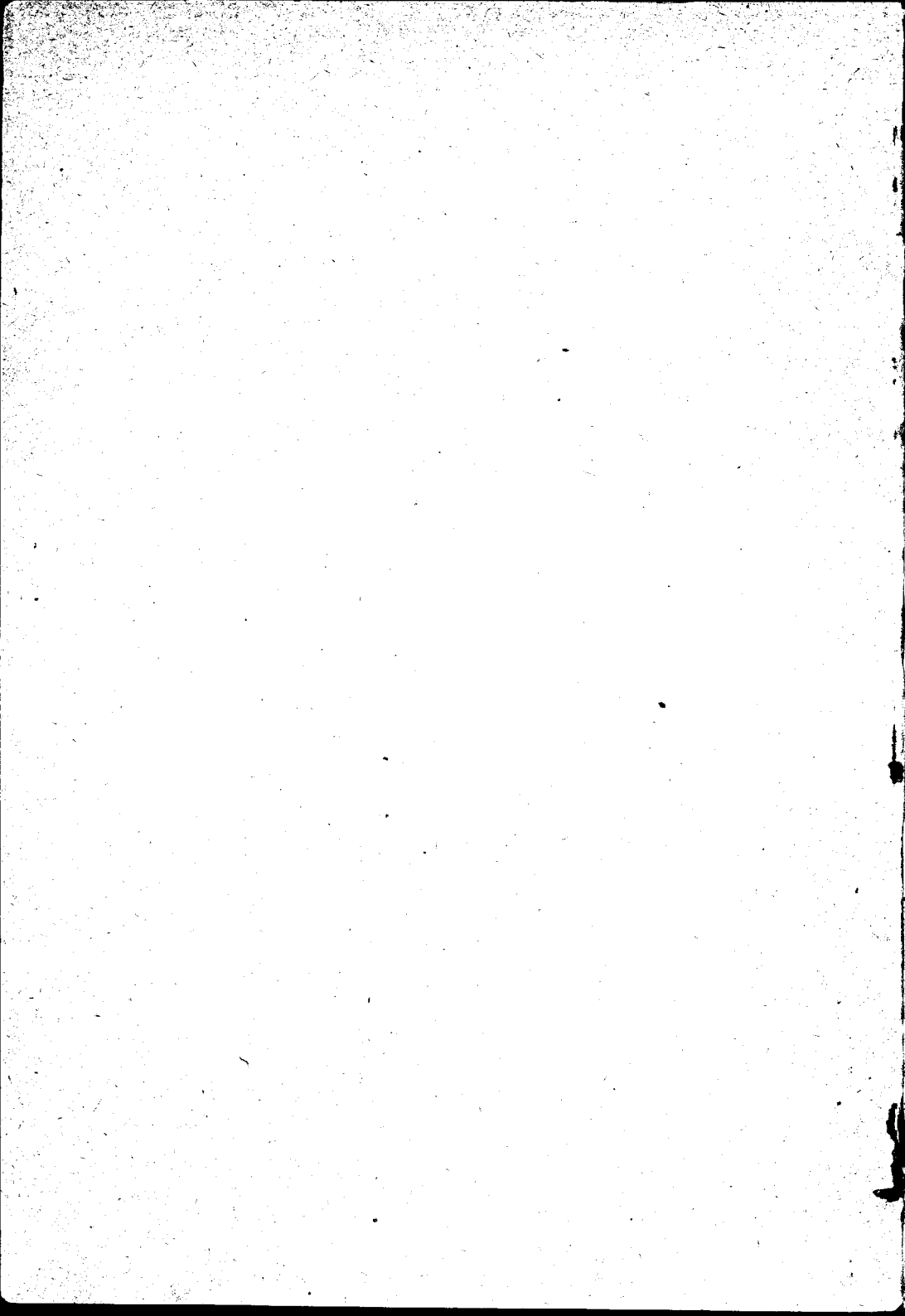
PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

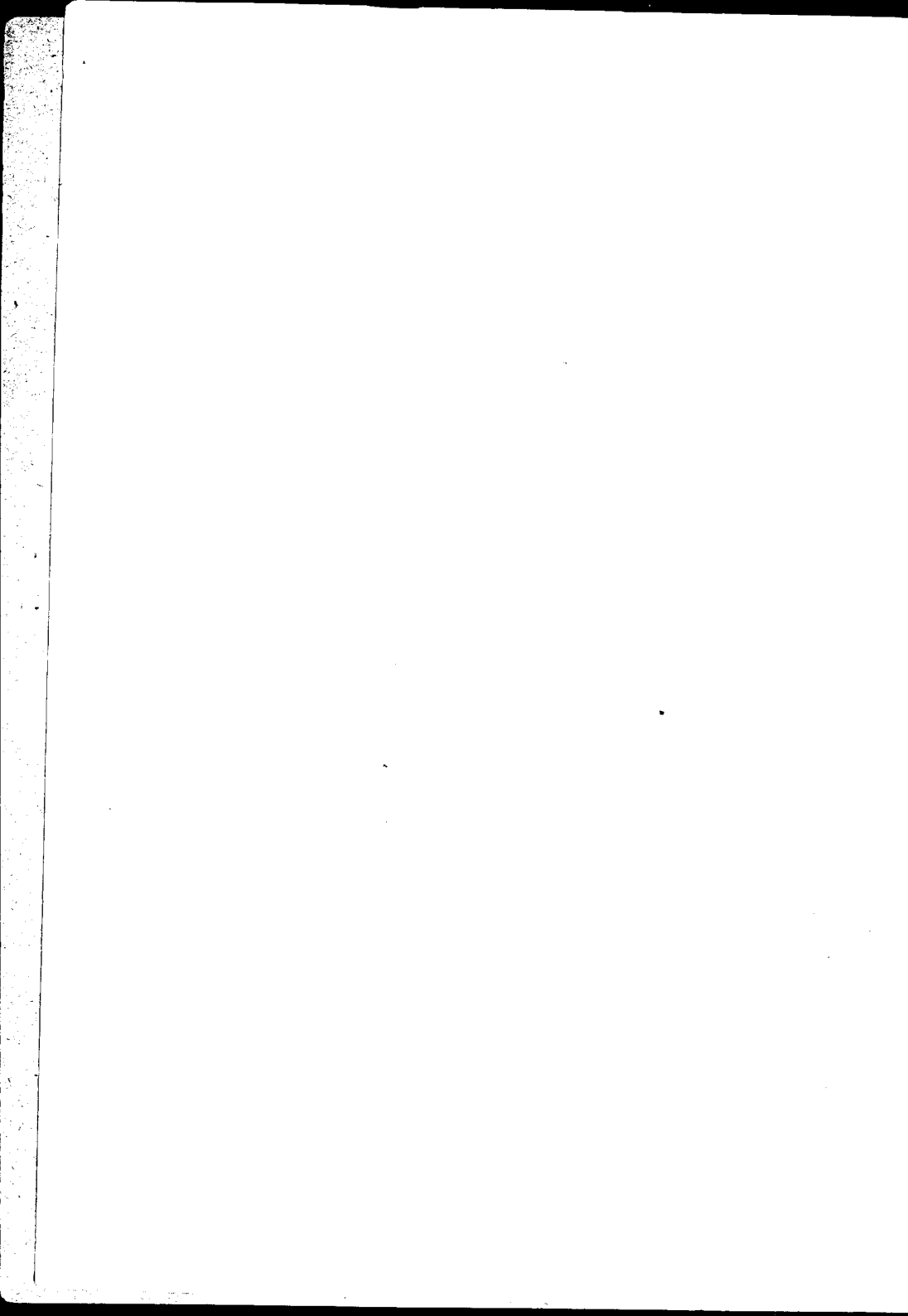
Manuel Ignacio Romero



"LAS CIENCIAS"
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES



COCAINISMO CRÓNICO



Año 1917

Núm. 3249

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

COCAINISMO CRONICO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POA

Manuel Ignacio Romero



"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1377 - BUENOS AIRES

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 169 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

Vice-Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Miembros titulares

1. Dr. D. EUFEMIO UBALLES
2. " " PEDRO N. ARATA
3. " " ROBERTO WERNICKE
4. " " JOSÉ PENNA
5. " " LUIS GHEMES
6. " " ELISEO CANTON
7. " " ANTONIO C. GANDOLFO
8. " " ENRIQUE BAZTERRICA
9. " " DANIEL J. CRANWELL
10. " " HORACIO G. PISERO
11. " " JUAN A. BOERI
12. " " ANGEL GALLARDO
13. " " CARLOS MALBRAN
14. " " M. HERRERA VEGAS
15. " " ANGEL M. CENTENO
16. " " FRANCISCO A. SICARDI
17. " " DIOGENES DECOUD
18. " " BALDOMERO SOMMER
19. " " DESIDERIO F. DAVEL
20. " " GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. " " DOMINGO CABRED
22. " " ABEL AYERZA
23. " " EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELEMACO SUSINI
2. " " EMILIO R. CONI
3. " " OLINTO DE MAGALHAES
4. " " FERNANDO VIDAL
5. " " ALOYSIO DE CASTRO



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

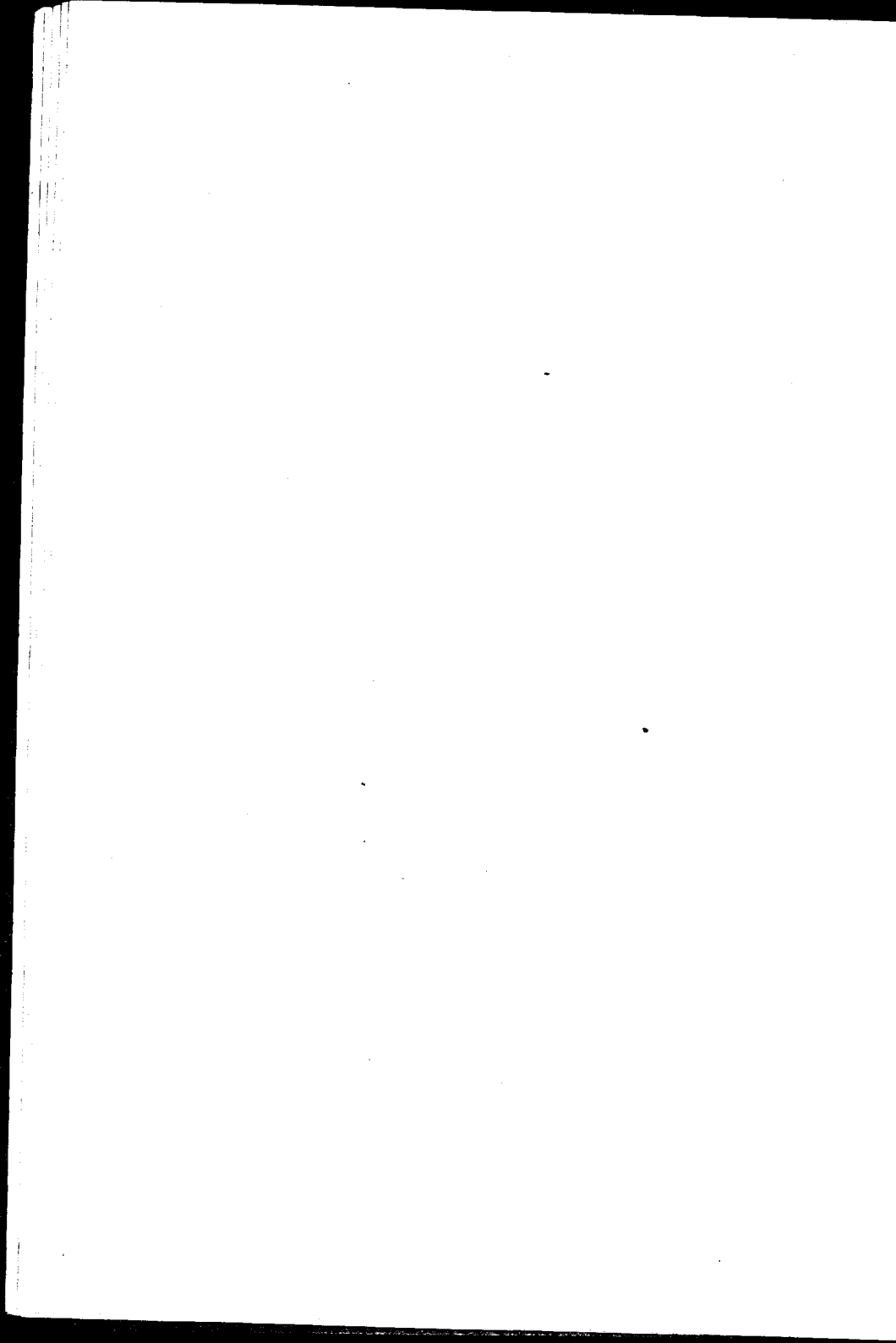
DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA
" " ELISEO CANTON
" " ANGEL M. CENTENO
" " DOMINGO CABRED
" " MARCIAL V. QUIROGA
" " JOSÉ ARCE
" " EUFEMIO UBALLES (con Lic.)
" " DANIEL J. CRANWELL
" " CARLOS MALBRAN
" " JOSÉ P. MOLINARI
" " MIGUEL PUIGGARI
" " ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)
" " FANOR VELARDE
" " IGNACIO ALLENDE
" " MARCELO VISAS
" " PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. P. CASTRO ESCALADA
DR. D. JUAN A. GABASTOU



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
.. JUVENCIO Z. ARCE
.. PEDRO N. ARATA
.. FRANCISCO DE VEYGA
.. ELISEO CANTON
.. JUAN A. BOERI
.. FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	„ LUCIO DURASONA
Anatomía Descriptiva	„ RICARDO S. GOMEZ
Anatomía Descriptiva	„ R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía Descriptiva	„ JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	„ PEDRO BELOU
Histología	„ ROFOLFO DE GAINZA
Física Médica	„ ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	„ HORACIO G. PISERO
Bacteriología	„ CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica	„ PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	„ RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	{ „ GREGORIO ARAOZ ALFARO
	„ DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	„ AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica	„ TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica	„ JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	„ DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	„ LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica	„ PALLOMERO SOMMER
„ Génito-uritarias	„ PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	„ JUAN B. SESORANS
Clinica Epidemiológica	„ JOSÉ PENNA
„ Oto-rino-laringológica	„ EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	„ MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Oftalmológica	„ Vacante
„ Médica	„ LEIS GUEMES
„ Médica	„ LEIS AGOTE
„ Médica	„ IGNACIO ALLENDE
„ Médica	„ ABEL AYERZA
„ Quirúrgica	„ PASCUAL PALMA
„ Quirúrgica	„ DIOGENES DECOTD
„ Quirúrgica	{ „ ANTONIO C. GANDOLFO
	„ MARCELO T. VISAS
„ Neurológica	„ JOSÉ A. ESTEVES
„ Psiquiátrica	„ DOMINGO CABRED
„ Obstétrica	„ ENRIQUE ZARATE
„ Obstétrica	„ SAMUEL MOLINA
„ Pedlátrica	„ ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	„ DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecologica	„ ENRIQUE BAZTERRICA



