



Año 1918

Núm. 3466

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA MORFINOMANIA
Y SU TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

FRANCISCO ROSSI



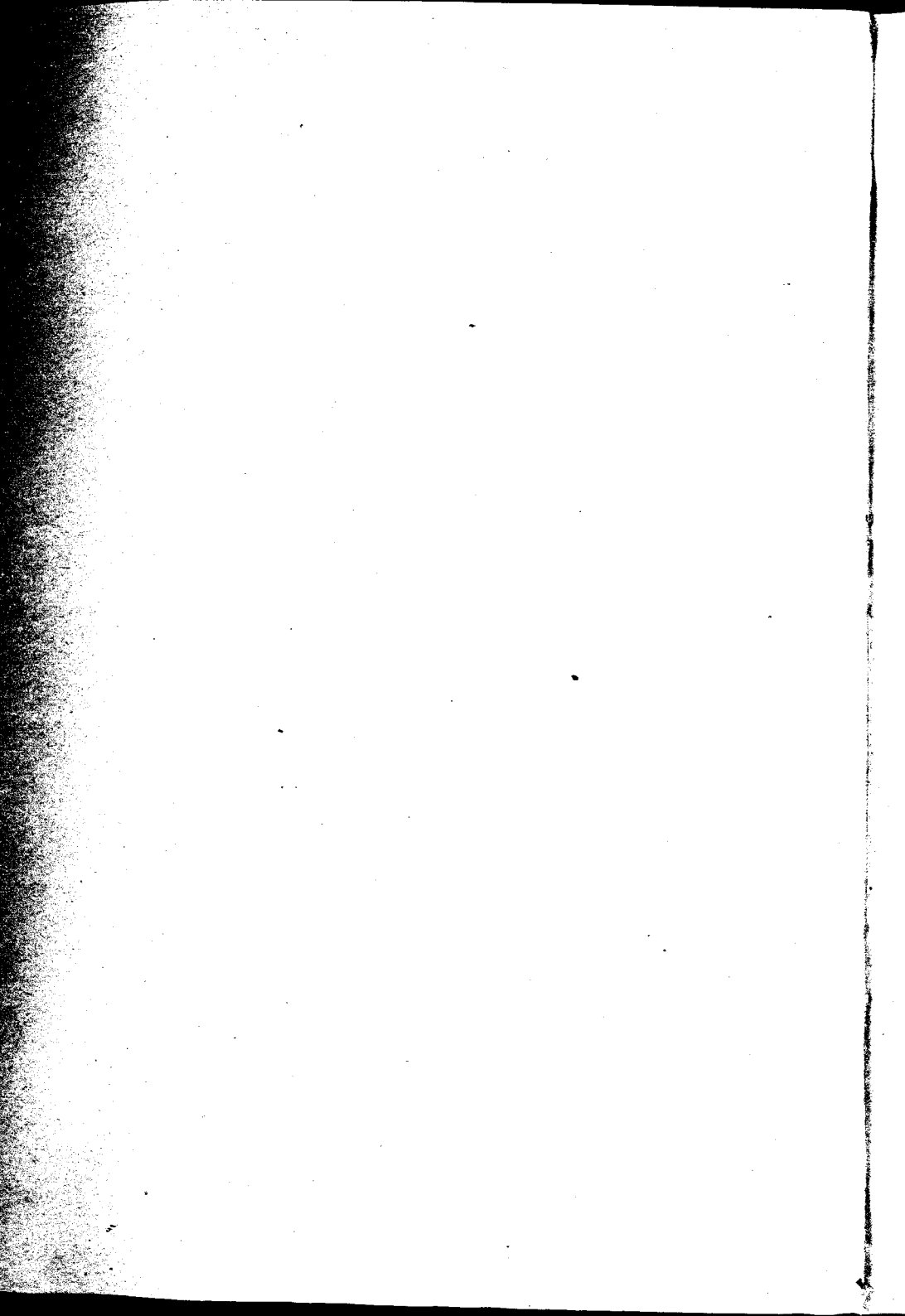
BUENOS AIRES

Talleres Gráficos "Juan Perrotti", Defensa 523

1918



Misc. B. 25.9



LA MORFINOMANIA Y SU TRATAMIENTO



Año 1918

Núm. 3498

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA MORFINOMANIA

Y SU TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

FRANCISCO ROSSI



BUENOS AIRES

Talleres Gráficos "Juan Perrotti", Defensa 523

1918



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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

PRESIDENTE

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

VICEPRESIDENTE

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

MIEMBROS TITULARES

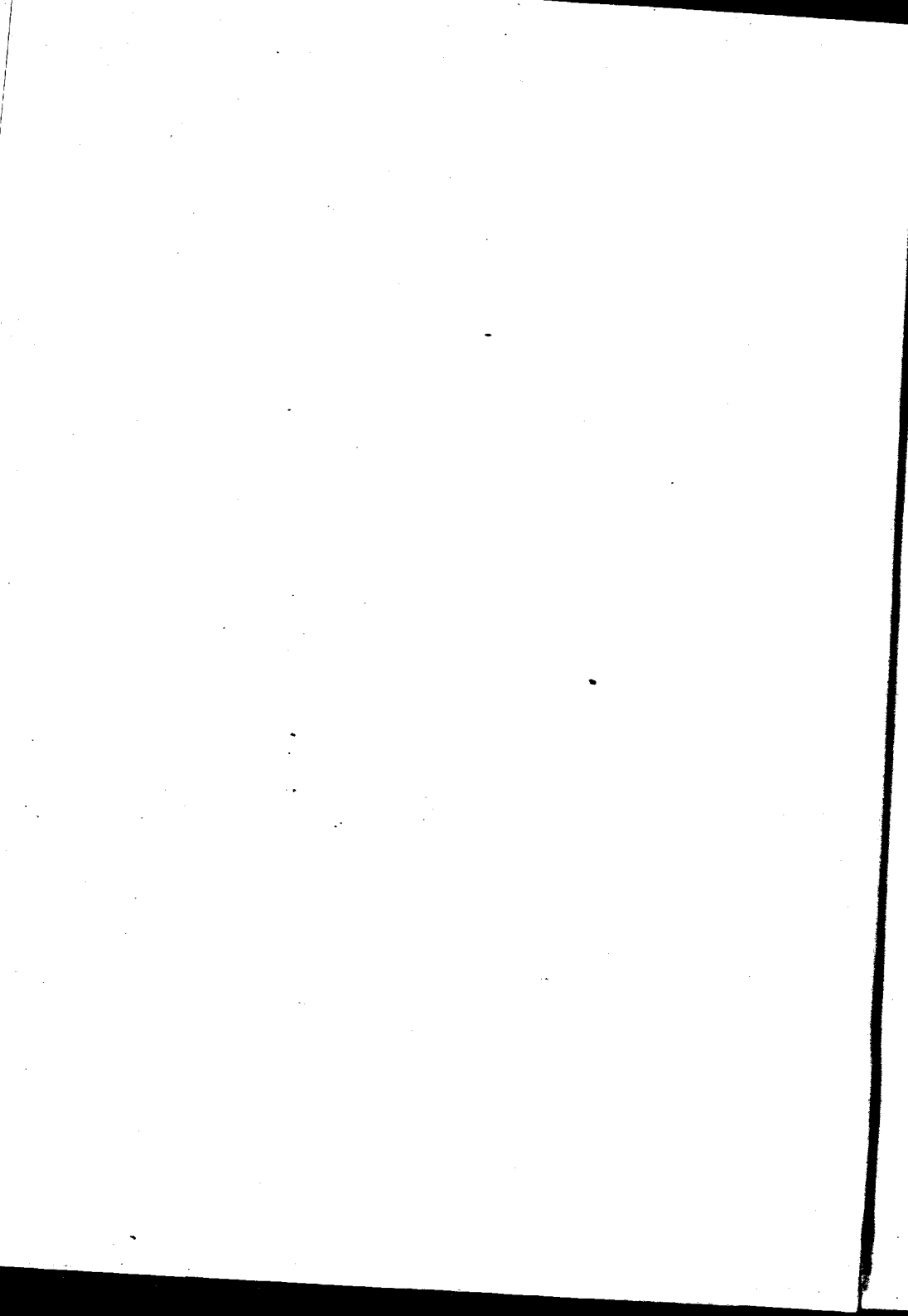
1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSE PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTON
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PISERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN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

SECRETARIO GENERAL

(Vacante)