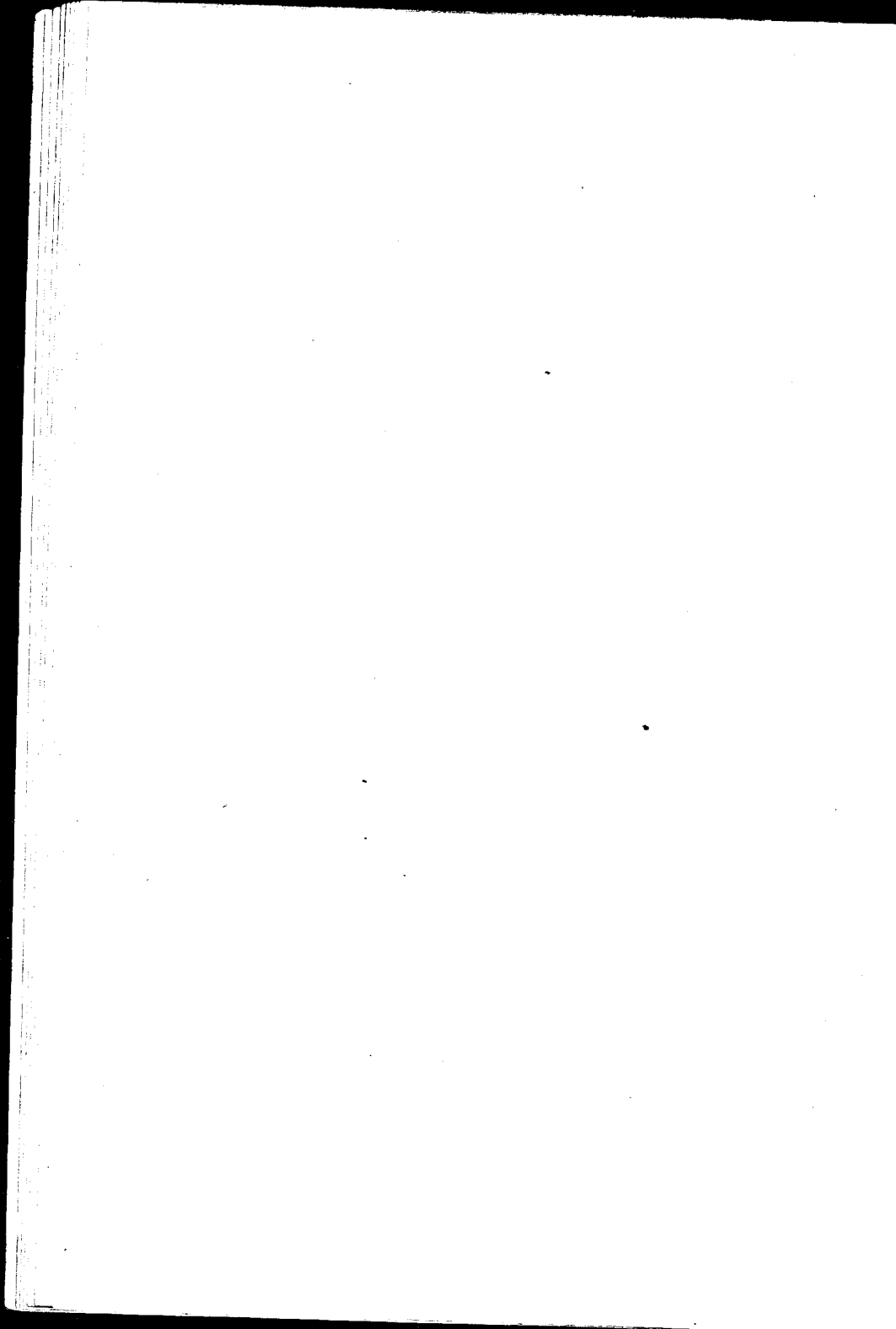
ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	Dr. DANIEL J. GREENWAY
Histología	„ JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	„ JUAN CARLOS DELFINO
	„ LEOPOLDO URIARTE
	„ ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica	„ JOSÉ BADIA
Clinica Ginecológica	„ JOSÉ F. MOLINARI
„ Médica	„ PATRICIO FLEMING
„ Dermato-sifilográfica	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
„ Gónito urinaria	„ BERNARDINO MARAINI
Clinica Neurológica	„ JOSÉ R. SEMPRÚN
	„ MARIANO ALURRALDE
	„ ANTONIO F. PISERO
Clinica Pedlátrica	„ MANUEL A. SANTAS
	„ FRANCISCO LLOBET
Clinica Quirúrgica	„ MARCELINO HERRERA VEGAS
„ Quirúrgica	„ RICARDO COLON
Patología Interna	„ ELISEO V. SEGURA
Clinica oto-rino-laringológica	„ JOSÉ T. BORDA
	„ Psiquiátrica

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica	Dr. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica	" GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva	" SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana	" EUGENIO GALLI
Bacteriología	" FRANK L. SOLER
Química Biológica	" BERNARDO HOUTSSAY
Higiene Médica	" RODOLFO RIVAROLA
Semeiología y ejercicios clínicos	" GERMAN ANSCHUTZ
Anatomía Patológica	" SALVADOR MAZZA
Materia Médica y Terapia	" BENJAMIN GALARCE
Medicina Operatoria	" FELIPE JUSTO
	" MANUEL V. CARBONELL
	" CARLOS BONORINO UDAONDO
	" ALFREDO VITON
	" JOAQUIN LLAMBIAS
	" ANGEL H. ROFFO
	" JOSE MORENO
	" ENRIQUE PINOCCHIETTO
	" CARLOS ROBERTSON
	" FRANCISCO P. CASTRO
	" CASTELFORT LUGONES
	" ENRIQUE M. OLIVIER
	" ALEJANDRO CEBALLOS
	" NICOLAS V. GRECO
	" PEDRO L. BALISA
	" FERNANDO R. TORRES
	" FRANCISCO DESTEFANO
	" ANTONINO MARCO DEL PONT
	" ENRIQUE B. DEMARIA (en ejer.)
	" ADOLFO NOCETTI
	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARTIN CASTRO ESCALADA
	" PEDRO LABAQUI
	" LEONIDAS JORGE FACIO
	" PABLO M. BARLAHO
	" EDUARDO MARINO
	" JOSE ARCE
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
	" ROBERTO SOLE
	" PEDRO CHIUTRO
	" JOSE M. JORGE (hijo)
	" OSCAR COPELLO
	" ADOLFO F. LANDIVAR
	" VICENTE DIMITRI
	" ROMULO H. CHIAPPORI
	" JUAN JOSE VITON
	" PABLO J. MORSALINE
	" RAFAEL A. HULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCIA
	" JOSE DESTEFANO
	" JUAN R. GOYENA
	" JUAN JACOBO SPANGENBERG
	" MAMERTO ACCIÀ
	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JUAN CARLOS NAVARRO
	" JAIMÉ SALVADOR
	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS R. CIRIO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" A. PERALTA RAMOS
	" FAUSTINO J. TRONGE
	" JUAN B. GONZALEZ
	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
	" ENRIQUE A. ROERO
	" JOAQUIN V. GNECCO
	" JAVIER BRANTAN
	" ANTONIO PODESTA
Medicina Legal	"



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc. Dr. J. C. LLAMES MASSINI

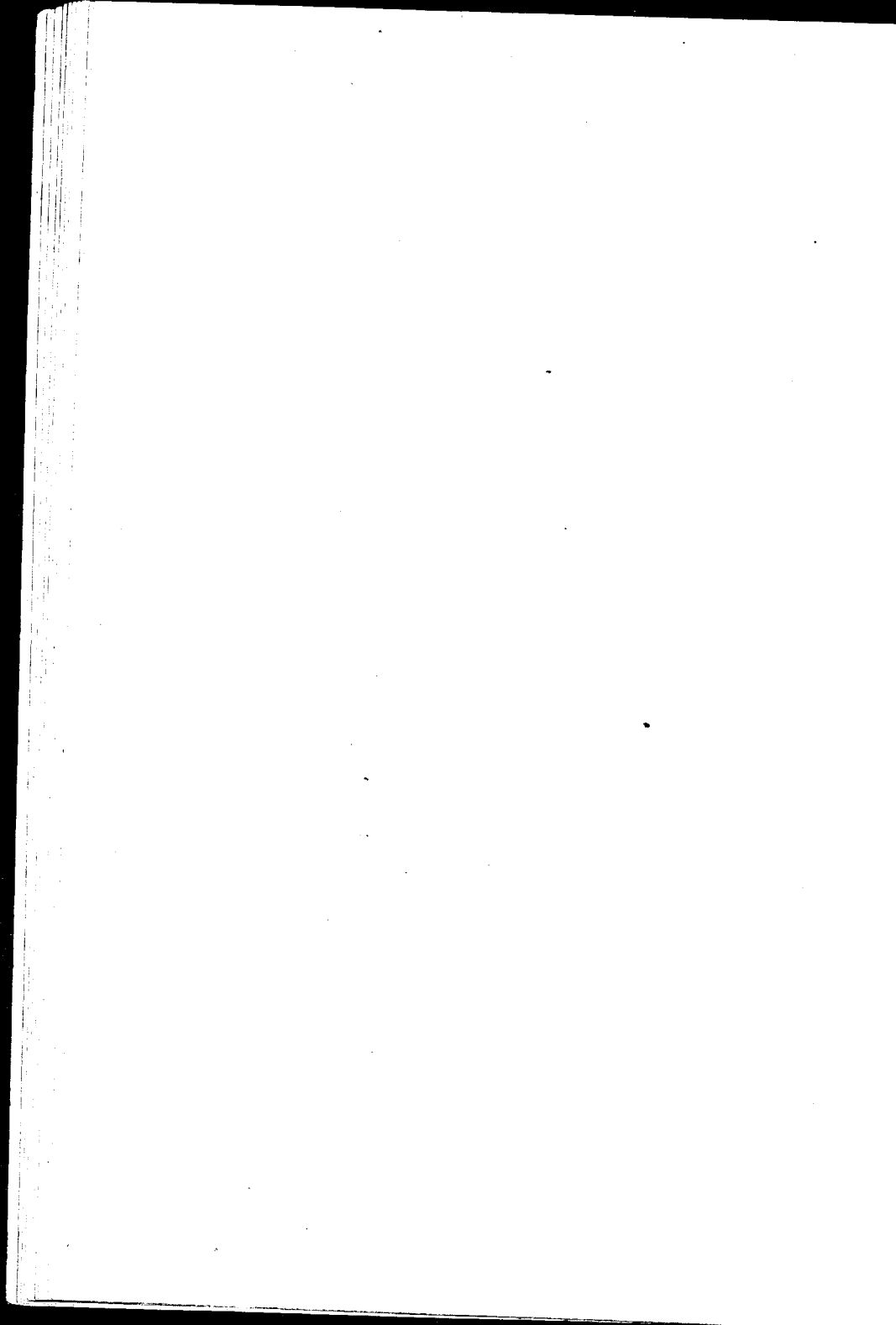
Segundo año:

Parto fisiológico MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica obstétrica ELEANOR VELARDE

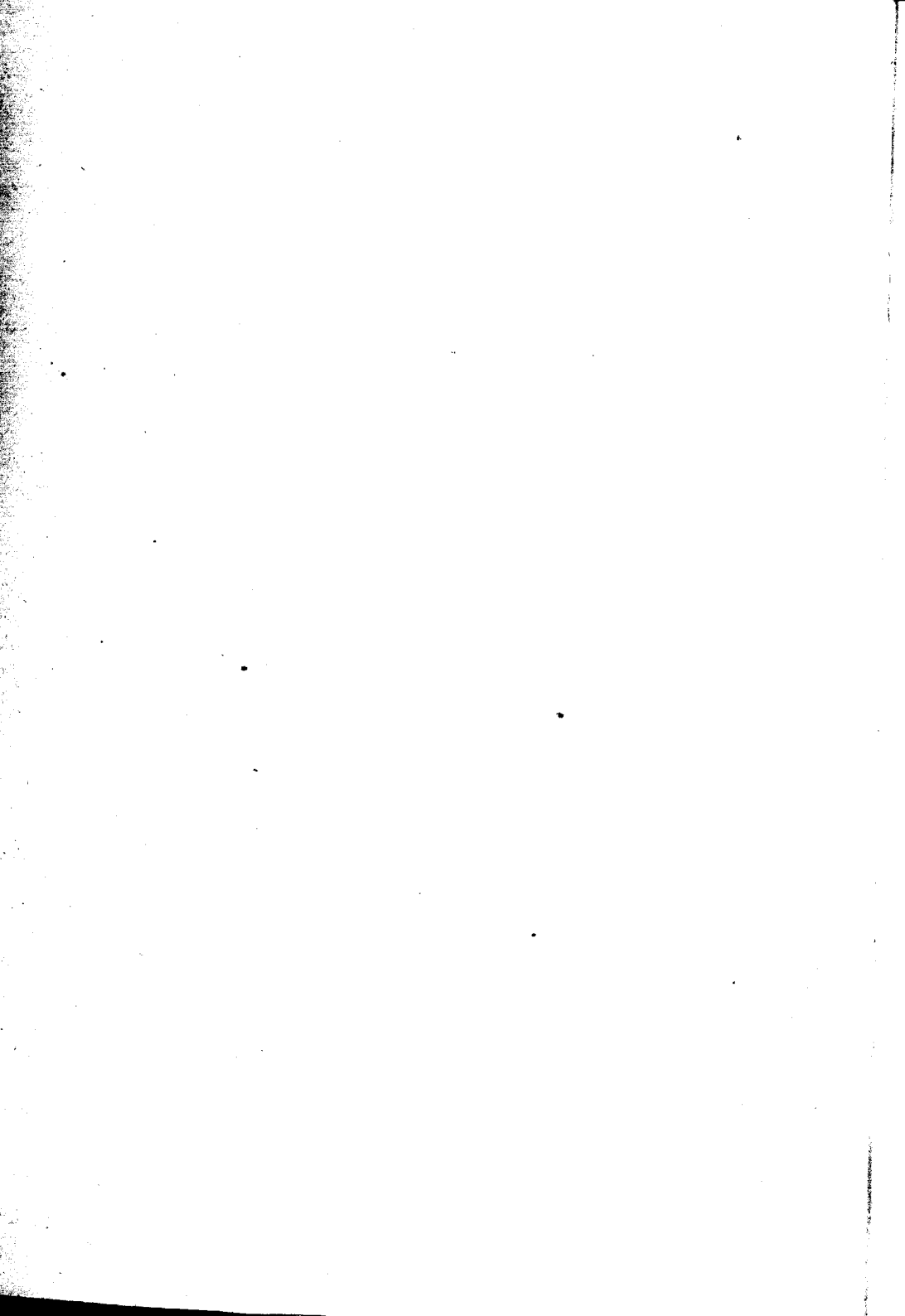
Puericultura UBALDO FERNANDEZ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía. Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	„ ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	„ MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	„ FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física Farmacéutica	DR. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	„ FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica Farmacéutica	„ J. MANUEL IRIZAR
Química Analítica y Toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	„ FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	„ RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	„ PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas	„ OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica	DR. TOMAS J. RUMI
Química orgánica	SR. PEDRO J. MESIGOS
	„ LUIS GUGLIALMELLI
Química analítica	DR. JUAN A. SANCHEZ
Química inorgánica	„ ANGEL SABATINI
	„ EMILIO M. FLORES