SECRETARIO

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

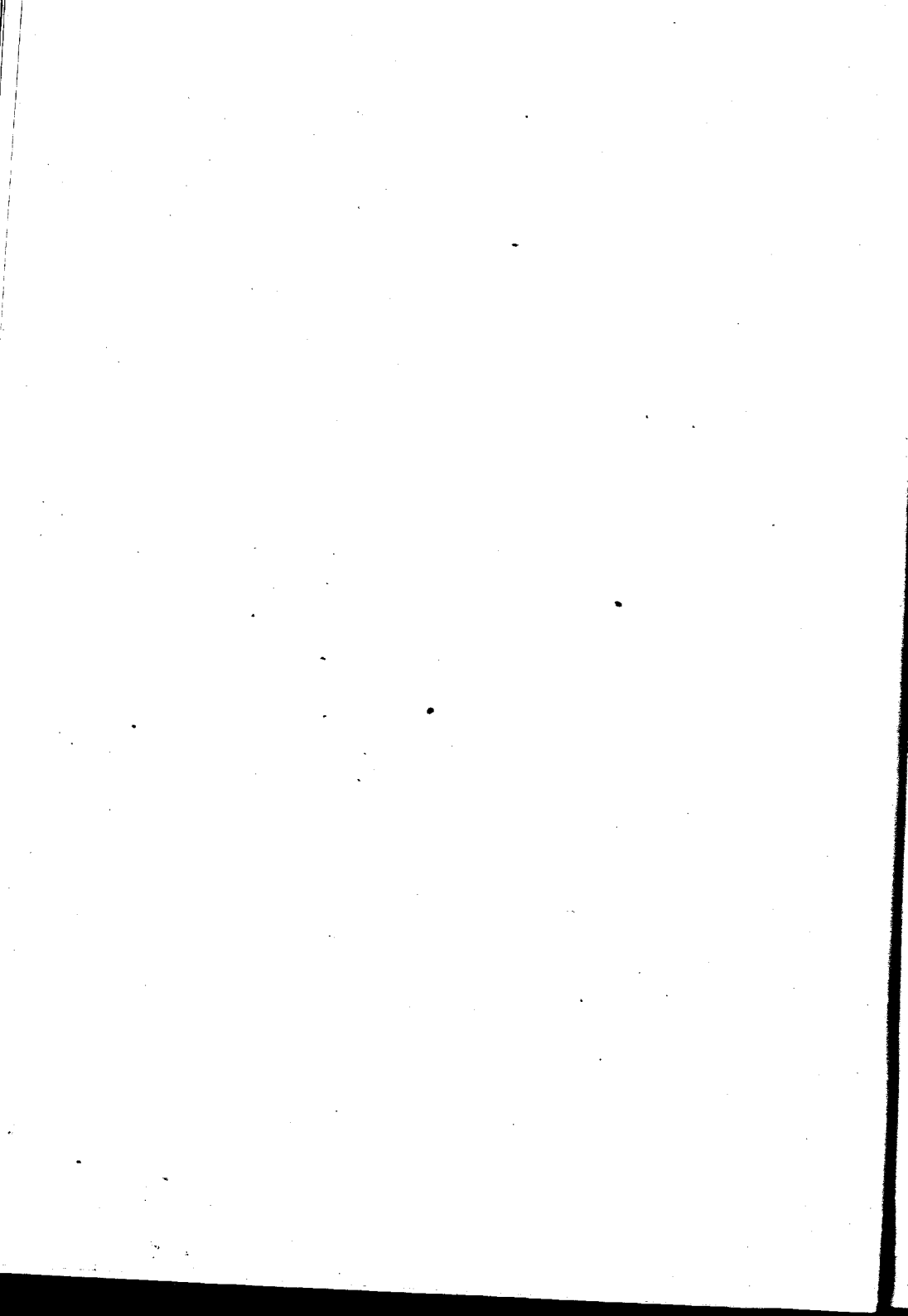


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

MIEMBROS HONORARIOS

1. DR. D. TELEMACO SUSSINI
2. » » EMILIO R. CONTI
3. » » OLIVINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO VIDAL
5. » » ALOYSIO DE CASTRO
6. » » CARLOS CHAGAS
7. » » MIGUEL DE OLIVEIRA COUTo



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONSEJO DIRECTIVO

DECANO

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

VICEDECANO

DR. D. DOMINGO CABRED

CONSEJEROS

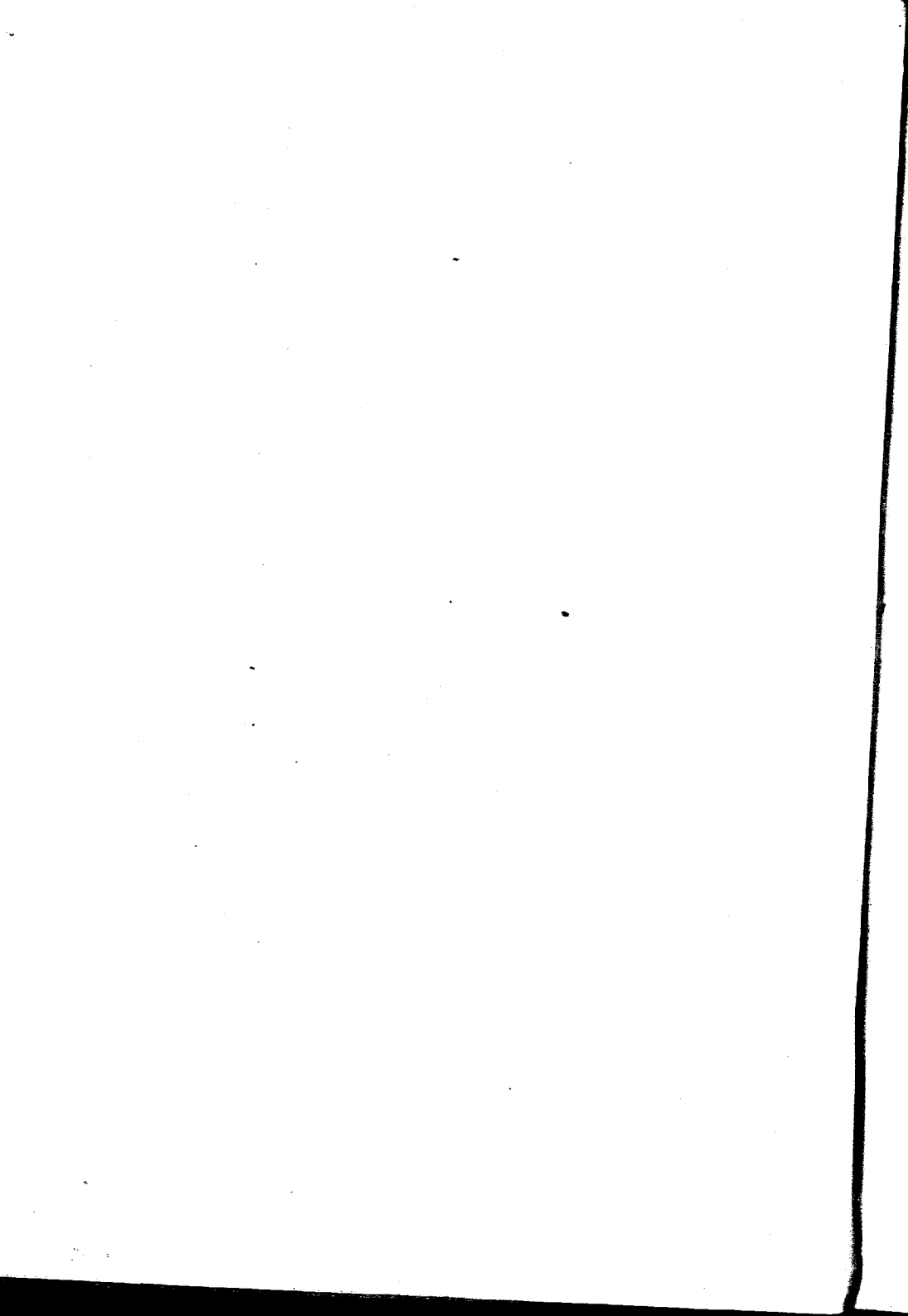
DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

- » » ELISEO CANTON
- » » ANGEL M. CENTENO
- » » DOMINGO CABRED
- » » MARCIAL V. QUIROGA
- » » JOSE ARCE
- » » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
- » » DANIEL J. CRANWELL
- » » CARLOS MALBRAN
- » » JOSE F. MOLINARI
- » » MIGUEL PUIGGARI
- » » ANTONIO C. GANDOLFO (supl.)
- » » FANOR VELARDE
- » » IGNACIO ALLENDE
- » » MARCELO VISAS
- » » PASCUAL PALMA