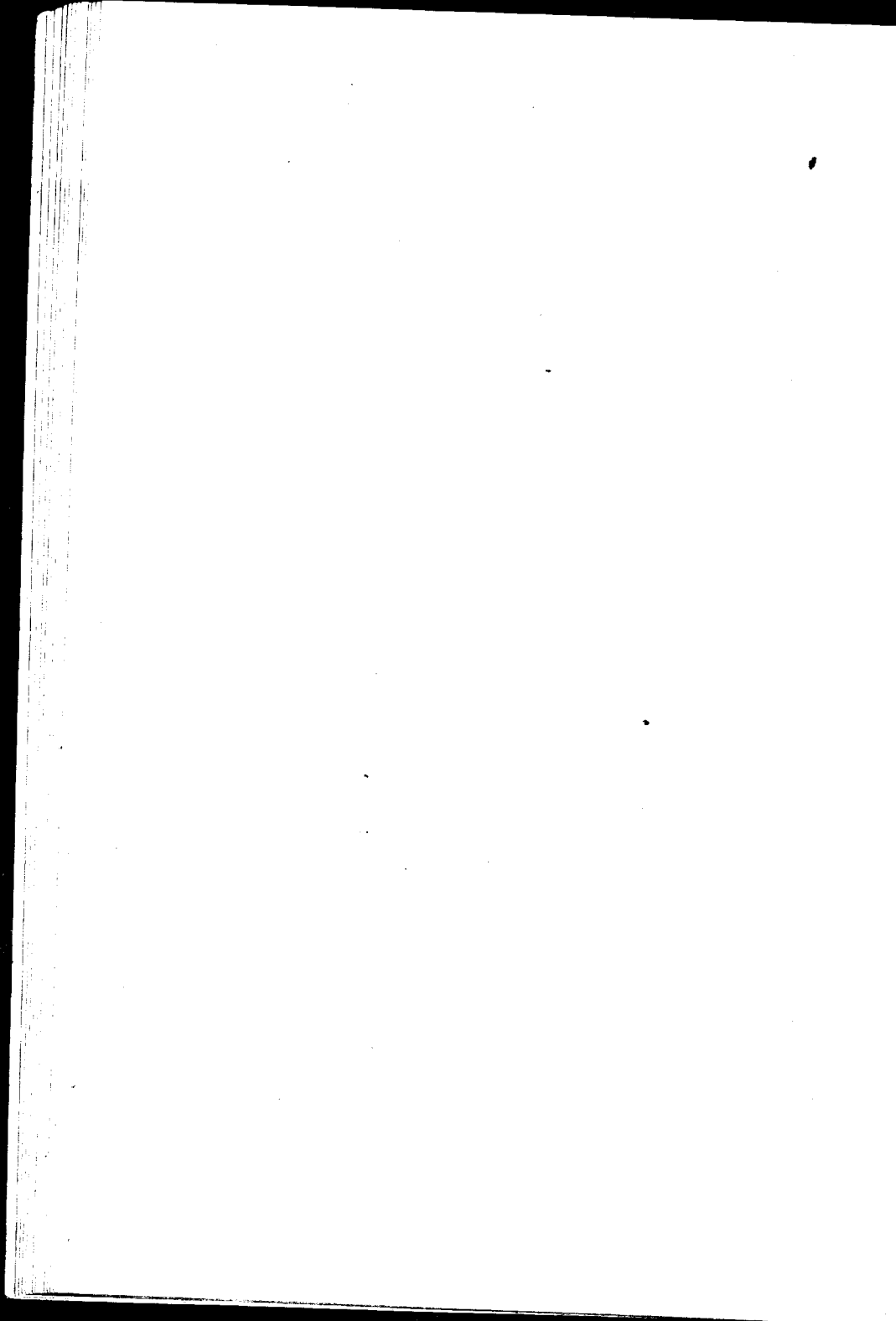


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año	Dr. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año	„ LEON PEREYRA
3er. año	„ N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	Sr. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos suplentes

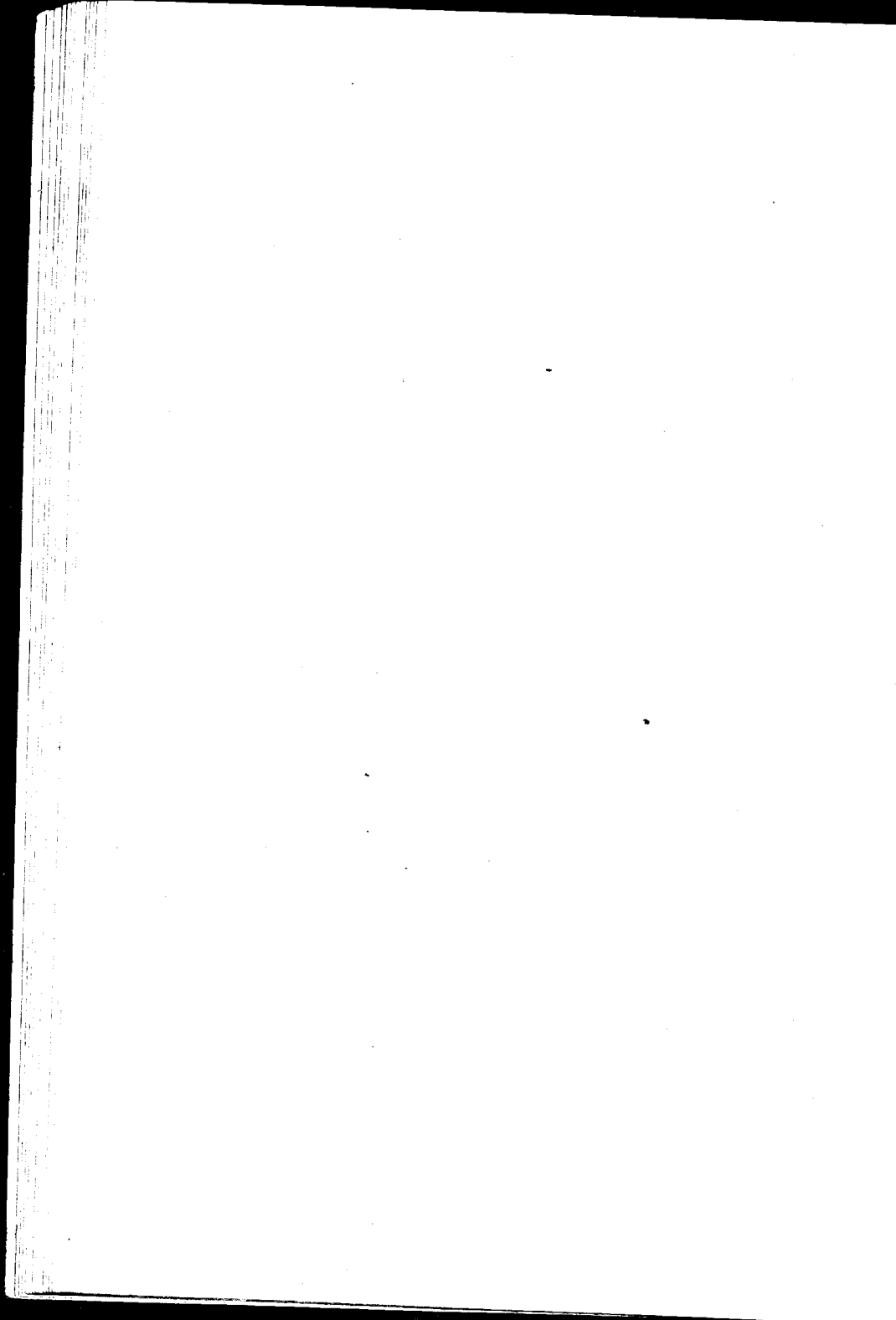
DR. D. ALEJANDRO CABANNE
DR. D. TOMÁS S. VARELA (2.º año)
SR. D. JUAN U. CARREA (Protesis)



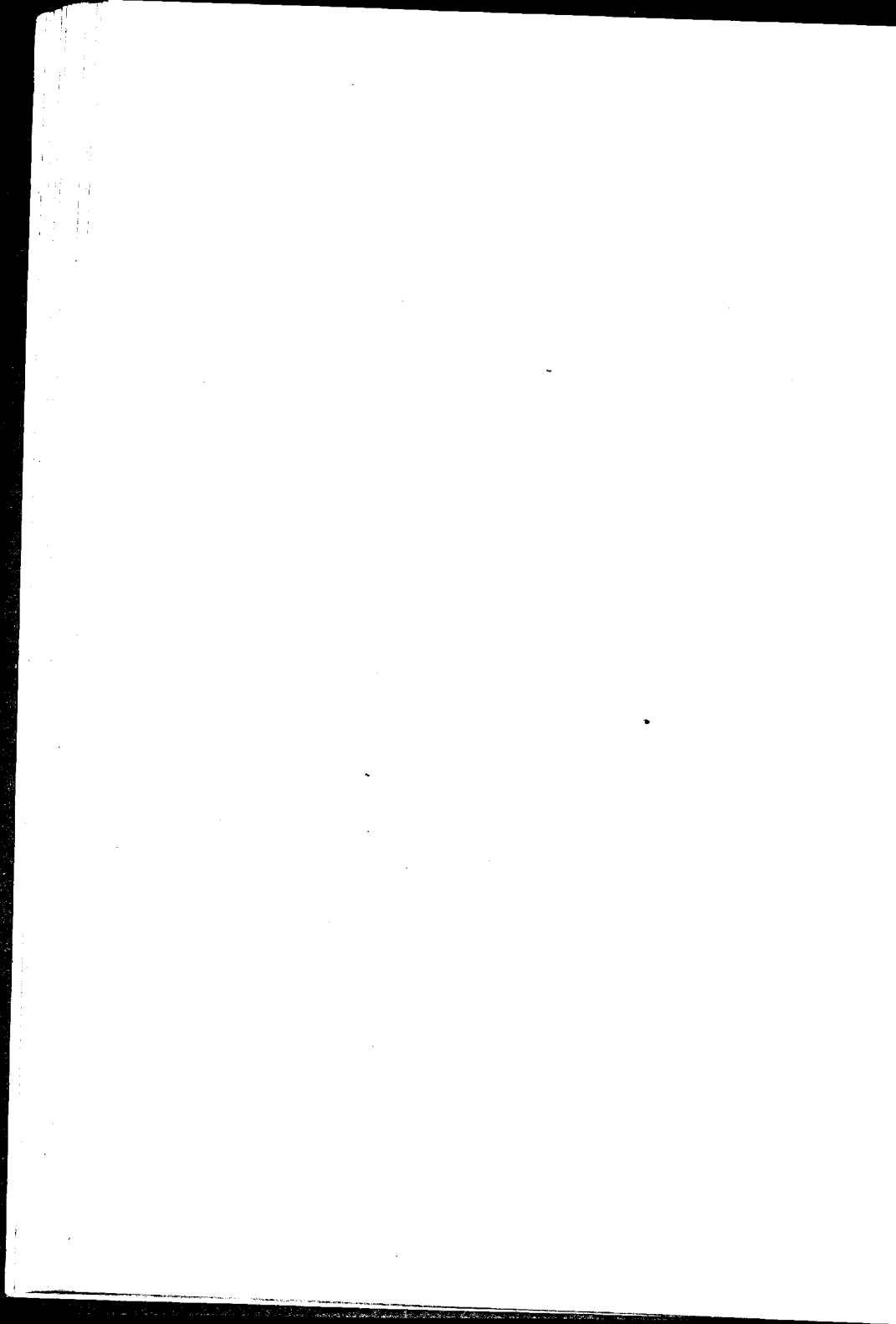
PADRINO DE TESIS :

DOCTOR JUAN B. SEÑORANS

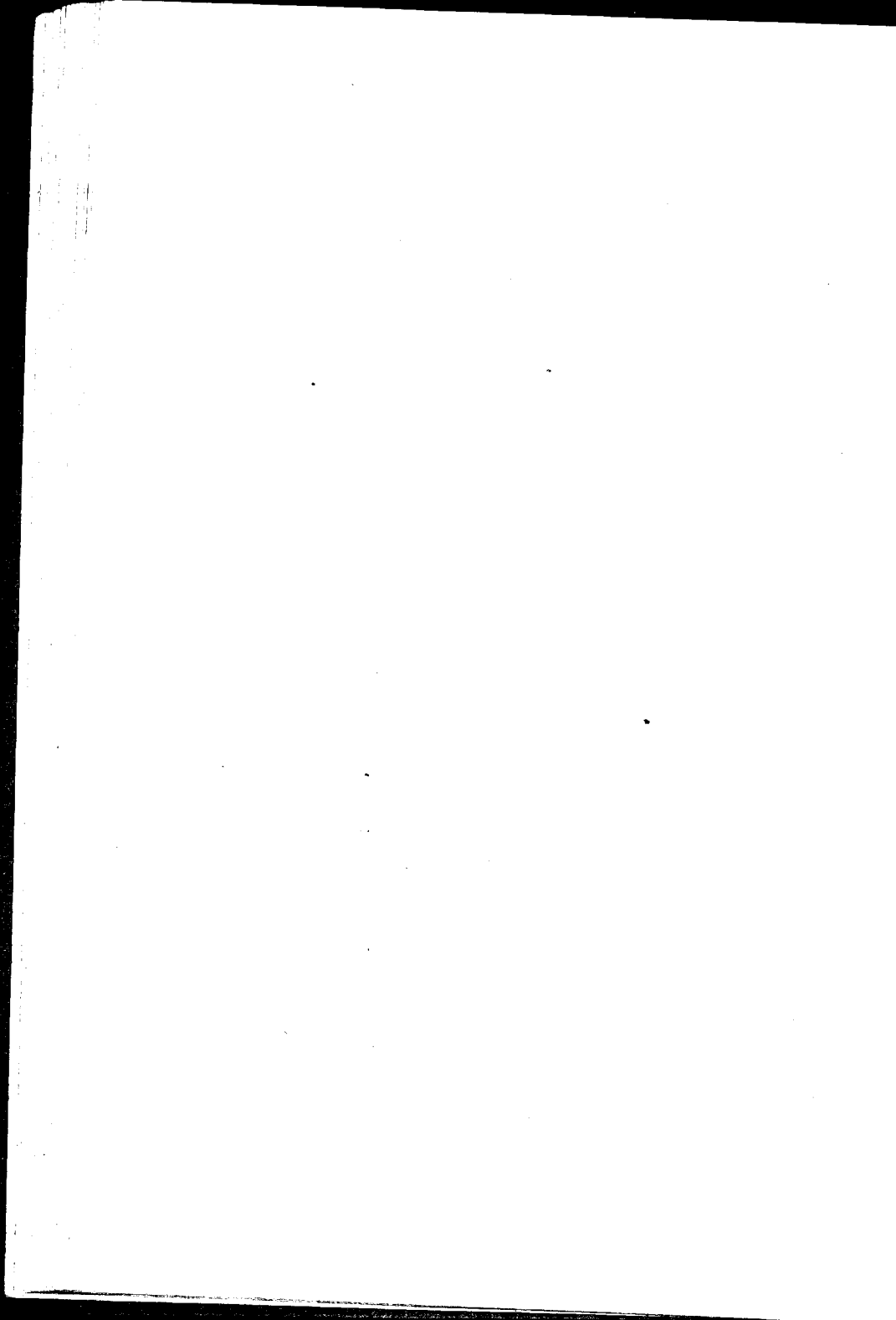
PROFESOR DE TOXICOLOGIA DE LA ESCUELA DE MEDICINA



A MIS PADRES



A MI NOVIA

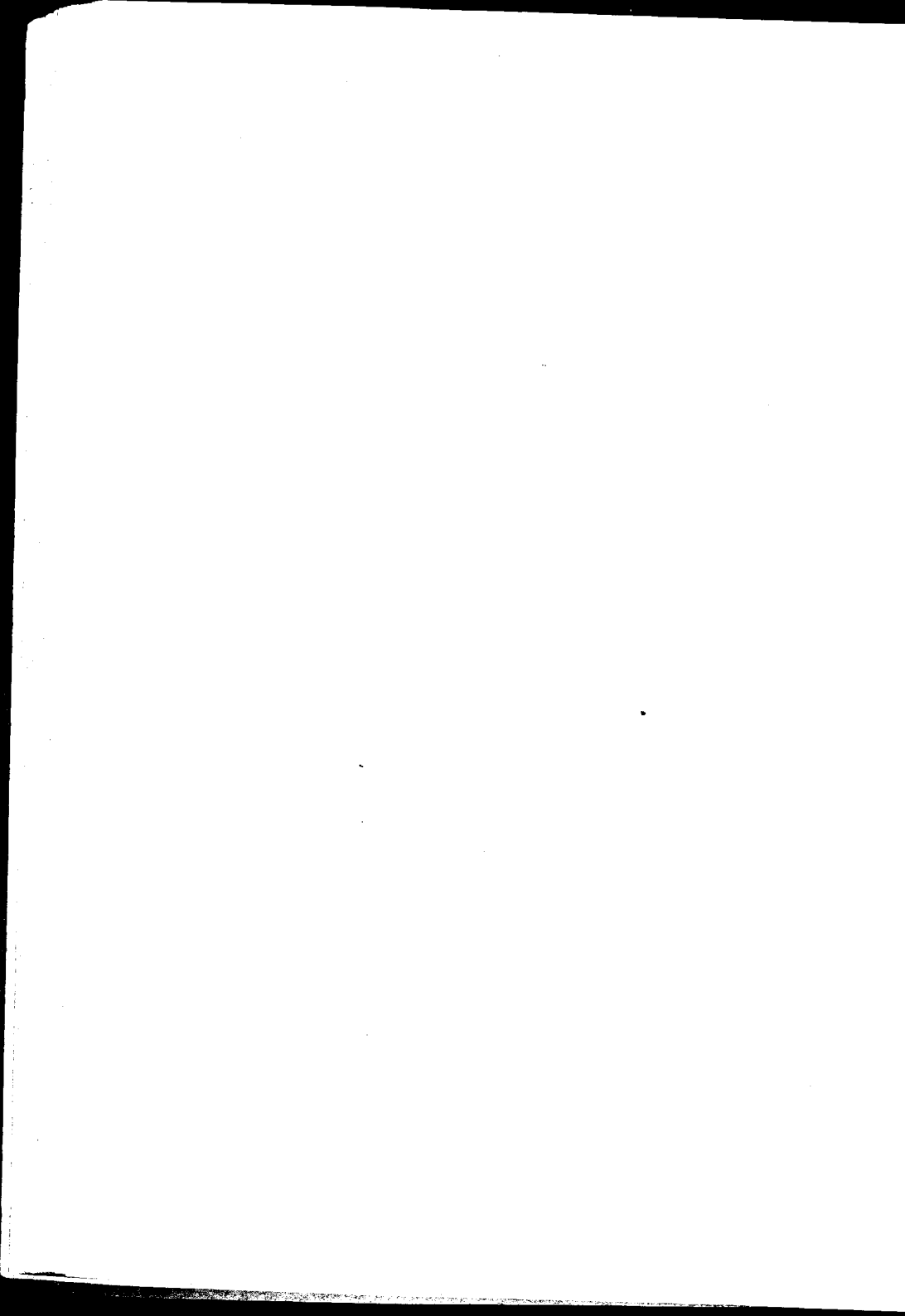


A MI HERMANA

A MIS HERMANOS



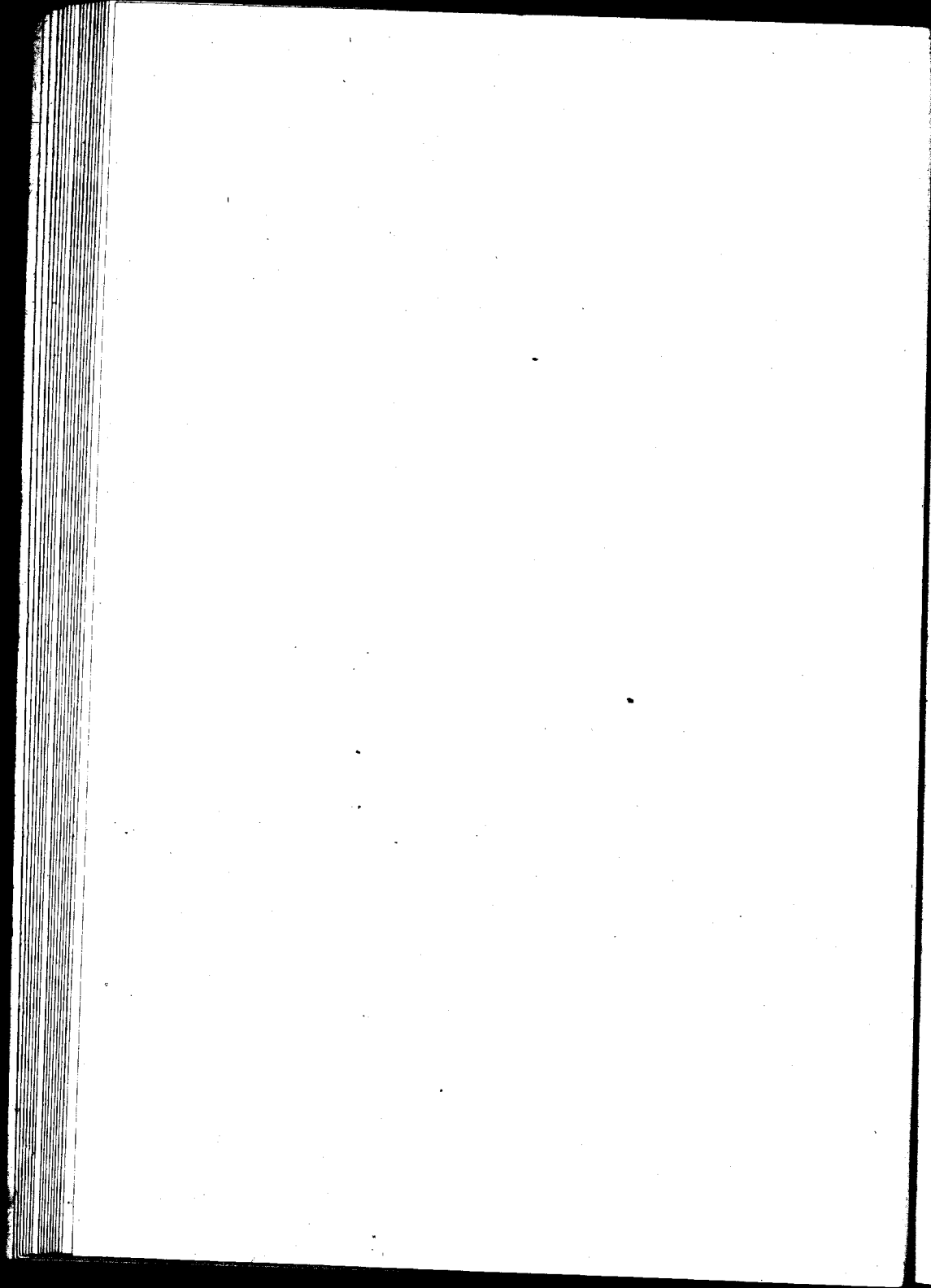
A MIS AMIGOS



A LOS DOCTORES :

IGNACIO BLANES
LUCIO DURAÑONA
DOMINGO CREMONA

A MIS COMPAÑEROS DE LABORATORIO DE TOXICOLOGIA



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

He estudiado con gusto este tema sorprendido ante la poca importancia que parece atribuírsele en esta época, en que su origen y sus consecuencias parecerían más propicias a despertar el interés de los médicos que aquel que llevó al célebre alienista de Bendorf a proclamar las alarmas de su aparición y los peligros de su desarrollo.

El cocainismo crónico constituye un vicio frecuentísimo en todos los grandes centros de población. En Buenos Aires tiende a prosperar considerablemente y en paralelismo al desenvolvimiento cada día mayor de la prostitución.

Ya no está su causa principal en el tratamiento de la morfinomanía por las inyecciones de cocaína que con tanto entusiasmo combatió Erlenmeyer, consiguiendo restar al vicio considerable número de sus simpatizantes, y aun cuando ahora como

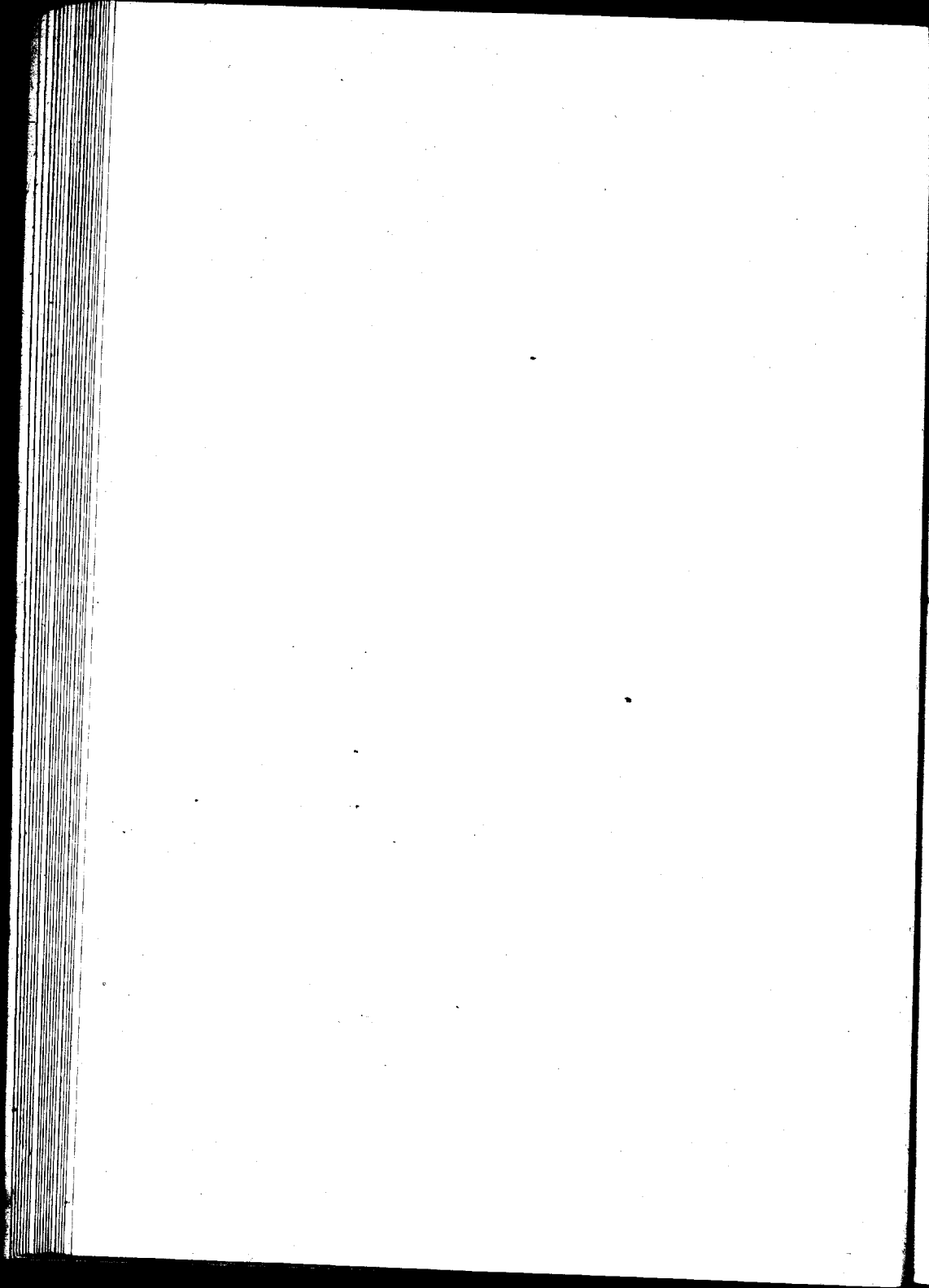
antes la cocaïnomanía comúnmente sigue a la morfomanía o se asocia a ella, cambió su causa y su propósito; entre las prostitutas y sus satélites están sus mejores consumidores, en su ambiente reina al lado del alcohol; del ajeno, del éter y la morfina, multiplicándose los adeptos ante la fácil sugestión de las virtudes afrodisiacas y sensaciones extrañas y nuevas que provoca.

Es entonces allí donde debe combatirse ese vicio, «el más peligroso y más funesto», que mezclando al degenerado y al concurrente accidental no tarado, tiende a expandirse en las poblaciones más cultas como una amenaza constante para el equilibrio moral y la integridad de las generaciones por venir.

Toda mi gratitud al ilustrado maestro doctor Juan-B. Señorans por el alto honor que me dispensa siendo padrino en esta tesis y por las innumerables enseñanzas y consejos morales que tantas veces recibí siendo ayudante de su cátedra.

Agradezco al doctor Ignacio Blanes, mi jefe del servicio de cirugía del Hospital Español, los beneficios que han de darme lo mucho que aprendí durante los años que fuí su practicante. Igualmente mi mejor agradecimiento al doctor Durañona.

A los doctores Estrella y Rosenbusch, las gracias por haberme facilitado con la mayor gentileza algunos interesantes datos para este trabajo.



HISTORIA Y ETIOLOGÍA

La cocainomanía es la pasión más peligrosa y más funesta que se haya conocido, es un flagelo digno de figurar al lado de la morfinomanía, y como ella, nociva al más alto grado tanto para el cuerpo como para el espíritu* (Erlenmeyer).

Qué edad tiene el cocainismo crónico? Es moderno y comienza con Erlenmeyer o se pierde su origen en la bruma de los tiempos lejanos, en la antigüedad de los siglos con la coca; la planta divina de los Incas, origen de tantas leyendas sagradas y que tan alto rol desempeñó en la antigua civilización americana?

Realmente, es justo pensar en la existencia de un cocainismo crónico antiguo, teniendo en cuenta que la cocaína, el alcaloide provocador de esta enfermedad en nuestros días, se extrae de las hojas de coca y considerando también el enorme consumo

que de ellas hicieron en todos los tiempos los habitantes de sus mismas regiones. Poepping, naturalista alemán que viajó por el Peru y por Chile en el año 1827 y 1832, se esforzaba en hacer resaltar las consecuencias perniciosas junto a las virtudes inmediatas de la coca y la comparaba al opio ; pero más tarde escribía Prescott, comentando estas palabras de Poepping : « Es extraño que propiedades tan funestas no hayan sido señaladas frecuentemente por otros escritores ».

El doctor Menardes (1601), haciendo alusión a ciertas mezclas de tabaco y de coca que usaban los naturales del Peru, dice : « mezclan a la coca hojas de tabaco, lo que les hace perder el sentido, proporcionándoles un estado de ebriedad en el que encuentran un gran placer ». El doctor Mortimer, a propósito de estos hechos, escribía : « pero es dudoso que esta mixtura sola, pueda producir los efectos que han sido descritos. Las alucinaciones y la acción narcótica que los antiguos escritores atribuían a la coca, no tienen nada de auténticos y reposan sobre una confusión de ideas. Ciertos indios recogen las hojas de una planta que llaman *huaca* o *huacacacho*, enredadera que posee grandes hojas ovoides de un verde pálido por arriba y púrpura por debajo, que crece en las montañas

y solamente en sitios ocupados por viviendas abandonadas, y que parece haber sido muchas veces la causante de los trastornos imputados a la coca. Por otra parte, la confusión es posible, ya que los indios llamaban huaca a muchas cosas que consideraban sagradas ».

Es esta planta seguramente, según Golden Mortimer, la misma que Van Tschudy describió bajo el nombre de *bovaquero* o de *datura sanguinea*. Se prepara con ella un licor que los indios llamaban *tonga*; bastaba beber para ponerse en comunicación con los astros.

En nuestro país, en las provincias del norte, el consumo de las hojas de coca es enorme, y aun cuando las consecuencias de su empleo no determinan al parecer las intensas perturbaciones psíquicas que se observan por el uso de la cocaína pura en inyecciones o por otras vías, no por esto tienen menos interés los datos que siguen y que me fueron facilitados por el doctor Degregoris, de la provincia de Salta.

Llámanse *coqueros*, en el norte, los que mastican diariamente y durante varias horas del día, las hojas de coca

Hay coqueros, tanto entre los hombres, como entre las mujeres, aunque éstas menos numerosas y menos viciosas.

Comienzan a *coquear* a los 18 o a los 20 años, pero se ven algunos coqueros de 16 y hasta de 15 años que se encaminan ya al vicio fatalmente. Raros son los que toman el vicio en la vejez; por lo general, los coqueros ancianos, lo fueron desde la primera juventud, llegando a la vejez más o menos conservados.

No solamente *coquea* la gente del pueblo, pero aún entre la gente chic no es difícil encontrar alguno que conversa con el *acuyisco* en la boca.

Llámase *acuyisco*, una cierta cantidad de hojas masticadas que el coquero tiene en la boca durante horas y horas.

Algunos coqueros, se limitan simplemente a masticar las hojas de coca, sin tragar la saliva; otros mastican y tragan la saliva. Entre estos últimos es fácil encontrar formas disipéticas cuyos cuadros clínicos no son uniformes, pues cambian según que el coquero sea o no al mismo tiempo, un alcoholista. Por lo general lo es.

Cada *acuyisco*, dura en la boca del coquero una o dos horas, para renovarlo luego.

Por lo general, se *coquea* después de comer, pero en los viciosos avanzados, sólo se deja de *coquear* para comer o dormir.

Los de vicio muy arraigado, prefieren *coquear* y fumar a la vez; otros *coquear* y tomar licores

y no son pocos los que coquean, fuman y toman licor hasta la ebriedad.

Algunos coqueros se conservan relativamente bien en su estado general y llegan a vivir muchos años ; otros se adelgazan, aunque pueden vivir también mucho tiempo.