SECRETARIOS

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

- » » JUAN A. GABASTOU



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNIOKE

» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. ARATA

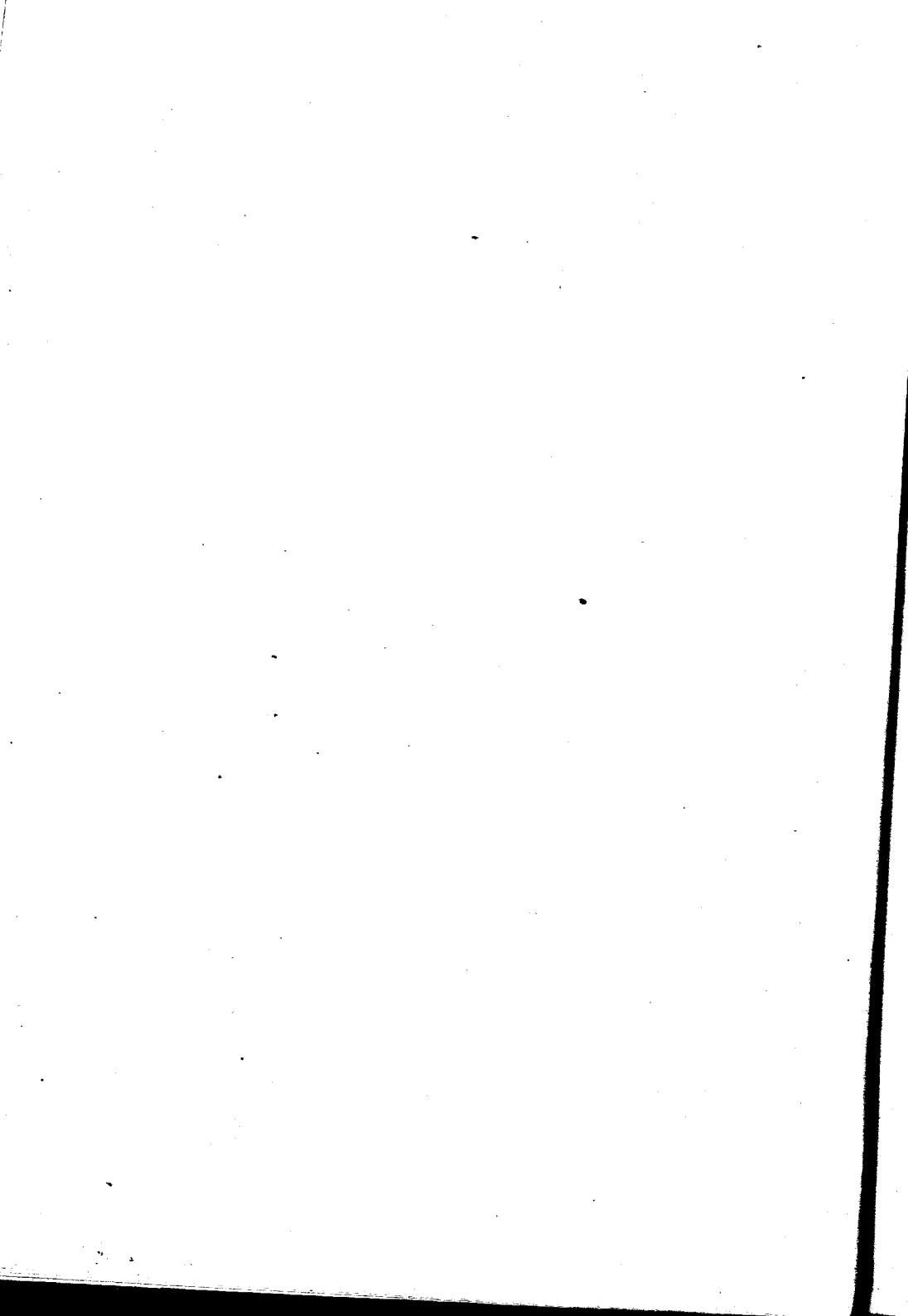
» FRANCISCO DE VEYGA

» ELISEO CANTON

» JUAN A. BOERI

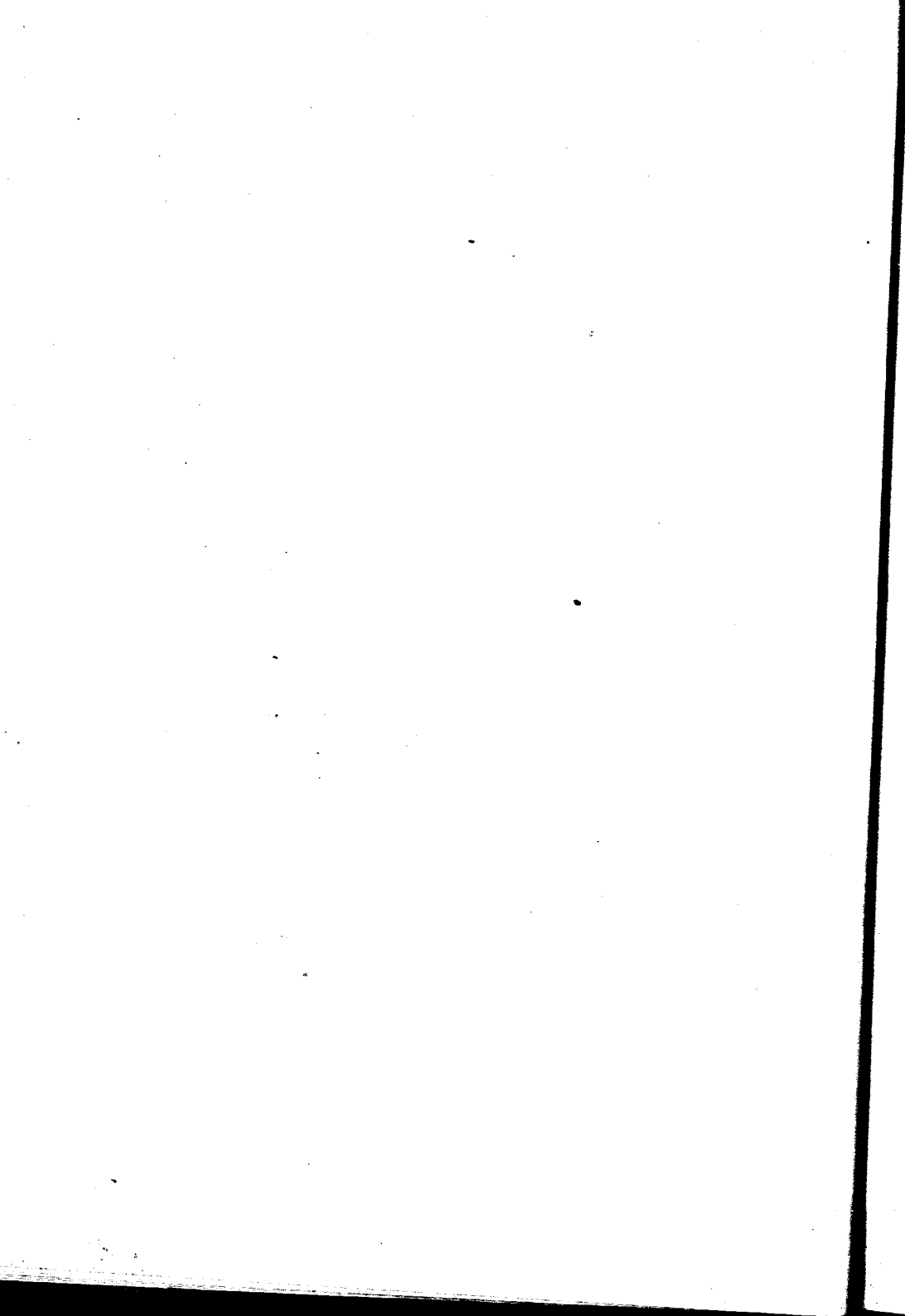
» FRANCISCO A. SICARDI

» TELEMACO SUSINI



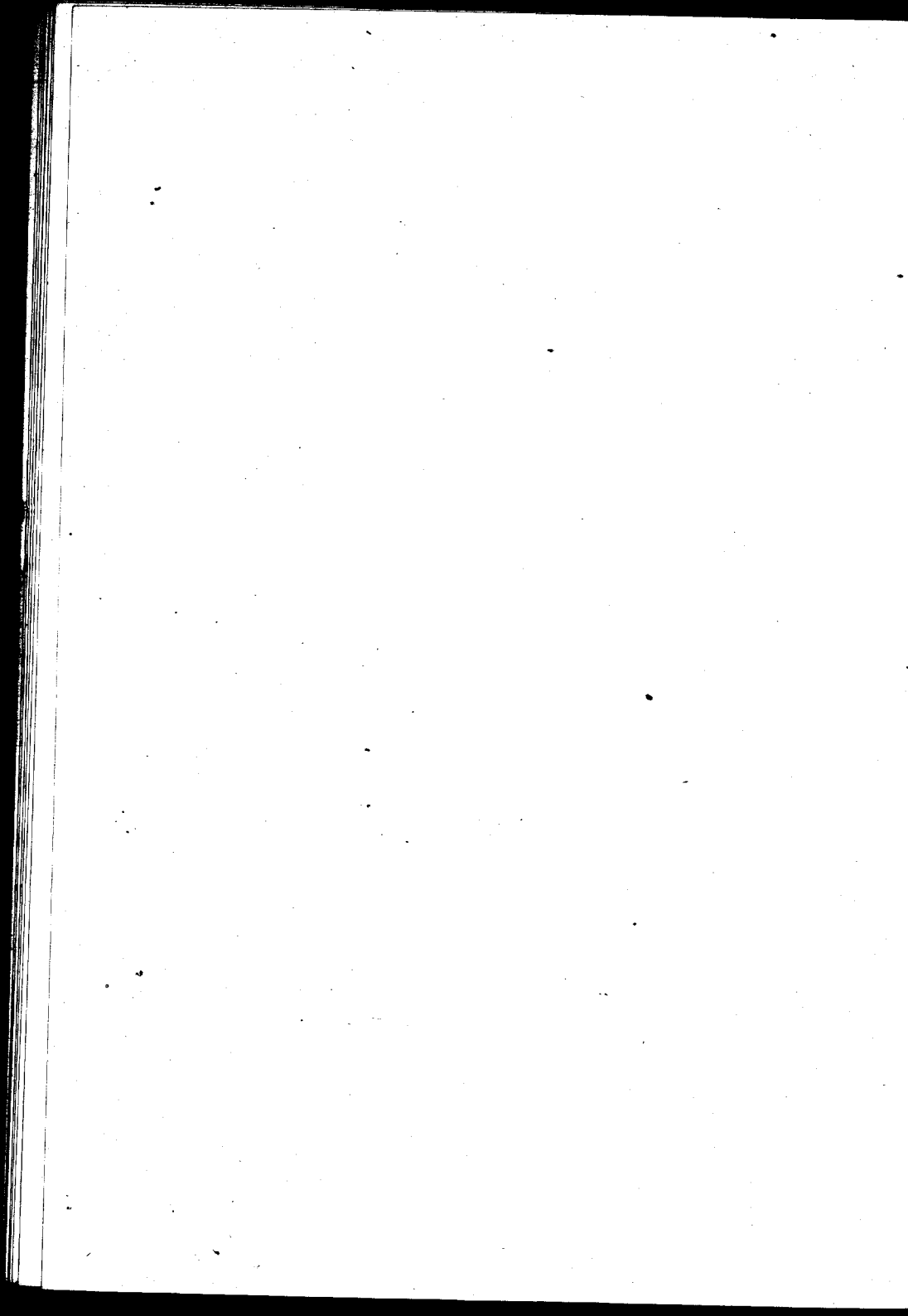
ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS TITULARES
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANONA
	» RICARDO S. GOMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	» HORACIO C. FISERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Química 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	» (VACANTE)
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dérmato-Sifilográfica	Vacante
Clínica Génito-urinaria	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	» JUAN B. SENORANS
Clínica Epidemiológica	» JOSE PENNA
Clínica Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica	» ENRIQUE B. DEMARIA
	» LUIS GÜEMES
» Médica	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica	» DIOGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VINAS
» Neurológica	» JOSE A. ESTEVES
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA



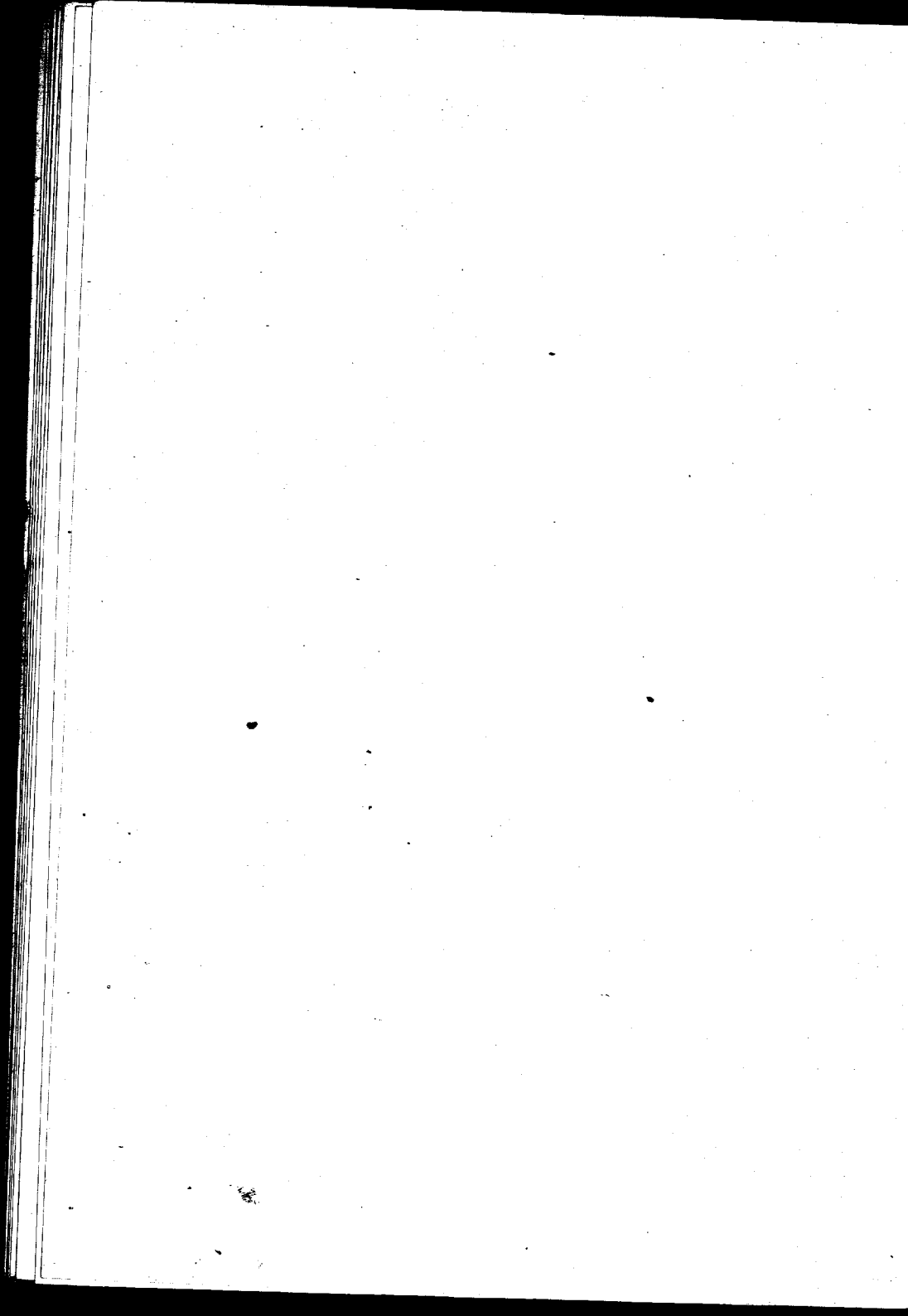
ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS EXTRAORDINARIOS
Botánica Médica	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica	» DANIEL J. GREENWAY
Histología normal	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica	» JUAN JOSE GALIANO
Bacteriología	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
	» JOSE BADIA
Anatomía Patológica	» FELIPE A. JUSTO
Higiene Médica	» MAXIMILIANO ABERASTURY, en cj.
Clínica Dermato-Sifilográfica	» BERNARDINO MARATNI
Clínica génito-urinaria	» CARLOS ROBERTSON LAVALLE
Patología externa	» RICARDO COLON
Patología interna	» ELISEO V. SEGURA
Clínica oto-rino-laringológica	» PEDRO J. HARDOY
	» MARIANO ALURRALDE
	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» FRANCISCO LLOBET
Clínica Quirúrgica	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSE ARCE
	» JOSE T. BORDA
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMIN T. SOLARI
	» ARTURO ENRIQUEZ
Clínica Obstétrica	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» JOSE F. MOLINARI
Clínica Ginecológica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Médica	



ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS SUSTITOS
Zoología Médica	DR. GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva	» SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana	» EUGENIO GALLI
Bacteriología	» JUAN JOSE CIRIO
Química Biológica	» FRANCISCO ROPHILLE
Higiene Médica	» FRANK L. SOLER
Semiología y ejercicios clínicos	» BERNARDO HOUSSAY
Anatomía Patológica	» RODOLFO RIVAROLA
Materia médica y terapéutica	» SALVADOR MAZZA
Medicina operatoria	» BENJAMIN GALARCE
Patología externa	» MANUEL B. CARBONELLI
Clinica dermat-sifilográfica	» SANTIAGO M. COSTA
Clinica Génito-urinaria	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Clinica epidemiológica	» ALFREDO VITON
Clinica oftalmológica	» PEDRO J. HARDOY
Clinica oto-rino-laringológica	» JOAQUIN LLAMBIAS
Patología interna	» ANGEL H. ROFFO
Clinica quirúrgica	» PEDRO ELIZALDE
Clinica Neurológica	» JOSE MORENO
Clinica Médica	» PEDRO CASTRO ESCALADA
Clinica pediátrica	» ENRIQUE FINOCCHIETTO
Clinica ginecológica	» FRANCISCO P. CASTRO
Clinica obstétrica	» CASTELFORT LUGONES
Medicina legal	» ENRIQUE M. OLIVIERI
Clinica Psiquiátrica	» ALEJANDRO CRVALLOS
Génito-Urinaria	» NICOLAS V. GRECO
	» PEDRO L. BALSA
	» JOAQUIN CERVERA
	» FERNANDO R. TORRES
	» FRANCISCO DESTEFANO
	» ANTONINO MARCO DEL PONT
	» DANIEL THAMM
	» ADOLFO SOCIETI
	» RAUL ARGASARAZ
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARTIN CASTRO ESCALADA
	» FELIPE J. BASAVILBASO
	» ANTONIO R. ZAMBRINI
	» ENRIQUE FERREIRA
	» PEDRO LABAGUI
	» LEONIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. BARLARO
	» EDUARDO MARINO
	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» ROBERTO SOLE
	» PEDRO CHUTRO
	» JOSE M. JORGE (II.)
	» OSCAR COPELLO
	» ADOLFO F. LANZIVAR
	» JORGE LEYRO DIAZ
	» ANTONIO F. CELESIA
	» TOMAS B. KENNY
	» VICENTE DIMITHI
	» ROMULO H. CHIAPPORI
	» JUAN JOSE VITON
	» PABLO J. MORSALINE
	» RAFAEL A. BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» MARIANO E. CASTEX
	» PEDRO J. GARCIA
	» JOSE DESTEFANO
	» JUAN R. GOYENA
	» JUAN JACOBO SPANGENBERG
	» TELIO MARTINI
	» CANDIDO PATIRO MAYER
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWEIZER
	» JUAN CARLOS NAVARRO
	» JAIMÉ SALVADOR
	» TORIBIO RICOARDO
	» CARLOS R. CIRIO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» JULIO IRIBARNE
	» CARLOS ALBERTO CASTAÑO
	» FAUSTINO J. TRONGE
	» JUAN B. GONZALEZ
	» JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	» JUAN A. GABASTOU
	» ENRIQUE A. BOERO
	» JOSUE A. BERUFTI
	» NICANOR FALACIOS COSTA
	» VICTORIO MONTEVERDE
	» JOAQUIN V. GNECCO
	» JAVIER BRANDAN
	» ANTONIO PODESTA
	» AMABLE JONES
	» JOAQUIN NIN POSADAS



ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS

CATEDRATICOS TITULARES

Primer año:

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

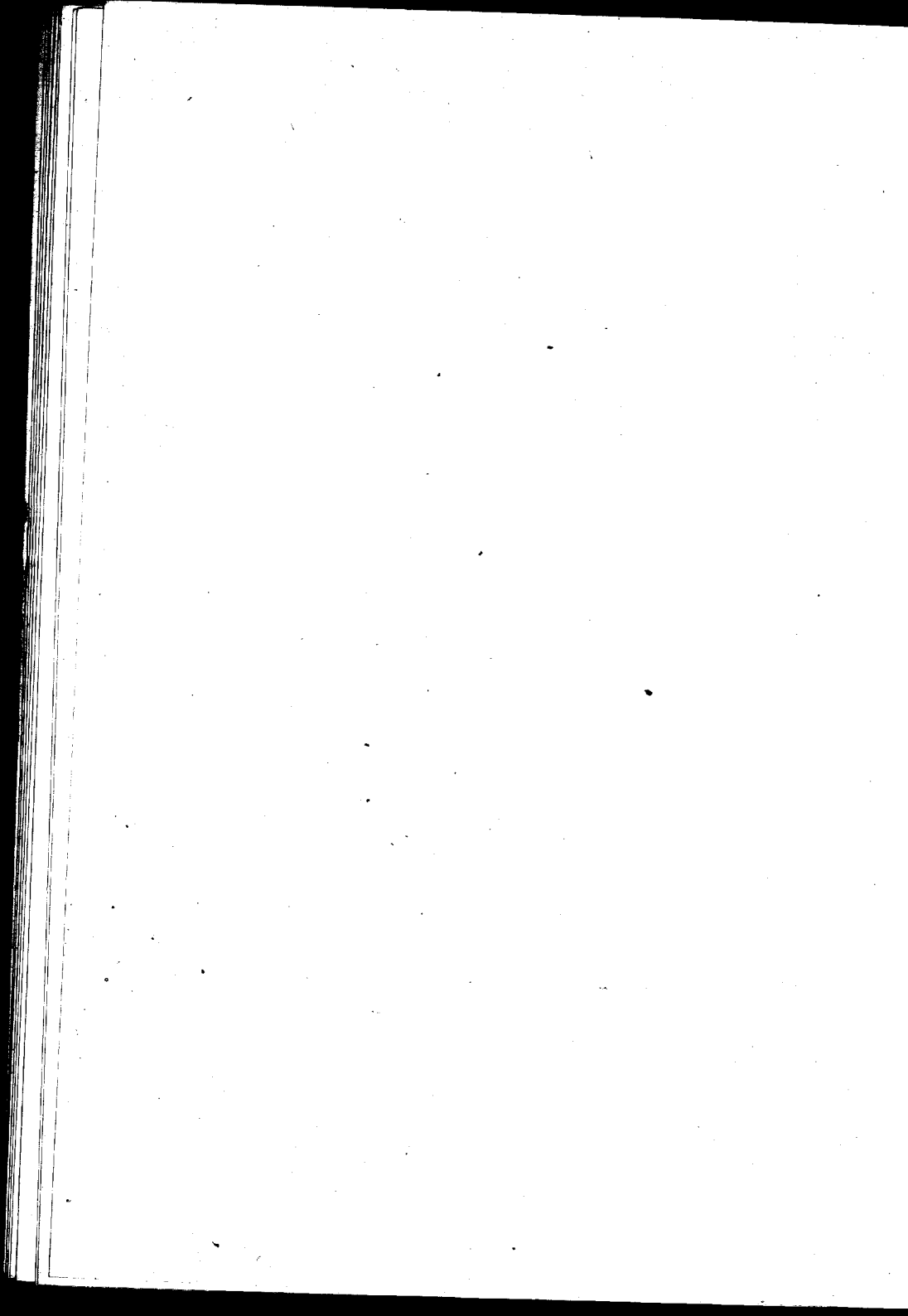
Segundo año:

Parto fisiológico DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica obstétrica DR. FANOR VELARDE

Fuercultura DR. UBALDO FERNANDEZ



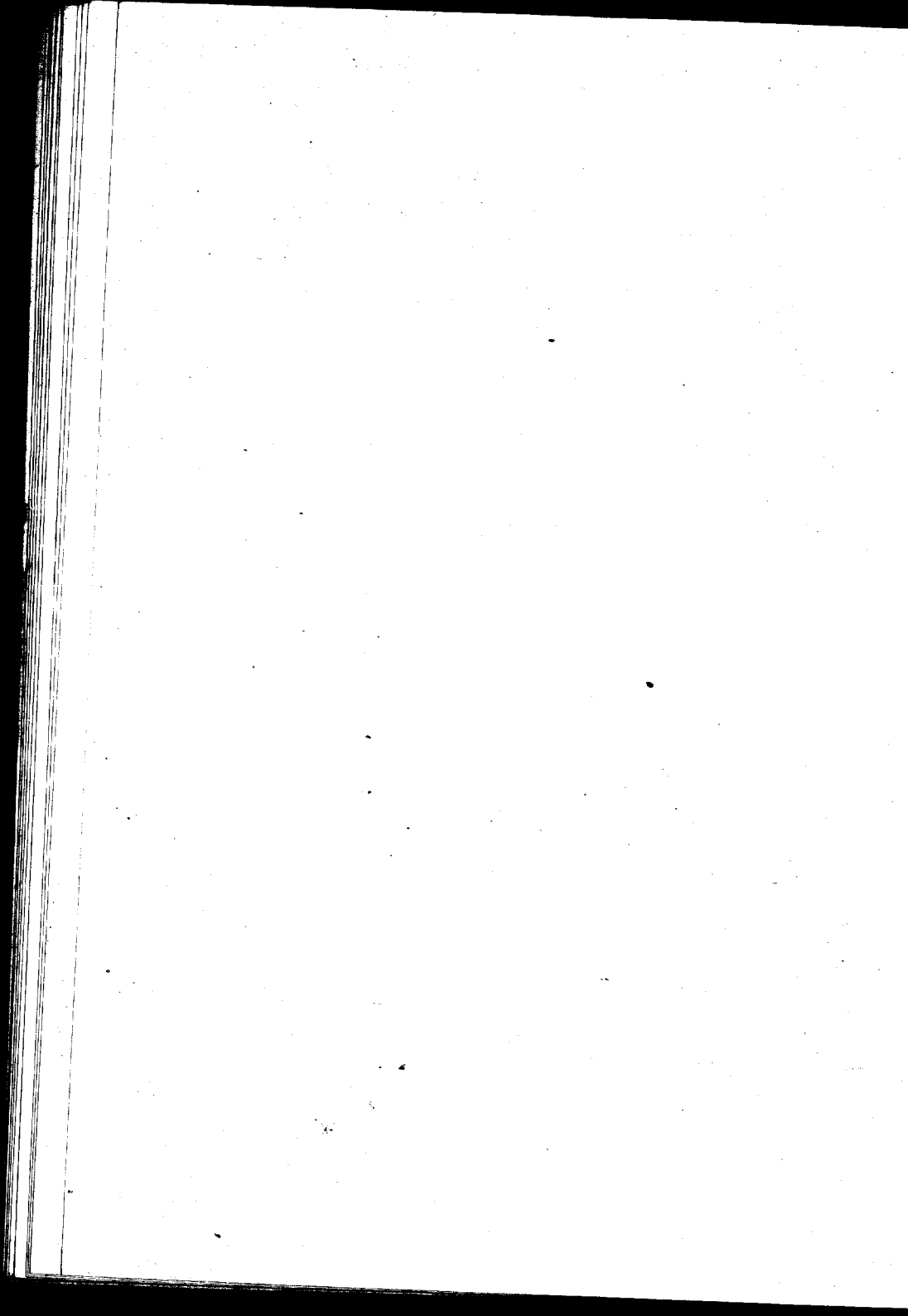
ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS TITULARES
Zoología general — Anatomía y Fisiología comparadas	DR. ANGEL GALLARDO
Física farmacéutica	» JULIO J. GATTI
Química farmacéutica inorgánica	» MIGUEL PUIGGARI
Botánica y Micrografía vegetal	» ADOLFO MUJICA
Química farmacéutica orgánica	(Vacante)
Técnica farmacéutica (1.º curso) ..	» J. MANUEL IRIZAR
Higiene, Ética y Legislación	» RICARDO SCHATZ
Química analítica general	» FRANCISCO P. LAVALLE
Farmacognosia especial	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Técnica farmacéutica (2.º curso) ..	DR. J. MANUEL IRIZAR

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS SUSTITOS
Zoología general — Anatomía y fisiología comparadas	DR. ANGEL BIANCHI LISCHETTI
Física farmacéutica	» TOMAS J. RUMI
Química farmacéutica inorgánica	» ANGEL SABATINI
Botánica y Micrografía vegetal	» EMILIO M. FLORES
	» ILDEFONSO C. VATTUONE
Química farmacéutica orgánica	» DR. PEDRO J. MESIGOS
	» LUIS GUGLIALMELLI
	» PASCUAL CORTI
Técnica farmacéutica	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» CLEOFE CROCCO
Química analítica general	DR. JUAN A. SANCHEZ
Farmacognosia especial	SR. OSCAR MIALOCK

DOCTORADO EN FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS TITULARES
Complementos de Matemáticas	—
Mineralogía y Geología	—
Botánica (2.º curso) Bibliografía botánica argentina	—
Química analítica aplicada (Medicamentos)	DR. JUAN A. SANCHEZ (supl. en ejerc.)
Química biológica	» PEDRO J. PANDO
Química analítica aplicada (Bromatología)	—
Física general	—
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Toxicología y Química legal	» JUAN B. SEÑORANS



ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

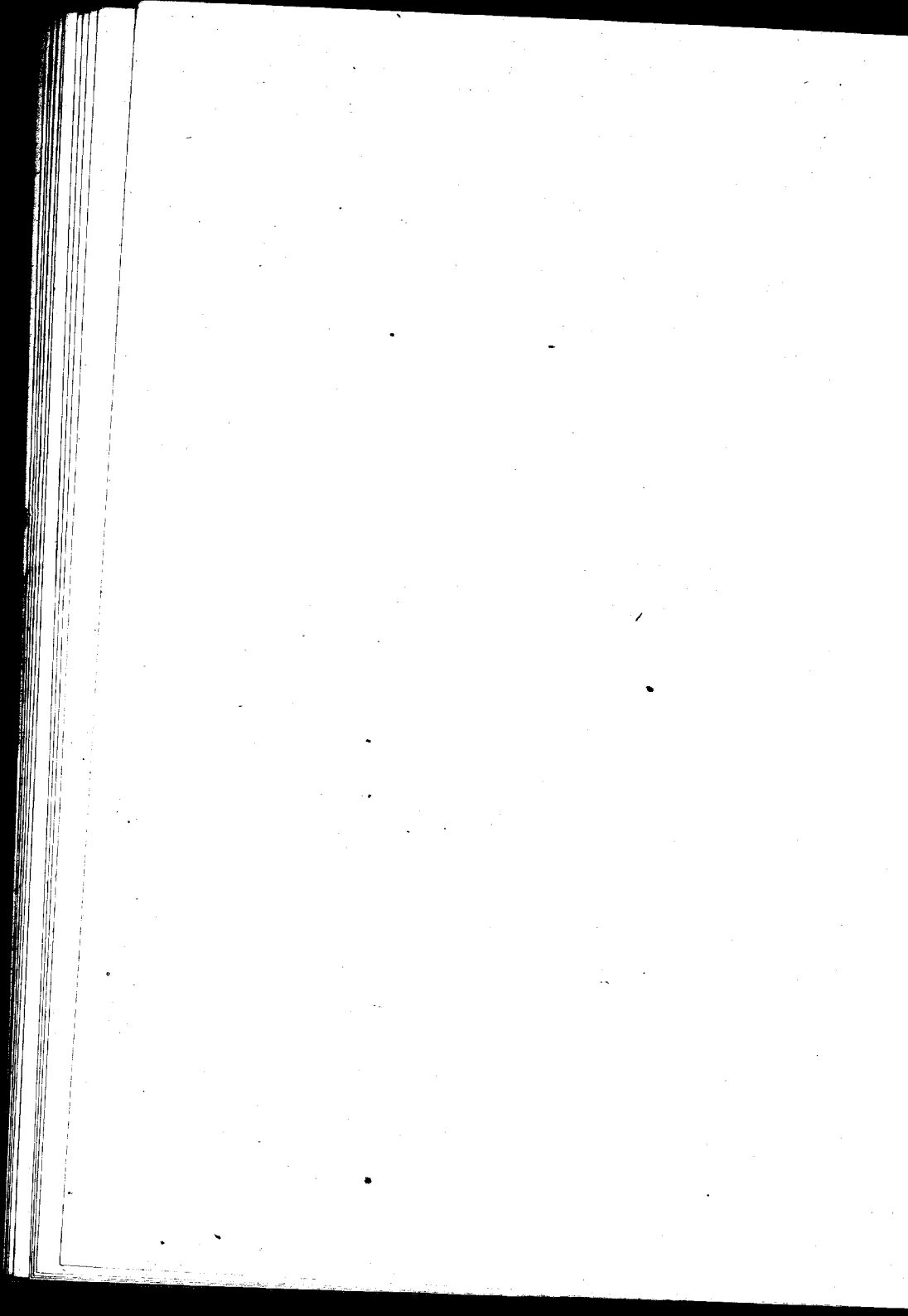
ASIGNATURAS

CATEDRATICOS TITULARES

1.er año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año	» LEON PEREYRA
3.er año	» N. ETCHEPAREBORDA
Prótesis dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