Los coqueros muy viciados, prefieren la soledad, el silencio ; hablan muy poco y no son muy afectivos ; frecuente, entre éstos, la impotencia. Sienten poco la sed y casi nada el hambre ; a pesar de la deficiente alimentación, se conservan, algunos, en regular condiciones nutritivas.

Se ha observado que los coqueros prefieren la coca a la comida y ciertas personas, cuando por razones económicas no pueden procurarse la coca, el vicio los impulsa al robo. Los que no pueden momentáneamente satisfacer el vicio, viven bajo una terrible agitación ; se desesperan, lloran, gritan hasta conseguir la cosa ; apenas en posesión de ésta, se calman como por encanto.

La coca da a cierta gente, una resistencia asombrosa para el trabajo. Se sabe de los bolivianos que caminan días tras días, sin más recurso que la coca y el cigarro, olvidándose casi de comer y tomar agua. Estas mismas personas declaran que no hay nada mejor para combatir la *puna*, en las altas montañas, que la coca.

Dice el doctor Degregoris : El pulso en los coqueros, generalmente es un pulso lento ; he observado un coquero con pulso lento e intermitente. Funciones intestinales regulares. En las mujeres, son frecuentes las dismenorreas. La secreción láctea disminuída. Los coqueros, poco sudan ».

Los coqueros algunas veces, agregan a las hojas de coca que mastican, un poco de pasta, formada por cenizas de hojas de plantas silvestres, como la ediondilla o la ajana, el moco-moco, el ataco, etc. Las cenizas de estas plantas las empaстан con almidón o con papas cocidas, agregando azúcar molida. A esta pasta, llaman *yixta*. Algunos, cuando no tienen a mano la *yixta* para unirla a la coca y masticar, se contentan con emplear la ceniza del cigarro ; dicen los coqueros, que es *indispensable la yixta* para gustar verdaderamente la coca.

Entre las personas bien, empléase en vez de la *yixta*, el bicarbonato sódico y algunos pedazos de ioduro de potasio molido.

Como se ve, sólo se observan aquí algunas perturbaciones de orden físico. Tal vez un estudio profundo y continuado de estos enfermos arrojaran algunos datos más que aproximen esta forma de intoxicación, a la que estudiamos en este trabajo.

La inocuidad absoluta de la coca ha sido defendida muchas veces. El mismo autor antes citado, refiriéndose al cocainismo crónico, dice: «Antes que se haya pensado en la cocaína durante los largos siglos de la historia de la coca, no se descubrió un solo caso de envenenamiento resultante de su empleo», y en 1840 Van Tschudy declaraba: «no solamente la coca es inofensiva, sino que es causa de salud», y es basándose sobre un cálculo de este autor, que decía que cuando un indio llega a los 130 años (cosa no muy rara) ha consumido dos mil setecientas libras inglesas de hojas, más o menos, que Mortimer exclama: «¡Mirad si la planta es perniciosa!», y luego: «En verdad los que declaran que la coca es una substancia peligrosa considerándola por su cocaína me recuerdan ese personaje de comedia que deseoso de morir rápidamente resolvió mascar cabezas de amapola porque la cabeza de amapola contiene granos de amapola y los granos de amapola ingeridos sin interrupción durante muchos años, procuran una muerte inmediata».

Ségún aquellos que quieren que la cocaína siendo uno de los principales alcaloides de la coca represente todo lo que la hoja puede dar como substancia útil, los fabricantes de productos farmacéuticos eligen las hojas por el tanto por ciento de

cocaina que contienen, lo que no es absolutamente punto de referencia para los indígenas cuando hacen su selección. Los indios recogen la coca más rica en alcaloides volátiles y pobre en cocaina, distinguen así la hoja dulce y la amarga, esta última poseedora de mayor cantidad de cocaina.

Las acusaciones que han podido formularse contra la coca como causa de depravación, de degradación moral, han sido erróneas; no hay ejemplo que demuestre que la masticación de la coca haya sido perniciosa. Rusky asegura que un médico que vivió en las regiones coqueras durante un año observando sus efectos, no encontró entre los pobladores un solo caso de cocainismo crónico, decía: « Lo que la coca hace al indio a la edad de quince años lo hace a los sesenta sin que recurra a dosis mucho más altas, no se produce ninguna reacción, no habiendo visto nunca los malos efectos que cuentan ciertos escritores y que se citan en los libros ».

Golden Mortimer escribe: « Todo lo que ha sido dicho contra la coca como agente de desmoralización y de desvirilización se refiere a la cocaina y no a la hoja del arbusto. Aún los cargos llevados contra este alcaloide tan útil en las pequeñas operaciones quirúrgicas no son justificados. El vicio de la cocaina, la cocainomanía a propósito de la cual los diarios han hecho tanto ruido, constituyen-

dola en enfermedad de moda, no existe. Yo personalmente examiné un número grande de casos pretendidos de cocainomanía y encontré siempre o que este hábito se ingertaba sobre otro vicio en sujetos neurópatas, o que los casos contados eran completamente falsos. No hay ninguna razón para que el uso de la coca se implante como hábito imperioso como para el alcohol o el opio. El hecho es que existe una clase de sujetos de tan débil voluntad que por poco que repitan una práctica un cierto número de veces sucesivamente, se habitúan y no pueden evitarlo. Son éstas, excepciones que nada se relacionan con la coca. Una encuesta levantada entre muchos millares de médicos insistiendo sobre este punto, dió como confirmado que el hábito de la coca, como vicio funesto, no existió jamás. Al comienzo del año 1898, los diarios hicieron aparecer artículos sensacionales con respecto a un cierto doctor Holmes, muerto en un asilo de alienados de Ardentale, estado de Nueva York, víctima de la cocainización; yo me apersoné al médico de esta institución y recibí la respuesta que el doctor Holmes no había muerto por el vicio de la coca y que jamás la usó!».

Si los nativos de la tierra de la coca siguen haciendo empleo de ella no significa entonces que posean un vicio ni que la coca les proporcione esos

extasis y sueños de beatitud que otras drogas les darían; es sólo porque la experiencia les enseñó que ella les ayuda a cumplir su trabajo. Encuentran en la coca una utilidad práctica tan importante, que hasta les sirve para medir las distancias según la cantidad de coca que mascan recorriéndola, y la fuerza que les proporciona en la edad adulta es constante, lo mismo que una cantidad dada de agua en ciertas condiciones, produce siempre una cantidad conocida de vapor.

Aquellos que emplean numerosos obreros en las minas del Perú, saben perfectamente que el indio no quiere ni puede hacer el trabajo que se le impone sin la coca. En efecto, los extranjeros que trabajan con ellos, son incapaces de cumplir la misma cantidad de trabajo mientras no recurran también a la coca. Se ve entonces que la cosa merece hoy día como en tiempo de los incas ser llamada la *planta divina*. Hay quien dice tal vez con razón, que es el mejor fruto que la naturaleza haya dado al hombre, no tiene bajo el punto de vista moral influencia corruptora y físicamente no debilita ni la virilidad ni la vitalidad; en prueba, esos indios que viven largo tiempo y que quienes mejor los conocen, los saben virtuosos y buenos dedicados a sus duros trabajos y al uso de la coca para poderlos más y mejor cumplir.

El cocainismo crónico es entonces una enfermedad moderna, casi nueva. Escribía Morselli en 1896: «El cocainismo es del todo moderno, puede decirse que tiene casi diez años».

Debemos su doloroso descubrimiento a Erlenmeyer, director de una célebre casa de salud en Bendorf. La causa original es atribuída desde entonces por la mayoría de los autores a la práctica de la curación de la morfinomanía por las inyecciones de cocaína llevadas a altas dosis. Fué Bentley quien en 1878 tuvo el primero esta funesta idea, siguiéndole prontamente numerosos imitadores. En Alemania, Obersteiner que empleaba la cocaína al interior; Schmidt quien la administraba en inyecciones sub-cutáneas a la dosis de 15 y 20 centígramos; lo mismo que Joeckel, en America Waugh, recomendaba las hojas de coca. En Francia la usó Grasset, pero en ninguna parte del mundo fué empleada con mayor rigor y entusiasmo que en Inglaterra y América del Norte. Felizmente no se tardó mucho tiempo en reconocer que ésta práctica, lejos de curar la morfinomanía, agregaba al hábito de la morfina el de la cocaína mucho más pernicioso que aquel, lo que hizo decir al eminente Erlenmeyer, que sustituir uno al otro era escapar a Satanás para caer en Belcebú; fué también este mismo autor quien levantó las primeras alarmas, a pesar de lo

cual han seguido multiplicándose las observaciones y hoy día son numerosas, al punto de haber ocupado seriamente la atención de muchos autores. Sin embargo, no es ésta la causa única : El propósito de evitar el dolor ocasionado por cada punción sobre la piel endurecida e hipersensible por infinidad de pequeñas cicatrices de abscesos y aún abscesos en evolución, agregándose a la excitación cerebral más o menos intensa ; algunas veces, sensaciones extrañas y gratas, « especie de ebriedad más o menos análoga a la que determina el alcohol y aún mejor el opio o el haschich » al introducir en el organismo, frecuentemente dosis bastante pequeñas de clorhidrato de cocaína ».

Otras veces el cocainismo crónico es la consecuencia del uso excesivamente frecuente de la anestesia local por medio de fuertes dosis, con el objeto de combatir dolores o sensaciones desagradables. Dice Mendel : « Así yo he visto desarrollarse el cocainismo tras frecuentes cocainizaciones de las encías, de la nariz, en el vaginismo, etc. » ; más adelante agrega : « finalmente el cocainismo se observa también en histéricos, hipocondriacos que recurren a la cocaína para lograr la euforia y la resistencia contra las impresiones externas desagradables ». Sin embargo, este modo de producirse la intoxicación crónica parece discutible, ya que Antheaume afirma

que es excepcional tener que curar tal cocainismo terapéutico, apareciendo sin conocimiento del enfermo, y asegura que son casos de intoxicación voluntaria, no por dosis mezquinas, sino por fuertes cantidades, sin las que no pueden pasarse estos sujetos. Son estos cocainómanos, reclutados casi invariablemente, entre los degenerados y los neuropatas que llegan progresivamente aumentando las dosis, hasta un gramo, uno y medio, dos y dos y medio, según Magnan.

En ciertos degenerados produce la cocaína agregada a la morfina sensaciones voluptuosas extrañas, especialmente psíquicas, acompañadas de impotencia accidental y que parecen usarse en algunos lugares de corrupción con el propósito de provocar entre sujetos predispuestos, actos depravantes como único aliciente a la excitación desviada por sus órganos claudicantes.

Así comprendiendo en su mayoría todas estas causas ya expuestas, Pouchet las divide en tres grupos, diciendo en sus lecciones de farmacodinamia: «Yo podría casi repetir punto por punto lo que ya dije a propósito de la morfínomanía».

El dolor que se quiere evitar.

Los disgustos que quieren olvidarse.

La voluptuosidad que se desea.

Por estas razones es más frecuente la cocaino-

manía entre las clases socialmente más elevadas que viven una vida cerebral más activa, entre los neurópatas que buscan sensaciones psíquicas particulares y entre los que desean satisfacciones sexuales especiales. Los amantes de placeres de toda especie, las prostitutas, los artistas, etc., los buscadores de sensaciones nuevas e intensas, son siempre los que dan, tanto a la morfomanía como a la cocainomanía, el mayor número de adeptos, y « su cantidad es proporcional al desarrollo creciente del desequilibrio moral. *Lesbos y conduit autant que Cythère*. Entre los voluptuosos el contagio se explica por la influencia de la persuasión de las satisfacciones sentidas ».

SÍNTOMAS

El acostumbramiento a la cocaína es extremadamente rápido, más rápido aún que a la morfina, y se han visto individuos llegar a una absorción diaria de 50 y 70 centigramos de clorhidrato de cocaína por vía bucal al cabo de muy poco tiempo, de algunos días solamente (Pouchet). Además la intoxicación por la cocaína recorre rápida y fatalmente las fases sucesivas de su sintomatología y arruina en breve plazo.

Agruparé primero, a semejanza de Chambar, en un cuadro sinóptico la totalidad de los síntomas, para desarrollar después la sintomatología de la intoxicación crónica en el orden cronológico en que aparece.

I.—ALTERACIONES DE LA SENSIBILIDAD.

a) *Anestésias y analgesias* — Anestesia y anal-

gesia de la piel y de las mucosas ; ambliopía ; sordera.

b) Hiperestésias — Contracturas dolorosas, calambres musculares.

c) Pseudoestésias — *Ilusiones y alucinaciones de la vista*: Cambio de tamaño de los objetos, macropsia, micropsia. Cambio de forma de los objetos. Cambio de color de los objetos, cromatopsia. Visión de sombras, de animales, de figuras humanas. Visión de cuerpos en movimiento.

Ilusiones y alucinaciones del oído: Alucinaciones elementales, sonidos, ruidos, alucinaciones verbales, voz.

Ilusiones y alucinaciones del tacto: Sensaciones táctiles, sensaciones de cuerpo extraño en la superficie y en el espesor de la piel y las mucosas ; gusanos, insectos, microbios, cristales de cocaína.

Ilusiones y alucinaciones de la sensibilidad muscular: Hiperestesia muscular, sensaciones de choques y corrientes eléctricas.

Ilusiones y alucinaciones de la sensibilidad general: Sensaciones de ausencia, de caída, de desplazamientos, de obstrucción de órganos.

II.—ALTERACIONES DE LA MOTILIDAD.

Hiperexcitabilidad muscular, convulsiones, ataques convulsivos, histeriformes y epileptiformes.

III.—ALTERACIONES DE LA INTELIGENCIA.

Debilitamiento de las facultades intelectuales y de la voluntad. Depresión melancólica. Preocupaciones y concepciones delirantes, hipocondríacas. Ideas de persecución teniendo por punto de partida y por tema las alteraciones de la sensibilidad.

IV.—ALTERACIONES DE LA VIDA ORGANICA.

Anorexia, adelgazamiento, caquexia, palidez, insuficiencia sanguínea.

Como se ve, los fenómenos de la esfera psíquica prevalecen en el cocainismo sobre las alteraciones físicas, mientras que en el morfinismo si no aparece predominancia de unos sobre los otros, hay por lo menos intensidad y variedad mayor del efecto físico de la intoxicación, máxime, teniendo en cuenta los disturbios del aparato circulatorio y respiratorio, en las funciones gastro-intestinales y en la termogenesis.

Resumiendo entonces, como he dicho antes, estos diferentes síntomas en el orden en que suelen presentarse en el curso de la intoxicación cocaínica crónica, detallaremos un cuadro clínico completo, haciendo notar que no siempre han de encontrarse de un modo tan preciso en el orden y en la forma de su aparición en los enfermos, pues ésto suele

variar a veces considerablemente, como, por otra parte, sucede en el desarrollo del cuadro clínico de la inmensa mayoría de las enfermedades.

La evolución de la cocainomanía, así como la de la morfinomanía, puede dividirse en un cierto número de períodos sucesivos que llamaré, como Chambar, período de euforia, de alucinaciones, de delirio y manía.

Al comienzo, durante el primer período, la cocaína produce además de una euforia análoga a aquella que sucede a la absorción de la morfina, pero más precoz y menos durable; una excitación intelectual, una necesidad de actividad muscular que recuerda la que se nota al comienzo de la fase maniaca de la locura a doble forma y la dinámica de los paralíticos generales.

Durante el segundo período aparecen ilusiones y alucinaciones diurnas y también nocturnas, esencialmente polimorfas, las que algunas veces por su fenomenalidad y su constancia merecen ser consideradas como patognómicas. Estas alucinaciones y las perturbaciones de la sensibilidad predominan sobre los sentidos de la vista, del oído, del tacto y de la sensibilidad general. Los sentidos del gusto y del olfato son menos comúnmente interesados. Las alucinaciones de la vista son a menudo móviles, el enfermo ve figuras que se agrandan y cambian de

forma, sombras movibles, etc. Las del oído generalmente bastante simples, consisten en zumbidos, sonidos de campana, palabras sueltas, interpelaciones, etc. Las del tacto son particularmente curiosas y constantes, le parece al paciente que su piel encierra cristales de cocaína, que es recorrida por insectos, por gusanos, por microbios que algunas veces pretende eliminar hundiéndolo alfileres en los abscesos causados por las inyecciones o escoriándose los tegumentos con las uñas.

Las perturbaciones de la sensibilidad suelen traducirse también por anestias, analgesias o sensaciones obtusas de molestias, de constricción, de hormigueo, de movimientos interiores. A menudo las alucinaciones son complejas y las alteraciones de varios sentidos conjuntamente, llevan a la falsa percepción de un objeto único.

Luego, en un tercer período, estas alteraciones de la sensibilidad, a veces comprendidas en su falso valor por el enfermo, son rechazadas; otras veces discutidas o aceptadas, sirven de base a un estado delirante depresivo, constituido por una mezcla de delirio hipocondriaco y de persecución. Las alucinaciones de la vista y del oído llegan a persuadir al paciente que se les espía, que se les sigue, que se les injuria y amenaza.

La anestesia y las perturbaciones de la sensi-

bilidad general les determinan concepciones delirantes de forma hipocondriaca, análoga a la que Baillarger ha descrito en los paráliticos generales; el enfermo se cree obturado, cree no tener lengua, etcétera. Las alteraciones de su sensibilidad cutánea le persuaden que su piel está llena de insectos, de microbios, de cristales de cocaína, etc., y le impulsa a cometer actos completamente absurdos.

La exageración de las dosis, combinadas con un cansancio intelectual intenso, parecen capaces de provocar en ciertas ocasiones ataques epileptiformes e hysteriformes. A menudo arrastrados por sus alucinaciones, en un último período, los cocainómanos terminan por ser presa de una verdadera excitación maníaca que les impulsa a actos de violencia más o menos peligrosos hasta llegar a ser necesaria su internación en los asilos de alienados.

Acompañan a este cuadro psico-sensorial, manifestaciones de orden físico, frecuentemente pronunciadas, sobre todo cuando la intoxicación ha sido largo tiempo prolongada; anorexia cada vez más completa, adelgazamiento que a veces es extremo, llevando al enfermo hasta la caquexia. Pouchet hace notar ciertas perturbaciones consecutivas a la intoxicación muy prolongada: exageración de reflejos rotulianos, hipersecreciones glandulares, un estado de tenesmo rectal y vesical extremada-

mente penoso y una poliuria persistente que a menudo dura un tiempo muy considerable después de la supresión de la absorción de la cocaína.

Con el propósito de hacer resaltar aún más claramente el valor de ciertos síntomas y la forma como se agrupan hasta constituir un cuadro típico al decir de algunos autores, en esta intoxicación crónica, transcribiré los tres casos por demás interesantísimos presentados por Magnan y Saury a la Sociedad de Biología en la sesión del 26 de febrero de 1889.

OBSERVACION I — M. V., negociante, de 45 años de edad. Comienza en 1876 a usar el clorhidrato de morfina para combatir unos cólicos nefríticos; muy moderado durante dos años, guarda largos intervalos de abstinencia. Vuelve en 1878 a su remedio durante un período de depresión melancólica y continúa sin interrupción durante ocho años suministrándose una dosis media de treinta centigramos por día sin otras molestias que los males habituales de la abstinencia cuando por descuido olvidaba su tóxico a su debido tiempo.

En 1886, para desembarazarse de la morfina, recurrió al clorhidrato de cocaína, pero en la forma en que lo hacen habitualmente estos enfermos; no abandonó la morfina y aumentó la cocaína en al-

gunas semanas a cincuenta centigramos y hasta un gramo, notando un estado particular de euforia (sensación de bienestar, de mayor actitud para el trabajo) (después de cada inyección de cocaína. Al cabo de dos meses aparecen los primeros síntomas de la acción del tóxico : ilusiones visuales ; cree ver moverse los objetos que le rodean ; una alhajera aplicada contra la pared la ve ascender y descender rápidamente. Tiene también alucinaciones auditivas, oye durante la noche golpear cerca de su dormitorio ; son, dice, ruidos espantosos, tiene alucinaciones de la sensibilidad general, cree sacar de su lengua pequeños gusanos negros. Hay hipersensibilidad neuro-muscular, experimenta sacudidas musculares en los miembros, calambres, etc. Durante una suspensión completa de la cocaína de seis meses todos estos fenómenos cesaron, a pesar del constante uso de la morfina. Más adelante la cocaína es nuevamente empleada a la dosis diaria de un gramo y medio y hasta dos gramos. Al cabo de tres meses le sobreviene un delirio alucinatorio bastante intenso, aunque menos del que suele aparecer en el alcoholismo y el absintismo. Ve sombras amenazantes, un enjambre de abejas que le rodean, una tortuga que le hace señales. Todos los objetos le parecen más pequeños, caballos, perros, igualmente todo aquello que es motivo de sus alucinaciones. Sien-

te el mal olor de un gas que le hacen respirar. Nota pequeños golpes en las espaldas, cuerpos extraños bajo la piel, busca en sus numerosos abscesos microbios del cólera. La sensibilidad al dolor está muy disminuída. Un cuchillo, llaves, agujas son introducidos sin sufrimiento por él, en el ano, para ventilarse, dice tener el cuerpo lleno de gas. Afirma haber sentido siempre un poco los pinchazos de las inyecciones.

La hipersensibilidad neuro-muscular era muy manifiesta, traduciéndose por temblores, convulsiones parciales y más tarde un ataque nocturno con mordedura de la lengua.

OBSERVACION II — M. T., farmacéutico, de 44 años. Comienza sus inyecciones de morfina en 1884 para atenuar el dolor de sus cólicos hepáticos. Durante tres años conserva sus hábitos morfínicos, dándose inyecciones diarias por valor de 40 o 50 centígramos de morfina, sin accidentes notables. En 1887 comienza el uso de la cocaína para poder con mayor facilidad abandonar su tóxico habitual, consiguiendo descender hasta 10 centígramos de éste, pero en cambio, inyectándose hasta dos gramos de cocaína.

Al comienzo siente un agradable bienestar después de cada inyección, más tarde le sobreviene

agitación e insomnio que trata de conjurar con fuertes dosis de clorhidrato de morfina. Al cabo de algunos meses comienza a padecer de intensas sacudidas musculares.

En abril de 1888, catorce meses próximamente que se inició con la cocaína sufre bruscamente un ataque epiléptico mientras descendía una escalera. En mayo se repite este ataque. Al comienzo de junio sobrevienen durante media hora una serie de ataques epileptiformes. Apareciendo por este tiempo alucinaciones de la sensibilidad general. Todo su cuerpo es invadido por insectos. El aire, los vestidos, los objetos que le rodean están cubiertos de microbios. Se lastima la piel buscando con las uñas o con la punta de alfileres los microbios en el fondo de sus múltiples heridas.

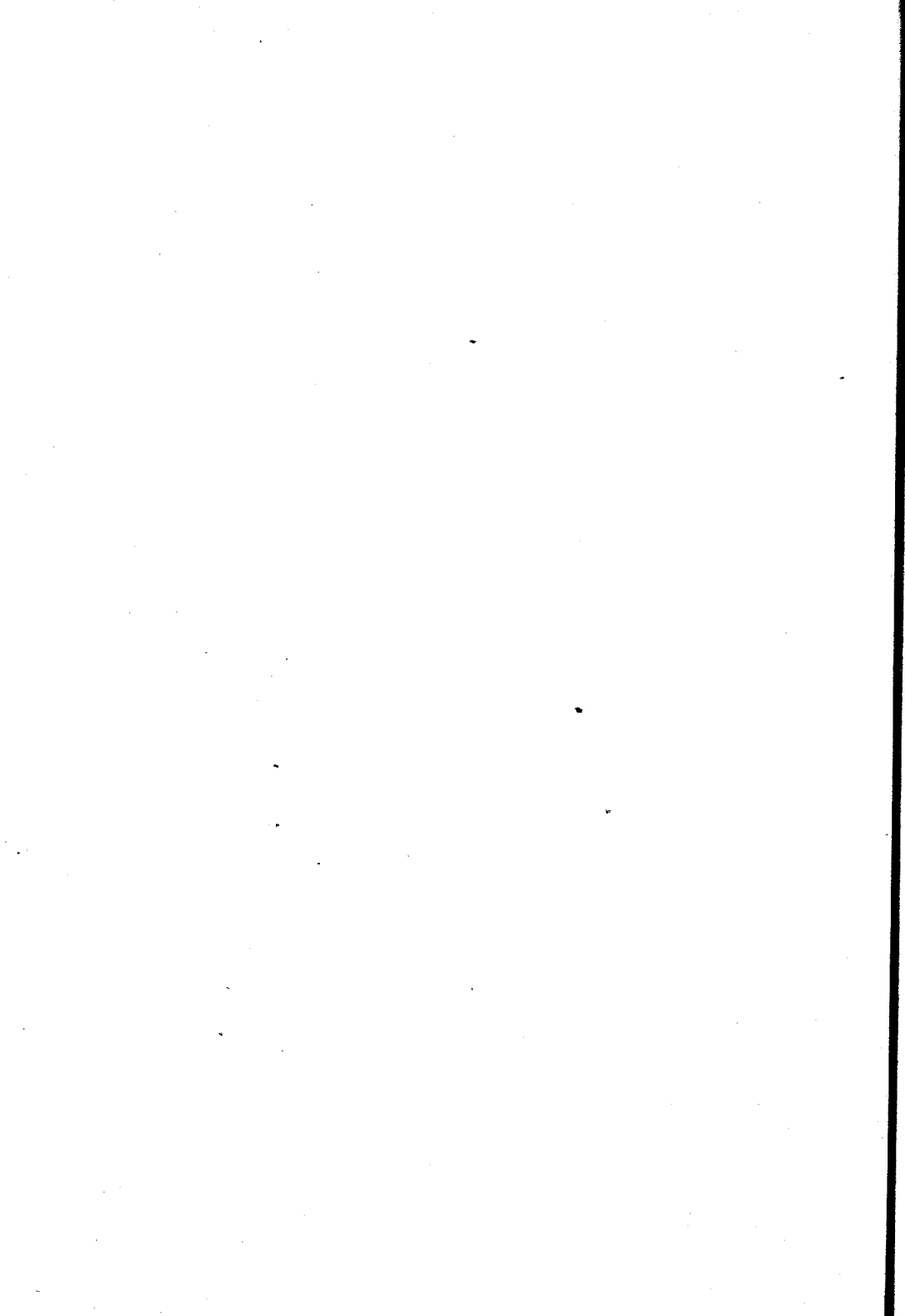
En agosto se hace la supresión gradual de la cocaína y desaparecen todas las alteraciones sensoriales.

OBSERVACION III — M. H., médico, de 39 años de edad. Comienza en 1872 el empleo del clorhidrato de morfina con el propósito de curarse ciertas cefaleas rebeldes. Sigue con su morfina hasta el año 1878 sin accidentes de importancia, llevando sus dosis hasta un gramo. En esta época para tratar de abandonar la morfina, emplea la cocaína,

consiguiendo por este medio reducir su morfina hasta la cantidad de 10 centigramos, pero la cocaína es simultáneamente aumentada hasta la dosis de 2 gramos.

Algunos meses después aparecen alucinaciones de la vista y del oído; le llaman por su nombre, ve en la calle individuos que observan constantemente su casa y se disponen a penetrar en ella. Ve también cabezas que se agrandan y disminuyen sucesivamente de volumen. Siente bajo la piel cristales de cocaína, se rasguña la lengua, se escoria con las uñas la cara y las manos para extraer los cristales que le molestan continuamente.

Está ligeramente analgesiado, pero percibe siempre un poco los pinchazos de la aguja, siendo, sin embargo, casi insensibles cuando los repite en sitios próximos. Nota algunas veces calambres en las piernas.



COCAINISMO Y MORFINISMO

Ante todo debe aclararse el valor verdadero que merecen ciertos síntomas importantes considerados por los autores clásicos como dependiendo exclusivamente de la intoxicación crónica cocaínica o bien imputados a una doble intoxicación : morfino-cocainismo o cocainismo-alcoholismo o aún negados al cocainismo especialmente, ya que algunos llegan hasta no aceptar la existencia de un cuadro sintomático psíquico particular.

Dice Mendel : « Es muy raro observar casos de cocainismo puro, pues la mayoría de las veces se asocia al morfinismo, alcoholismo, etc. » ; más adelante agrega : « ... y muchos de los síntomas atribuidos exclusivamente al cocainismo son más bien debidos a otros tóxicos o a la acción combinada de varios ». En cambio Saury decía en 1886 : « Entre las alteraciones funcionales tan variadas que la clínica y la experimentación permiten imputar a la

acción de la cocaína, aquellas que tocan la esfera psíquica no parecen las menos remarcables ni las menos profundas. Es fácil convencerse estudiando las comunicaciones numerosas y recientes sobre la intoxicación cocaínica. La mayor parte señalan en medio de otros síntomas característicos la presencia de fenómenos delirantes y de alucinaciones. Estos efectos, sin embargo, sea que provengan de accidentes inmediatos dependientes de una intoxicación aguda, sea que reconozcan por causa el uso prolongado de la cocaína, parecen no haber llamado la atención de los observadores más que de una manera incidental. Algunas veces desconocidos, particularmente cuando el cocainismo se acompaña de morfismo, a veces confundidos con manifestaciones dependientes de un estado mental anterior del sujeto, apenas se les encuentra mencionados entre un conjunto complejo de manifestaciones motoras y sensitivas; en suma no existe descripción del delirio cocaínico». Termina Saury diciendo: «Se me podrá objetar que se trata de manifestaciones complejas con respecto a las cuales se puede admitir una acción combinada de la morfina y la cocaína. Yo responderé que en tres enfermos seguidos por mí han podido inyectarse impunemente durante muchos años dosis considerables de morfina; los accidentes no han aparecido hasta el empleo de la

cocaína, para desaparecer con la supresión completa o disminuir con la disminución de esta substancia. Es entonces cierto que la cocaína es la única y exclusiva causa de la producción de las alteraciones intelectuales, motoras y sensitivas», agregando más adelante: «El delirio cocaínico participa de los caracteres generales de las psicosis por intoxicación presentando, sin embargo, un cierto número de atributos que le pertenecen y que permiten diferenciarlo».

Este delirio tiene los siguientes caracteres:

A.—Es un delirio esencialmente alucinatorio. Las alteraciones de las ideas jamás son primitivas se engendran sobre alteraciones sensoriales (ilusiones y alucinaciones).

B.—Todos los sentidos pueden ser afectados, pero lo son desigualmente. Las alteraciones de la sensibilidad general acusan una predominancia marcada, después de ella, las alucinaciones de la vista igualmente muy marcadas parecen primar en grado y en frecuencia sobre las alucinaciones del oído, y éstas a su vez, sobre las del olfato y del gusto.

C.—Las perturbaciones sensoriales son penosas, múltiples y movibles, como las del alcoholismo, pero con menos intensidad de persistencia y de variedad.

Contra estas opiniones se levanta la afirmación de Smidt que declara no creer en la entidad de la

psicosis cocaínica diciendo no haber constatado jamás las sensaciones cutáneas anormales.

Por su parte, Paul Garnier considerando los mismos casos presentados por Saury y que ya fueron transcritos más adelante, desconoce a la intoxicación morfínica la propiedad de producir las alteraciones intelectuales apuntadas, atribuyéndolas exclusivamente al cocainismo concomitante. «Yo pienso, en efecto, dice, que el delirio es excepcional en el curso del morfinismo crónico».

Pichon declaraba en esa misma oportunidad: «Mi convicción es que las alucinaciones son muy raras, tanto en el morfinismo como en el cocainismo crónico y cuando se las encuentra son debido a menudo a un elemento extraño, coexistente: el alcoholismo en la inmensa mayoría de los casos». Esta aserción al decir de Chambar es un poco aventurada.

La sintomatología del delirio psico-sensorial cocaínico es bien diferente de la del delirio debido al alcohol, y no considerando más que las alucinaciones, las de la vista, que ocupan el primer puesto en los alcohólicos, son oscurecidos en los cocaínicos por las del tacto y las de la sensibilidad general que ofrecen en estos enfermos, como ya se dijo, una forma y una modalidad constante y característica.