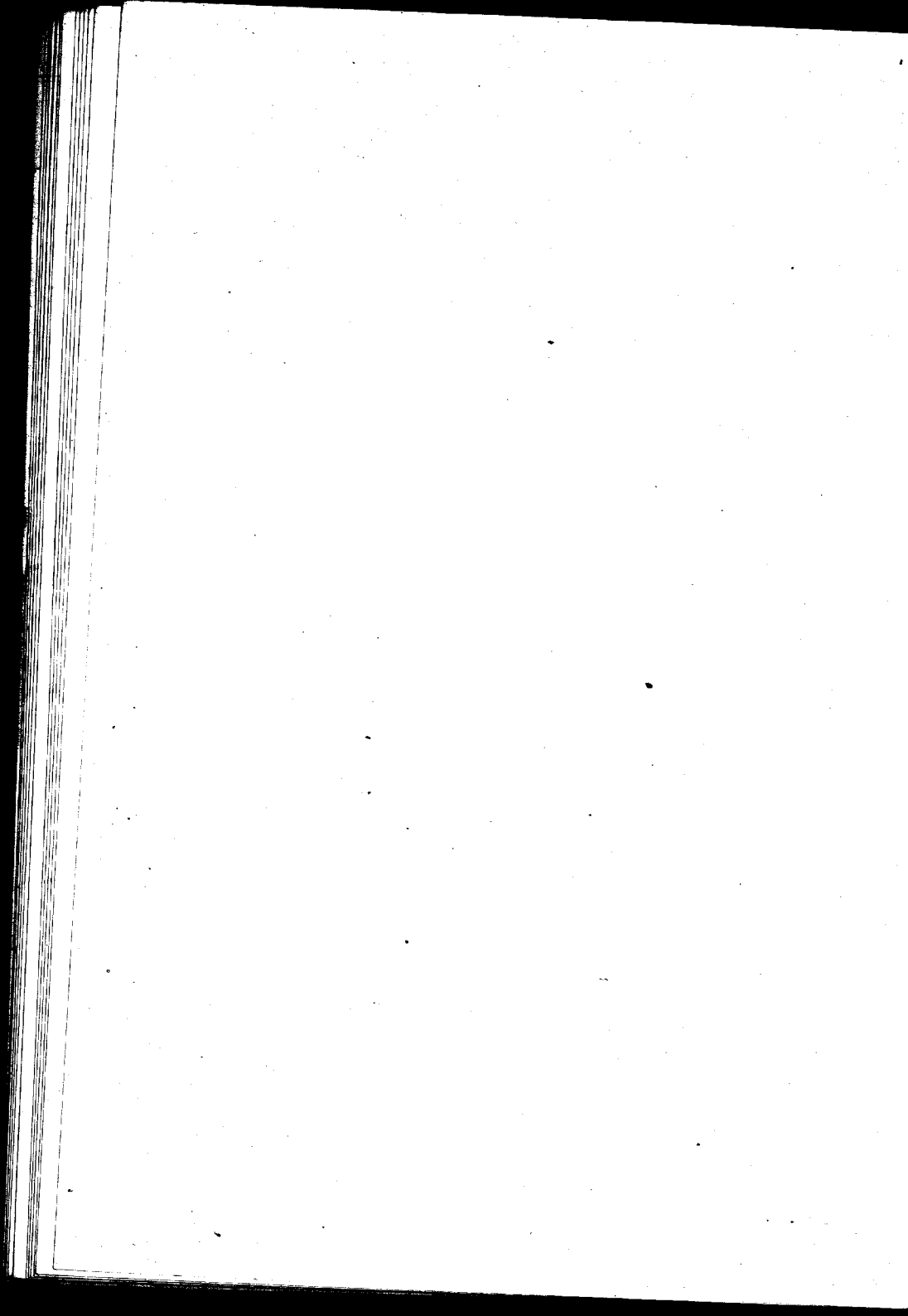
CATEDRATICOS SUSTITUTOS

DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMAS S. VARELA (2.º año)
SR. JUAN U. CORREA (Prótesis)
» CORIOLANO BREA (Prótesis)
» CIRO DURANTE AVELLANAL (1.er año)



PADRINO DE TESIS:

DOCTOR JUAN B. DGODO



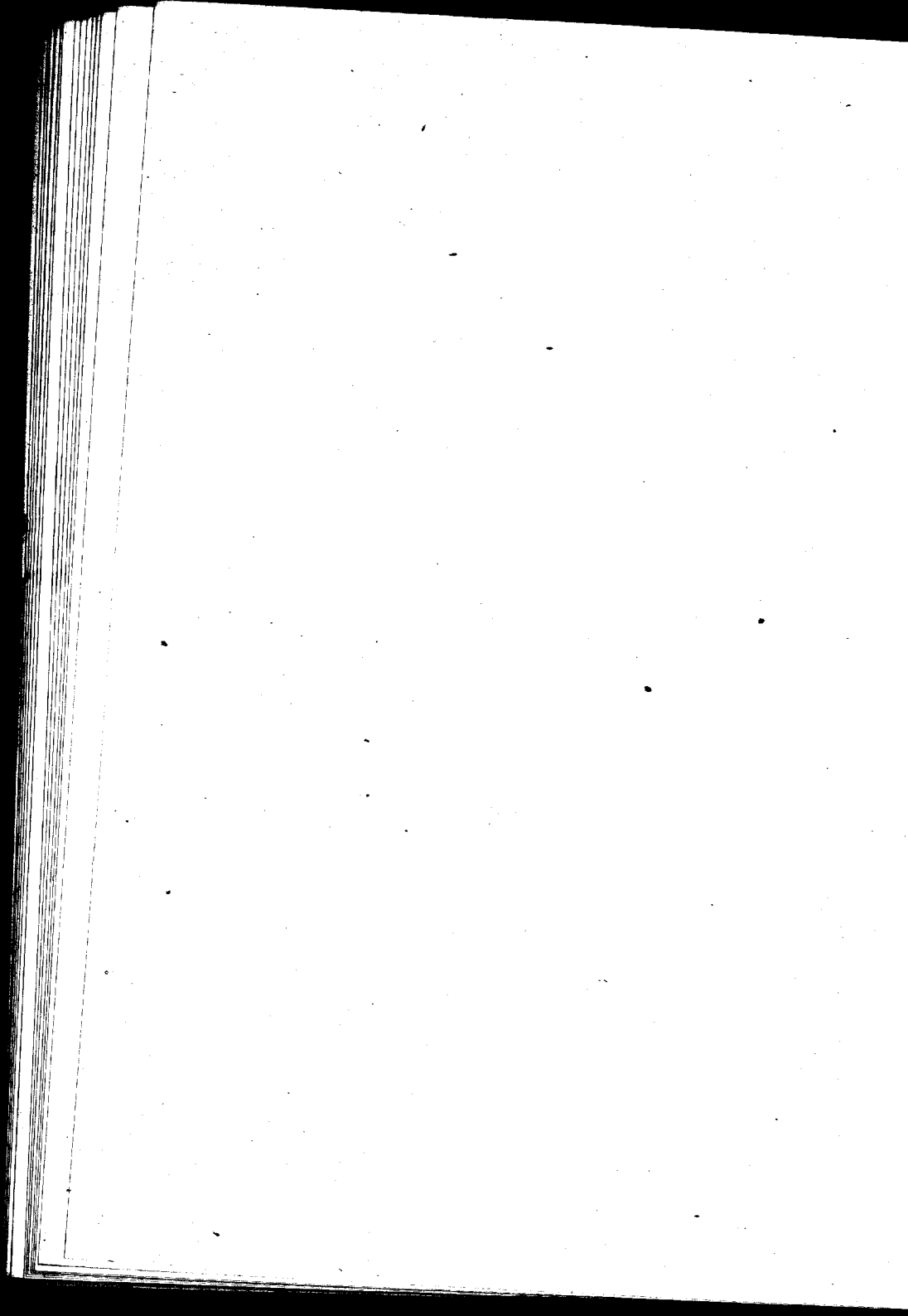
A LA MEMORIA DE MI PADRE

A MI MADRE



A MIS HERMANOS

A MIS HERMANAS



A LOS MIOS



AL SEÑOR DON JUAN CARLINO



A MIS AMIGOS



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Tengo el honor de someter a la consideración de vuestro ilustrado criterio, mi trabajo de Tesis que versa sobre "morfinomanía".

Al ser lanzado del aula a la vida profesional, una honda emoción me embarga, parecida al despertar de un dulcísimo sueño que inspira en seguida la inquietante idea de duda entre si vale más gozar soñando, o si vivir en realidad, pero sin saber cuál será la suerte que depara el día.

Una profunda melancolía al dejar las cosas viejas me produce una pena, parecida a aquella muy honda que han debido sentir los habitantes del viejo mundo que labraron la grandeza de esta tierra, cuando el barco que les traía a aventurada empresa se alejaba, y contemplaban como despedida el suelo patrio que desaparecía en el horizonte. . . tal vez para siempre.

Más permitidme, maestros, que exprese aquí alguna idea sobre nuestra profesión.

Casi todas las ciencias se ocupan del estudio de la materia o de ideas más o menos especulativas; abs-trayéndose en ellas, muchos hombres se hacen sabios, pero al mismo tiempo se apartan de algo que vale más que la ciencia, y que es la vida misma. Si existen dos ciencias de clases diferentes, las intelectuales puras y aquellas del sentimiento humano, al abismarse en las primeras se abandonan las segundas. La ciencia mé-dica hace aquí honrosa excepción; ella es quizá la úni-ca que realiza la conjunción feliz de las dos; su objeto de estudio es la materia humana, física y moral, que trata de conservar y mejorar; y si pensamos que cada ser vale tanto como un mundo para aquellos que más le quieren, el esfuerzo de los médicos se hace con tal concepto de una virtud superior.