Por otra parte, Seglas y Pichon han sostenido también, apoyándose en la autoridad indiscutible de Erlenmeyer, que tanto el cocainismo como el morfinismo aislados, eran impotentes para determinar las alteraciones psico-sensoriales que se observan en los morfino-cocainómanos y que la reunión de estas dos intoxicaciones era una condición indispensable para la existencia de estos elementos patológicos; por lo tanto, para ellos como para el médico de Bendorf la morfino-cocainomanía no es una afección compuesta resultante de la coexistencia del cocainismo y el morfinismo, sino una afección híbrida debida a la combinación de estas dos intoxicaciones. «Esta observación parece ser una simple suposición, ya que así como lo ha dicho muy justamente Saury, la administración exclusiva de la cocaína da lugar a todos los fenómenos patológicos observados en los morfino-cocainómanos».

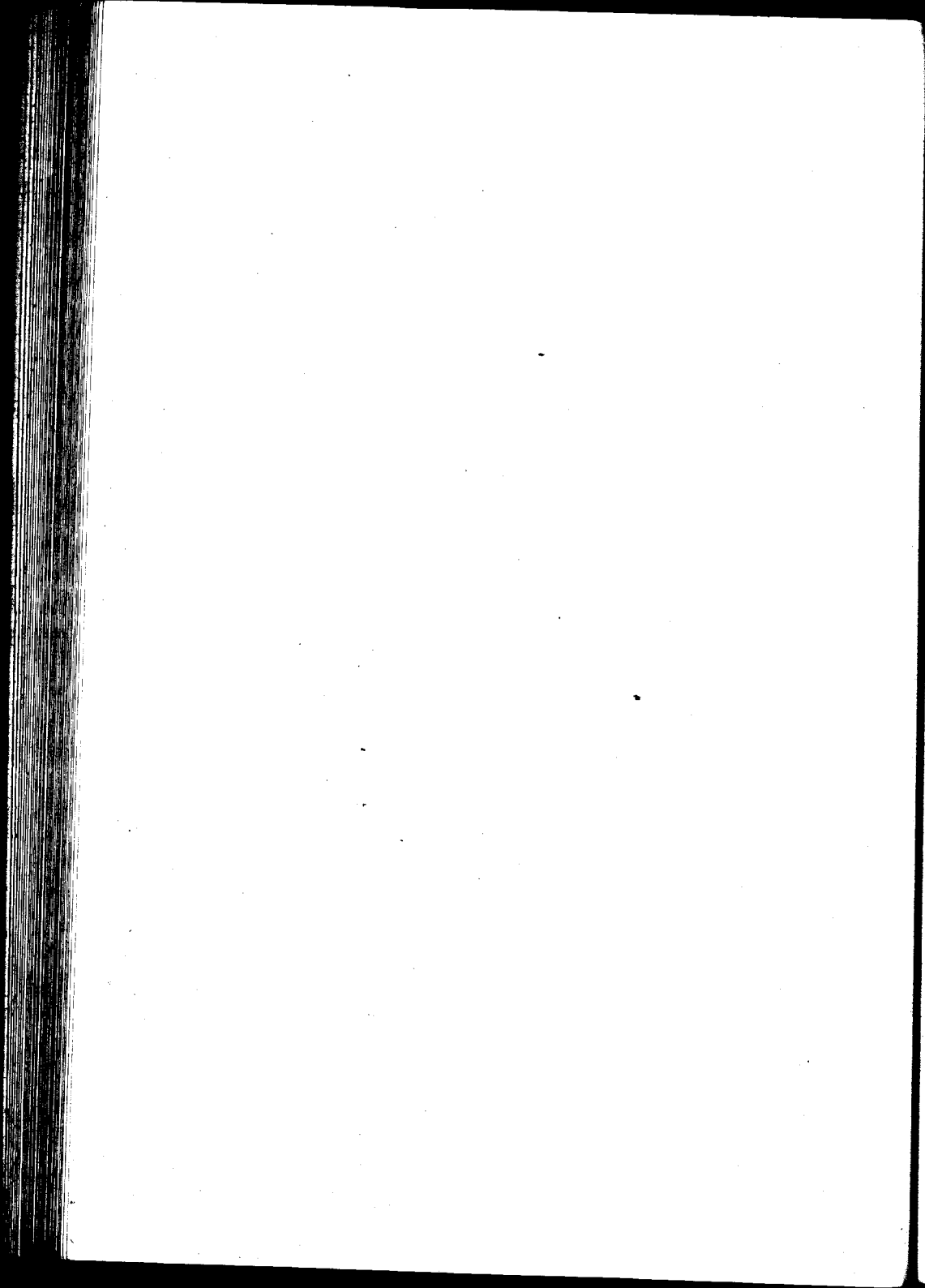
Acabamos de ver entonces como algunas de las grandes manifestaciones psíquicas del cocainismo crónico no han sido reconocidas por todos los autores como específicas de esta intoxicación, ya que se les imputa a veces al morfinismo sobreagregado muy frecuentemente, ya al alcoholismo también compañero habitual de la cocaína como piensa Pichon. Sin embargo, es preciso reconocer el alto valor de las observaciones tan completas de Saury

y de Magnan, dándoles por consiguiente todo el mérito que se merecen, más aun cuando están reforzadas por los trabajos experimentales de Laborde, Lafon y Richet y también por otras numerosas observaciones clínicas de Matisón y de Heimann. Entre tanto ha debido reconocerse la importancia y la frecuencia de las perturbaciones de la sensibilidad general expuestas por Magnan hasta el punto de poder constituir para Rybakoff lo que llama el *signo de Magnan* en el cocainismo crónico, expresándose así: «Entre las alteraciones psíquicas del cocainismo crónico la mayoría de los autores reconocen como más características las ideas de persecución ligadas a las alucinaciones del oído, de la vista y algunas veces del olfato. Entre las alteraciones motoras algunos han observado la epilepsia, bien que más a menudo sea un signo de cocainismo agudo. En 1889 Magnan llamó la atención sobre un signo característico del cocainismo crónico: una alucinación de la sensibilidad general bajo la forma de sensaciones de cuerpos extraños localizados debajo de la piel.

Este signo de Magnan parece encontrarse solamente en la intoxicación cocaínica y podría servir para despistar el cocainismo en los múltiples casos en que los enfermos lo ocultan, teniendo también un valor considerable al lado de la práctica frecuente

de las coacinizaciones locales quirúrgicas y dentarias, ya que la aparición de este síntoma indicaría siempre la conveniencia de suspender su empleo.

Hay relatado un caso interesante de Korsakoff, en que una enferma atacada de polineuritis puerperal se quejaba constantemente de sentir pequeños gusanos bajo la piel; se buscó la presencia de cocaína, descubriéndose que la paciente hacía uso continuo de tapones vaginales con esta substancia. Suspendido su empleo todo desapareció.



TRATAMIENTO Y PROFILAXIS

Se supone a menudo que el acostumbramiento a la cocaína es más difícil de curar que la morfomanía. Si se entiende por curación la supresión inmediata, es únicamente una cuestión de violencia, que en este caso es legítima. En el acostumbramiento a la cocaína el elemento psíquico es predominante y el enfermo cede a una impulsión irresistible, desproporcionada a la necesidad orgánica. No se puede entonces fiar en él para cumplir un tratamiento prescrito, así, deberá someterse a una vigilancia y una dirección constante (C. Jennings).

Se tratará a un cocainómano crónico por la supresión inmediata y brusca o por la supresión progresiva ?

Cómo deberá hacerse en un morfino-cocainómano ?

Ante todo es indispensable que el enfermo abandone en absoluto el medio en el cual adquirió sus hábitos y que abdique su libertad que es el escollo más poderoso contra el que se estrellará fatalmente toda tentativa seria. Se evitará entonces al enfermo toda posibilidad de conseguir por cualquier medio su tóxico. Es necesario por lo tanto el *aislamiento* que deberá ser, bien entendido, *absoluto* hasta el momento en que los fenómenos de abstinencia hayan desaparecido. Es ésta la opinión de Magnan.

El aislamiento debe efectuarse por consiguiente en lugares apropiados: sanatorios especiales o en otros casos hospitales de alienados, teniendo siempre en cuenta que el sincero deseo de curar por parte del enfermo y el interés por parte del médico serán ilusorios mientras se pretenda la curación en los domicilios particulares.

La supresión brusca y total de la cocaína es, al pensàr de Magnan, lo más conveniente, pues generalmente es bien soportada por los cocainómanos. Ordinariamente los fenómenos de abstinencia son de poca importancia, traduciéndose por una ligera disnea, palpitaciones, insomnio y particularmente por alteraciones psíquicas muy marcadas; depresión intelectual y moral, viva ansiedad sobreviniendo por intervalos, etc. Todos estos fenómenos se borran

pronto y son reemplazados después de algunos días por un gran apetito.

En otros sujetos llegados al límite de la caquexia cocaínica o portadores de lesiones graves viscerales (cardíacas, pulmonares, renales), este procedimiento no debe aplicarse o al menos hacerlo con mucha prudencia, pues la brusca cesación del tóxico podría ocasionar síntomas graves, síncofes, colapsos o alteraciones psico-sensoriales con depresión melancólica muy intensa, es en estos casos excepcionales, por otra parte, que deberá recurrirse a la *supresión progresiva* reglando la rapidez más o menos grande de ésta, según la antigüedad del hábito y las dosis tomadas cotidianamente en los últimos días que han precedido al tratamiento.

Lo expuesto no basta; será necesario también instituir un tratamiento higiénico apropiado y medicamentoso, en previsión de los síntomas más constantes que la abstinencia hace aparecer y otras veces en relación con los fenómenos graves que no han podido evitarse.

Como agentes terapéuticos se prescriben los tónicos: el hierro, la quinina, el arsénico. Se cuidará al mismo tiempo y particularmente el funcionamiento del sistema cardio-vascular a fin de evitar los síncofes y el colapso.

En ciertas ocasiones, para asegurar la resisten-

cia cardíaca, será útil la administración diaria de café negro y algunas inyecciones sub-cutáneas de cafeína. Si a pesar de ésto el colapso aparece se harán los habituales tratamientos (revulsión cutánea, inyecciones de éter, inhalaciones de amoníaco, etc.).

Para atacar el insomnio pertinaz que tanto fatiga a los enfermos, se recurrirá al sulfanol, veronal, trional, etc.

Se cuidará especialmente el funcionamiento de los emuntorios; al mismo tiempo se reglará la alimentación que deberá ser siempre reconstituyente y a base de sustancias incapaces de producir o contener materias tóxicas, no se darán en grandes cantidades, pero sí en la forma más apropiada para su más fácil aprovechamiento. Esto constituye una cuestión seria que no deberá descuidarse.

Al cabo de diez o quince días más o menos entrará el enfermo en su convalecencia, habiendo desaparecido todos los fenómenos de abstinencia; convendrá entonces estimular sus funciones asimiladoras y nerviosas por medio de la hidroterapia fría discreta. Podrá agregarse también la gimnasia y el masaje a las duchas frías de corta duración y a los baños tibios.

Queda establecido entonces que la supresión brusca es el procedimiento de elección y deberá

hacerse siempre que no se tropiece con las causas graves, felizmente raras, ya señaladas.

La supresión lenta se hace en varios días, cuatro, ocho o diez y se hará disminuyendo la cantidad de alcaloide en cada inyección, como aconsejaba Grasset para la morfina, y no la cantidad de inyecciones diarias. En la decocainización lenta los accidentes son mucho más raros y de menor gravedad.

Cuando la intoxicación crónica cocaínica se ingerta sobre un morfinómano crónico, los procedimientos curativos son idénticos, debiendo hacerse primero la decocainización y luego la demorfinización. Es necesario hacer notar que en estos casos la supresión brusca y total es mucho mejor soportada, siempre que se suministre al enfermo al mismo tiempo, sus dosis habituales de morfina.

PROFILAXIA

Es posible prevenir el envenenamiento crónico ?

A esta cuestión se puede, creemos, responder por la afirmativa en muchos casos (Antheaume).

Deberán evitarse en primer lugar todas las causas capaces de llevar al cocainismo y que figuran

en su etiología, evitar sistemáticamente el empleo de la cocaína con fines quirúrgicos, en los degenerados y los neurópatas que ofrecen, como ya se sabe, un terreno demasiado propicio para el desarrollo de todos los vicios.

Deberá desterrarse completamente de la terapéutica la cocaína como medio curativo de la morfomanía, ya que parece que es esta práctica la que crea el mayor número de morfino-cocainómanos, aun cuando Obersteiner y sus partidarios afirmen su eficacia libre de peligros, si se toman ciertos cuidados que son :

a) Administrar la cocaína cuando el enfermo sufre mucho por la supresión de la morfina.

b) Prohibir las inyecciones hipodérmicas.

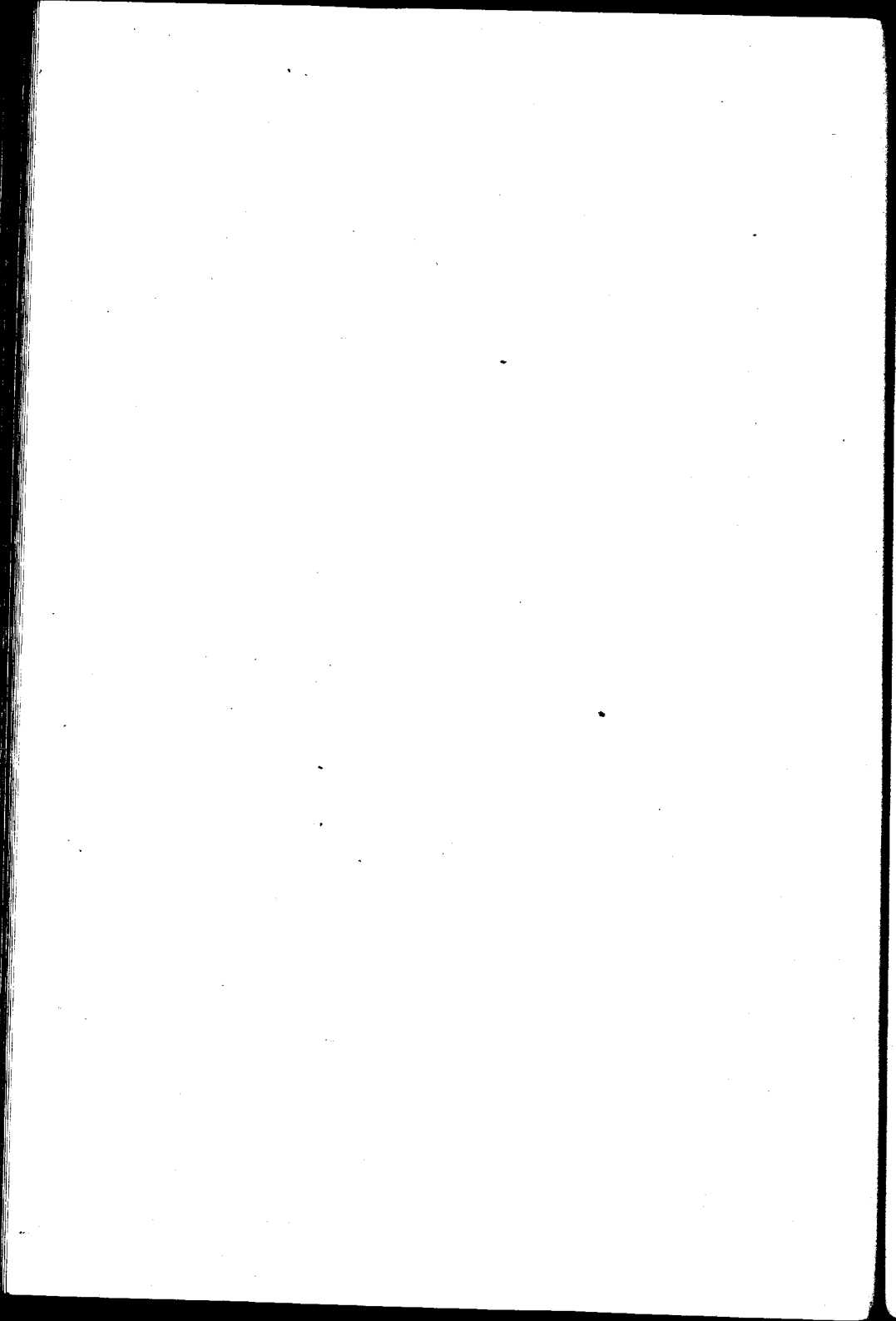
c) Administrar por el estómago una dosis de cocaína de 5 a 10 centigramos en muchas veces por día sin pasar la dosis diaria de 20 centigramos.

d) Desde el segundo o tercer día disminuir la dosis y no continuar el tratamiento más de 5 o 6 días.

e) Al menor signo de intoxicación suspender la cocaína.