El alumno que con estas páginas se retira, evoca ahora el grato recuerdo de aquellos cuyo luminoso saber trataron de inculcarle en el aula; pero desea re-cordar también que la visión de su pasado estudiantil, además de despertar un sentimiento de afecto y gra-titud hacia sus mayores, hace revivir en el alma los encantos poéticos que para todos los médicos tuvo la Facultad, pues es allí, en ese ambiente amplio, abierto, generoso, intelectual, gozaron su juventud. Y sin lle-gar a sentir al igual del viejo Fausto que, arrebatado por dulces remembranzas, repudiaba su ciencia y ven-día el alma por un soplo fugaz de juventud, recorde-mos que así como hemos dicho que el supremo bien del

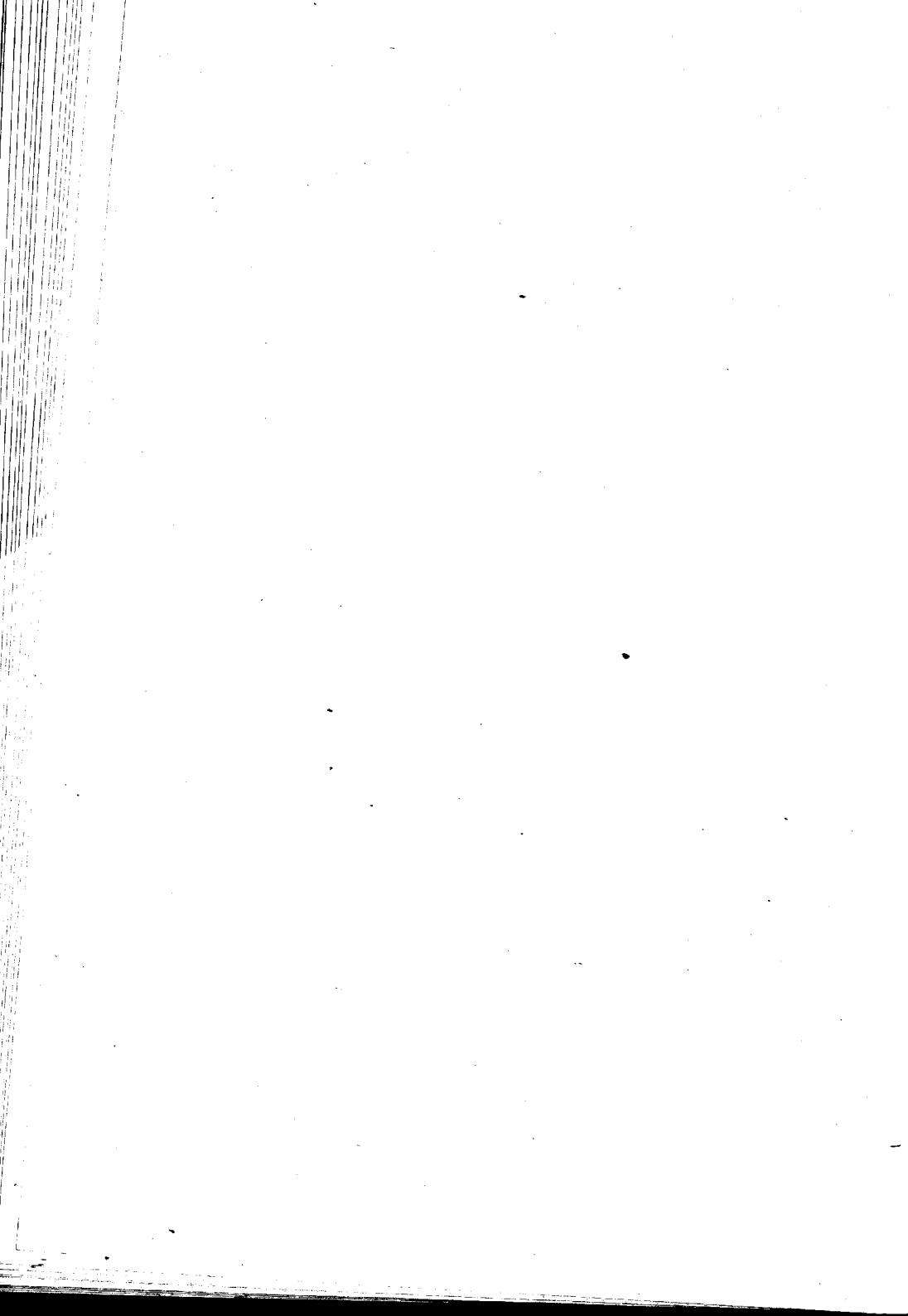
hombre es la vida misma, es en la edad juvenil cuando más intensamente se goza de ella.

Así nuestros recuerdos de juventud están conservados en cuadros imborrables donde figuran la grande casa de los largos corredores, los primeros enfermos observados, los profesores todos, cuyos ceños adustos y severos, ostentados a veces, parecían querer recordarnos que se nos estaba preparando para una misión seria, delicada, superior...

Cumplo aquí el honroso deber de dejar constancia de mi gratitud a aquellos, cuyo ejemplo y enseñanza he seguido en mi carrera. Así profeso siempre admiración y afecto a los doctores, Prof. Víctor Scaffidi, Prof. Silvo Dessy, Prof. Luis Lenzi, Dr. Luis E. Pagliere, Carlos V. Zerlini, Raúl Pini, José Caligiuri y Pedro Priani.

A los demás médicos del Hospital Italiano, que fueron mis compañeros de trabajo y de alegrías, las seguridades de mi mayor estima.

Al distinguido facultativo Dr. Juan B. Duodo, que me acompaña apadrinándome esta Tesis, mi más cariñosa amistad.



HISTORIA Y GENERALIDADES

Entiéndese por *morfínismo*, el conjunto de accidentes producidos por el abuso prolongado de la morfina (Ball). La *morfínomanía*, en cambio (Levinstein), es la pasión que tiene un individuo de servirse de la morfina como excitante o como estimulante y el estado patológico que resulta del uso y del abuso del medicamento.

La morfínomanía ocupa hoy el mayor interés de los toxicólogos y médicos legistas, por ser entre los vicios orgánicos modernos quizá el de mayor importancia, constituyendo, además, una amenaza casi oculta, pero terrible para la sociedad. No obstante, quizás la morfínomanía no obedezca a un nuevo apetito, recién descubierto, del organismo humano; más probable es que sea únicamente una de las formas de la *toxicomanía*, vicio éste que es propio de los neurópatas y, sobre todo, de los histéricos, y que consiste en un apetito morboso

por ciertas substancias, tales como la cocaína, el éter, el café, etc., y análogo al que los bebedores padecen por el alcohol.

El opio, producto del cual se extrae la morfina, es el jugo del *Papaver somniferum album*, de la adormidera o amapola blanca. Es ésta una planta que florece en el mes de junio; caída la flor, la cápsula aumenta considerablemente de volumen y sufre el fenómeno de la maduración. Los obreros encargados de extraer el opio al fruto, lo hacen mediante un aparatito, especie de escarificador, con el cual incinden la cápsula en forma de espiral; los vasos lactíferos manan un jugo, que concentrado en una gota única y desecada luego por el sol, deja un residuo blanquizo, que es el opio. Pero el producto que consumimos nosotros es menos puro que aquel extraído de las cápsulas en la forma descrita; proviene de la trituration, expresión y evaporación del líquido obtenido de la cápsula más los tallos y las hojas.

El mejor opio es el de Esmirna, pero también lo producen la India, el Egipto, Turquía, Persia, etc.

El opio es conocido de antiguo; los persas lo llamaban *alfon*, los griegos *meconium*, y en la Iliada es citado bajo el nombre de *Nephentis*. Su tierra de origen parece ser el Egipto, de donde lo tomaron los persas y los indús, quienes lo pasaron a los árabes y éstos a los chinos.

Antes de generalizarse el uso vicioso del opio, éste se consumía en grande escala en la China, país al cual

el alcaloide ha dado triste y universal celebridad. Así como el café, el opio se generalizó con las guerras de conquista de los musulmanes en Europa; pero debido a costumbres e idiosincrasias diferentes, los occidentales se habituaron al café y los orientales al opio.

En el siglo XVIII, el gobierno chino trató de tomar medidas para combatir el incremento del opio en dicho país; pero el producto vino del exterior, y la llamada *guerra del opio* que terminó con el tratado de Vaukin de 1842, entregó al inmenso imperio chino a la voracidad del comercio inglés, que inundó los mercados con el producto proveniente de la India inglesa. El censo del año 1894 nos muestra que en la China se introducía por el valor de 380.000.000 de francos anuales de opio; de esta cifra pasan al tesoro inglés, por concepto de derechos, 200.000.000 de francos, que es el inmenso tributo pagado por el gran pueblo chino para entregarse a su funesta pasión.

En la América del Norte, el vicio se ha propagado vastamente, habiendo sido su foco inicial la parte Oeste, sobre todo San Francisco, debido a que la inmigración china y japonesa ha sido, allí, mayor; y hoy día, en todas las grandes ciudades de la Unión, así como en las más populosas de todo el mundo, existen casas clandestinas adonde se reúnen los amantes del opio para aspirar su embriagador perfume.

Pero por sobre el humo del opio, al menos en nuestro ambiente, álzase amenazadora la inyección de morfina, poderoso tóxico que en los ambientes más cultos e intelectuales va reemplazando con grande ventaja

al alcohol, para producir sus desastrosos efectos que llegan a veces a la misma locura cuando no a la muerte. Y hoy día, las casas de salud privadas, que son aquellas adonde van a parar los insanos más ricos, están ocupadas en buena parte por morfinómanos.

El cultivo del opio se hace cada vez en mayor escala, lo cual significa que su consumo aumenta cada vez más.

Del opio se extraen numerosos alcaloides, de acción algo distinta unos de otros; pero de todos ellos, el que por sus efectos predomina, es la morfina, a tal punto que este nombre suele usarse en terapéutica como sinónimo de opio.

La morfina se encuentra en el opio en la proporción de 1 a 10.

Se la obtiene tratando al opio con agua hirviendo y a la solución que resulta con lechada de cal; agregando luego amoníaco, la morfina precipita.

Se presenta bajo la forma de cristales incoloros, de sabor muy amargo; su reacción es alcalina; es soluble en 1.000 partes de agua fría, en 500 partes de agua hirviendo, y en 300 partes de alcohol.