A todo esto debe agregarse la inspección severa y la restricción de su venta al público.

OBSERVACIONES CLÍNICAS



OBSERVACION I

M. D., francesa, de 25 años. Entró al Hospital Nacional de Alienadas el 25 de septiembre de 1916. No tiene domicilio. No tiene hábitos alcohólicos. Parece haber sufrido antes de su ingreso repetidos períodos de alteración mental, manifestando tendencia al aislamiento, pero siendo al mismo tiempo agitada y agresiva; ha tenido alucinaciones de la vista y delirio de persecuciones; personas imaginarias la seguían, pretendiendo pegarle y hasta ahorcarla. En el momento de ingresar permanece tranquila, teniendo frecuentes accesos de risa y de llanto; responde al interrogatorio con marcada poca voluntad, aunque coherentemente. «Niega tener alucinaciones», dice el informe de la sala de admisión del Hospital de Alienadas, «como parece también querer ocultar todas sus manifestaciones delirantes». Tiene conciencia de su estado y confiesa haber hecho abuso de la morfina y de la cocaína. Tiene ideas de suicidio. Durante el primer mes de obser-

vación, su agitación, al comienzo muy marcada, fué paulatinamente disminuyendo, habiéndosele descubierto en la región sacra una úlcera del tamaño del puño, que la enferma manosea constantemente y con cierta avidez; algunas veces se rasguñaba todo el cuerpo hasta producir escoriaciones. Durante este tiempo apareció su delirio; pertenece a la forma de delirio hipocondriaco, llamado por Regis *delirio de negación de Catar*; la enferma declara no tener ciertos órganos, no tener boca, dice algunas veces no tener cabeza y ser ésta la causa de su próxima muerte, atribuyendo toda la culpa de lo que le sucede al abuso de la morfina y la cocaína; estas ideas de muerte le persiguen constantemente, pide llorandó que se le avise a una amiga y a su madre que va a morir.

A propósito de estas ideas de muerte próxima tan fijas en ella, transcribiré la siguiente carta que le escribió a su madre en París y que refleja claramente su estado mental y algunas alternativas de su vida antes de entrar al hospital:

« Mi querida madre: Perdóname si no he contestado a tu carta en que me dices que mi hermano Juan fué muerto en la guerra y que de Jorge no has recibido más que tres cartas desde su partida. Es necesario me disculpes si no te he escrito, pues me encuentro sin domicilio y sin pan. He vagado

ocho días por las calles sin comer ni dormir, luego una señora francesa que me conocía me llevó con ella, permanecí allí dos días con una fiebre terrible y no pudiendo cuidarme fui llevada por la Asistencia Pública a un hospital donde estoy sufriendo ya el fin Me robaron el retrato de mi hermano que me enviastes y un mes después me llevaron a una casa de locos; en efecto, querida mamá, yo estuve loca durante un mes y medio; ahora ya estoy en mi razón; tú lo verás en mi carta, y si sigo en el hospital es porque tengo una enfermedad que no puedo curar. Tú sabes que todos los doctores son iguales; su deber es no decir la verdad al enfermo, pero yo sé bien que no curaré jamás; no siento la muerte, pero sufro pensando que no te volveré a ver a tí, mi querida madre, a mi hija amada, como a mis hermanas y hermano. Fui el domingo 31 del mes a la bendición y me emocioné mucho recordando el día aquel en que tu me enviasteis al pensionado. Tenía 7 años; estábamos de luto por mi abuelo que murió como un buen cristiano; cuando llegamos al pensionado una hermana nos recibió, llevándonos al salón donde se reciben a las familias, adornado con preciosas pinturas, entre las cuales una representaba una bella mujer vestida de negro, teniendo en la cintura una camelia; mi flor favorita. En seguida, entró la ma-

dre superiora y te preguntó si quedaría en el pensionado, tu respondistes que sí, ella levantó los ojos y palideció ; preguntastes qué tenía y respondió que era yo la misma que estaba en aquel cuadro que representaba a la directora del bazar de la caridad, que murió en el incendio y a quien amaba como a una hermana. Te recuerdo todas estas cosas, porque sé que te causarán una gran alegría pensando como yo me acuerdo de mi infancia. Querida mamá : yo sufro mucho de estar separada de tí y de mi hija, no tengo temor de morir, soy la más desgraciada de las mujeres, pues estoy sola y deberé morir lejos de tí ; ésta es mi mayor desgracia ; cuando leas mi carta no te desesperes, piensa que sólo tu deberás educar mi hija, sobre todo no le digas nada de mi ausencia, sólo que más adelante volveré. Madre querida, sufro escribiéndote, yo no debí jamás abandonararte ; tenías razón al decirme que donde hay pan para 7 hay para 8. Estoy triste por Juan y más aún por Jorge, tened confianza en Dios ; todos tenemos nuestro calvario. Mi doctor es muy bueno, tiene un hijo en la guerra que hace tres meses no le escribe. Me hace dar todos los días una tohalla de baño y hay una sala de baño donde puedo bañarme todos los días. Adios, mi madre querida, adios mi hija, mis hermanos y toda mi familia ; es la última carta que tú recibirás de mí ; cuando muer-

ra será la administración que te avisará. Mis últimos pensamientos para tí. El último adiós de tu hija que siempre te amó y te amará hasta la muerte. —M. D. ».

Como se ve, este cuadro clínico difiere bastante del representado en las observaciones clínicas de Magnan y Saury. Las alucinaciones de la vista aparecen vagamente; en cuanto al signo de Magnan, tal vez haya existido, permite suponerlo las escoriaciones de su cuerpo sin causa que las explique, no pudiendo afirmarlo, sin embargo, ante la negatividad de la enferma para explicar todas sus manifestaciones anormales. Lo que aparece con claridad es su delirio hipocondríaco; de negación, que la lleva a un estado de depresión con ideas de muerte próxima. Tuvo también ideas suicidas.

Este conjunto pertenece evidentemente a la cocaína, ya que su mejoría y hasta su curación van a la par de la supresión del tóxico.

OBSERVACION II

E. D. A., italiana, 28 años, artista teatral.

Entró al Hospital Nacional de Alienadas, el 3 de febrero de 1916, remitida por la policía de la capital, sin antecedentes por no haberlos conseguido investigar. Ha pasado ya por un período de alternativas de agitación y depresión en medio de un estado permanente de confusión mental con frecuente irritabilidad e impulsividad, con ideas de suicidio. Tiene accesos de llanto y de gritos e impulsos agresivos contra quienes la rodean, muchas veces permanece tranquila y deprimida. Las ideas de suicidio han sido llevadas a la práctica repetidas veces. Primero en un sanatorio donde estuvo internada algún tiempo. Otra vez se arrojó de un automóvil a gran velocidad, cayendo de espaldas sobre el pavimento, haciéndose diversas contusiones en el cuerpo.

Ingresa al hospital sumamente excitada, con tendencias eróticas exaltadas, prodigando toda clase

de caricias a los que le acompañan y rodean. Salta, camina, está en continuo movimiento. Su mentalidad es bastante lúcida; bien orientada tiene, sin embargo, algo débil la memoria. Parece tener alucinaciones de la vista repētidas e intensas y hay un esbozo de delirio persecutorio que vivamente trata de ocultar, diciendo cuando se le pregunta que ya fué interrogada varias veces y no quiere repetir las mismas cosas.

Declara francamente sus vicios; es vieja bebedora de éter, «que nunca le hizo mal», atribuyendo todos sus trastornos nerviosos al uso de la cocaína en inyecciones.

Ha tenido, como ya se dijo, ideas suicidas y homicidas.

Sus pupilas reaccionan perezosamente. Los reflejos tendinosos están exagerados, no hay temblor, su cuerpo aparece cubierto de contusiones y heridas.

Esta historia clínica difiere de la anterior. La enferma pasó primero por un estado de confusión mental con alucinaciones de la vista, con vago delirio persecutorio y tendencias suicidas. Se nota también aquí un cierto negativismo que lleva a la enferma a no querer contestar a los interrogatorios. No tuvo delirio hipochondriaco ni se consiguió descubrir el signo de Magnan, a pesar de su evidente

etiología, pues las manifestaciones psíquicas aparecen solo con el empleo de la cocaína y no antes cuando hacía uso del éter únicamente; además la atenuación es franca desde la supresión del tóxico.

En las observaciones que siguen veremos cómo en ciertos casos aún con dosis elevadas de clorhidrato de cocaína la sintomatología es más imprecisa y mezquina, lo cual parece demostrar que si bien es indudable el valor positivo de ciertos síntomas ya enunciados, cuando existen, su ausencia no invalida la existencia de una idéntica etiología, máxime cuando su supresión, el mejor elemento de juicio, trae la desaparición total del cuadro clínico.



OBSERVACION III

F. G., italiano, 52 años, casado, seis hijos sanos.

Se inició en la morfinomanía hace ya algunos años debido a repetidos accesos de asma que padecía. Asocia luego la cocaína a la morfina con el único propósito de evitarse el dolor que le producen los pinchazos. Presenta en ambos muslos en la región ántero-interna infinidad de pequeños abscesos en evolución y cicatrices; hay hiperestesia. Hace 8 años que aumenta la dosis de morfina cada día y hace un año llegó a ponerse 60 inyecciones de un centígramo asociada a la cocaína en igual proporción, es decir, 60 centigramos diarios de cada tóxico, al cabo de seis meses de continuar con esta dosis, bajó poco a poco hasta 10 centigramos de cada uno. Ahora desde hace dos meses se da solamente 30 centigramos por día.

Ingresa al Hospital de Alienados con el único propósito de curar su vicio, viene por su voluntad.

Entra tranquilo y lúcido, con buen pulso; regular, igual, con buena tensión. No tiene angustia ni deseos de morfina. Al día siguiente y subsiguiente presenta un estado ansioso con vehementes deseos de morfina. Hay respiración frecuente, vómitos biliosos, diarrea, pirosis, pulso frecuente y de poca tensión, hiperdicoto. Insomnio y agitación. No se han notado en él alucinaciones ni ideas delirantes.

Fué dado de alta a su pedido en regulares condiciones de nutrición.

Esta historia, como se ve, pertenece a un cocaínmano viejo, y sin embargo, carece de todas las manifestaciones ya apuntadas.

OBSERVACINO IV

E. G., francesa, soltera, 32 años.

Entra al Hospital Nacional de Alienadas el 10 de febrero de 1915. Es llevada por la policía de la capital, que la detuvo en la calle por sospechársele atacada de locura a causa de ciertos ademanes y palabras incoherentes que pronunciaba. Estaba, según el informe médico policial, en un estado de excitación mental con confusión de ideas, pasando por alternativas de excitación y depresión. Dormía mucho y no se alimentaba.

Esta enferma llegó a Buenos Aires hace 16 años; vino como cantante, luego dueña de unos miles de pesos estableció una casa de compra y venta de boletas de empeño, negocio en que se arruinó debido al vicio de la morfina y cocaína, vicio que la domina desde hace doce años. Estos últimos tiempos se sostenía gracias a las dádivas de algunas cantantes amigas y a limosnas recogidas en la calle. Todo ese dinero lo empleaba en sus

tóxicos. Llegó a darse hasta 5 gramos de morfina y 3 gramos de cocaína ; manifiesta que sin ellos no puede pasar, que constituyen para ella « la vida, la alegría y el vigor ». Relata que fué la amante de un farmacéutico de la calle a quien logró persuadir que le diera morfina. Más tarde, él dándose cuenta de los estragos que causaba el veneno en el organismo de E., intentó curarla sin conseguirlo, a pesar de sus muchos empeños ; finalmente acabó por abandonarse él también al vicio.

Ingresa esta mujer al Hospital Nacional de Alienadas indiferente a todo lo que le rodea ; sólo sale de su apatía para solicitar se le administre una inyección de morfina. Su atención se encuentra algo debilitada, lo mismo que su memoria y orientación. Contesta al interrogatorio con marcado desgano, en un estado casi permanente de somnolencia.

Su estado físico es lamentable ; desnutrida, lleno su cuerpo de pequeños abscesos consecutivos a las inyecciones en los muslos, región glútea y brazos. En los días sucesivos permanece tranquila, se alimenta bien y declara que su apetito es excelente ; en cambio se queja de no poder conciliar el sueño a causa de la falta de morfina. Se expresa siempre con voz quejumbrosa y su conversación se halla interrumpida frecuentemente por profundos bostezos ; reconoce haber llegado al noveno día de abs-

tinencia total de morfina y cocaína sin sentir ninguna grave alteración en su estado físico, sigue con mucha dificultad para conciliar el sueño y siente toda clase de deseos: genésicos, de comer, etc.; dice frecuentemente: «desearía tener muchas cosas ricas para comer».

Esta enferma mejora francamente en su estado físico y psíquico con la supresión de la morfina y cocaína.

Como decíamos, a pesar de la evidencia de la intoxicación cocaínica y del empleo de dosis enormes, 5 gramos de morfina y 3 gramos de cocaína, exceptuando su estado rápidamente pasajero de excitación mental y confusión de ideas ya anotadas, no aparecen otros disturbios psíquicos graves; no hay alucinaciones de ninguna especie ni delirio.

MANUEL IGNACIO ROMERO.





BIBLIOGRAFIA

Pouchet — Pharmacodynamie et matiere medicale.

Gilber y Ballet — Traité de Patologie Mentale,
1903.

Vibert — Précis de Toxicologie.

Brauardel — Tratado de Medicina, tomo 3, pág.
263.

Ebstein y Schwalbe — Tratado de Medicina Clíni-
ca y Terapéutica, tomo 3.

Eulenburg — Diccionario de Medicina y Cirugía,
tomo 2.

Dechambre — Diccionario de Ciencias Médicas, to-
mo 18.

Tanzi y Lugaro — Trattato delle Malattia Mentali,
tomo 2.

Chambard E. — Les morphinomanes. — Biblioteque
Medicale Charcot-Debove.

Morselli Enrico — Nota sulla psicosi cocainica e sue
varietà nosografiche. — Riforma Medica, 1896,
tomo II, n.º. 47 y 48.

- Manquat* — Therapeutique.
- Magnan M. M. et Saury* — Cocainisme chronique.
—Memoires de la Société de Biologie, séance
du 26 janvier 1889.
- L'Encephalo*, 1911 y 1914.
- Anales MédicoPsicológicos*, 1889.
- Sautzo de Rumania* — Cocainismo cronico. -- Re-
vista de Patologia Nervosa y Mentale, 1902.
- Jennings Oscar* — Morfinismo y Morfinomania.
- Ribakoff* — Le signe de Magnan dans le cocainis-
me chronique. -- Revue Neurologique, 1896,
pag. 60.
- Erlenmeyer* — Uber Cocainmicht. — Deutsche Me-
dicinal Zeitung, 1886, nº. 44.
- Golden Mortimer* — Historia de la Coca.
- Memoires de la Société de Biologie*, 1884 y 1885.
- L'Encephalo*, 1886, tomo 4.
- Debove y Achard* — Manual de Terapéutica Mé-
dica.

Buenos Aires, Abril 11 de 1917

Nómbrese al señor Consejero doctor Marcial V. Quiroga, al profesor titular doctor Domingo S. Cavia y al profesor suplente doctor Amable Jones, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou.
Secretario

Buenos Aires, Abril 28 de 1917

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 3249 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario

20354





PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Profilaxia del cocainismo.

Quiroga.

II

Relaciones del cocainismo con la prostitución.

D. S. Cavia.

III

Cocainismo y degeneración.

Jones.