Siendo el alcaloide tan poco soluble, se emplean sus sales que lo son mucho más.

El clorhidrato, que es el más comúnmente usado, se disuelve en 20 partes de agua fría, 1 de agua caliente y 65 de alcohol.

El acetato, meconato, sulfato, etc., son inodoros, pero muy amargos en cambio, y de ahí que no se usen en la práctica común.

PREDISPOSICIÓN A LA MORFINA

El vicio de la morfinomanía es debido principalmente a la existencia de los llamados *predispuestos*. Un sujeto completamente normal, por el hecho de haber usado alguna vez la morfina, no se siente irresistiblemente atraído por ella.

Aparte de la psicología morbosa, fácilmente constatable, de los morfinómanos, si investigamos prolijamente sus antecedentes hereditarios, encontraremos casi siempre en los padres taras nerviosas y principalmente el histerismo; es en los neuróticos que la atracción de lo desconocido se hace en seguida irresistible; es en los llamados débiles irritables, sujetos que sienten la necesidad de exteriorizaciones físicas y psíquicas, que el deseo de la morfina, una vez usada por contagio o accidentalmente, se hace imperioso e irresistible.

Los que acabamos de citar, son los predispostos natos; pero aquella ley de patología, que dice que la

predisposición a las enfermedades puede ser heredada o adquirida, se cumple también aquí. Sujetos hay que nacen con un sistema nervioso sano y fuerte; pero al librarse después, en la vida, a excesos de todo género, intelectual y físico, llegan a un estado de decadencia tal que les coloca en las mismas condiciones de aquellos que nacieron tarados.

Pero en la patología mental, se acepta el hecho de que si bien casi siempre son hereditarias las psicosis, algún antepasado, aquel que inició la descendencia de enfermos, debió haber adquirido su enfermedad; así que en definitiva todas las enfermedades mentales, incluso el histerismo que tan ligado está a la morfomanía, son originariamente adquiridas.

Con todas estas consideraciones, la predisposición al vicio que nos ocupa, será también hereditaria o adquirida.

El profesor Ball decía: "la morfomanía es una casa hospitalaria en donde se penetra por tres puertas: la puerta del dolor, la puerta de la voluptuosidad y la puerta de la desesperación".

El dolor físico es causa de que casi no exista persona que no ha experimentado los efectos benéficos del alcaloide; y es para combatir a ese esencialísimo síntoma de ciertas enfermedades que los médicos echan mano al recurso supremo, casi maravilloso a veces, de una inyección de morfina; si ésta ha sido efectuada en un sujeto nada predispuesto, todo pasará con la enfermedad y apenas si un vago recuerdo ha de quedar de la inyección y de su agradable efecto; pero si,

por desgracia, se trataba de un sujeto predispuesto, nacerá en él tal deseo por la droga, que parece se cumpliera en este caso aquello de que “el que ha bebido, beberá”; nuevas y nuevas inyecciones de morfina se sucederán, lue o aumentará la dosis hasta cantidades en apariencia iverosímiles, y el espíritu y el cuerpo, minados cada vez más, ya no podrán vivir sin la droga; habránse esclavizado al veneno, que, de no intervenir un tratamiento oportuno, ha de conducirles a desastroso fin.

A continuación vamos a citar un ejemplo o caso de los más habituales en que se entra a la morfinomanía por el dolor físico. Supongamos a un enfermo atacado de un cólico hepático, o nefrítico, o de una neuralgia rebelde, o bien a un tabético en una crisis dolorosa; acude el médico y acto continuo aplica una inyección de morfina que casi instantáneamente hace pasar al enfermo del estado de angustia al de un inefable bienestar; pero pasado el efecto de la droga vuelve el dolor y con ello nueva inyección; esto se sucede hasta que el ataque, que puede ser prolongado, pase. Pero entre tanto, si por mala casualidad el enfermo era un predispuesto, el alcaloide habrá creado un estado psicofísico llamado, con justa razón, *estado de necesidad*, en que el sujeto no goza ya de tranquilidad alguna, sino bajo el efecto del tóxico; cesado el efecto de éste, el enfermo es presa de un estado patológico que describiremos más adelante y que reclama imperiosamente más morfina para desaparecer; y como el organismo se va habituando al tóxico, en parte porque lo des-

truye y en parte porque se vuelve menos impresionable a sus efectos, llega el día en que para obtener el efecto deseado, el cual se lograba antes con sólo un centigramo, el sujeto, ahora *morfinómano*, necesita dosis enormes (hasta de 1 a 2 gramos).

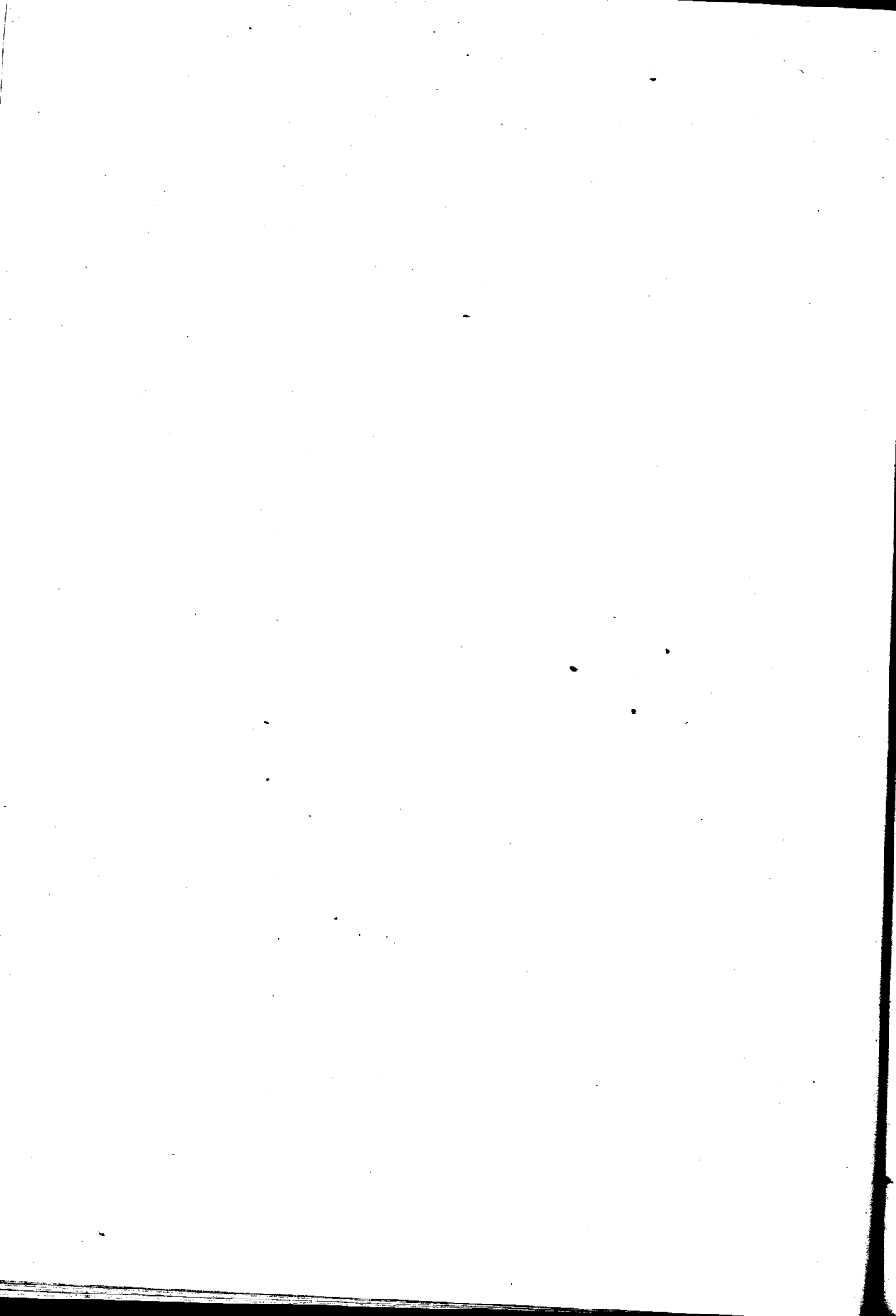
Pero habíamos dicho que no todos los enfermos que usasen la morfina se harían morfinómanos; estos son, bien al contrario, una pequeña minoría. Los sujetos constitucionalmente normales y fuertes, nunca se hacen morfinómanos, aunque hayan usado del tóxico en gran cantidad y durante tiempo; es sólo el predispuesto, el neurópata, en quien arraigará la idea funesta de enviciarse; en su mente se entabla una lucha a veces violenta entre el deseo de gozar las sensaciones agradables del tóxico y la idea del daño que ocasiona en el futuro al organismo el vicio desarraigable; pero el deseo primero, triunfante al fin, hará cerrar los ojos al pobre iniciado, que en adelante, menos que nunca, no verá el inmenso tributo que el hombre paga por los placeres y del que el poeta D'Annunzio hace tan hermoso tema y comentario en su novela titulada "El triunfo de la muerte".

El médico en los citados casos es algo más que el culpable indirecto; es el verdadero y único causante del enviciamiento de un enfermo; por esto, antes de dejarle en sus manos los instrumentos del delito, cuales son la jeringa y la ampolla de morfina, debieran estudiar siempre el fondo mental y nervioso del enfermo e investigar prolijamente sus antecedentes y herencia orgánica; y tanto más culpables son los médi-

cos, cuanto que bajo otros nombres y aspectos pueden usar el mismo tóxico, evitando así que la imaginación del enfermo trabaje trayendo como consecuencia el arraigamiento del deseo o pasión morbosa por la ya renombrada morfina.

Los farmacéuticos, despachando las recetas sin el “repite” con la firma del médico, contribuyen también grandemente a la propagación del vicio.

Pero médicos y farmacéuticos, ya que los hemos incriminado como principales culpables del desarrollo del mal, son también y en cambio los que le pagan el mayor tributo; ocupan el primer rango entre los morfinómanos y la razón está seguramente en que son ellos los que más tienen a mano la droga, puesto que no es posible atribuirles una psiquis u organismo particularmente ávido de morfina. Existe, pues, una predisposición llamada *profesional*, como lo demuestra la estadística, que coloca a los morfinómanos en el orden de frecuencia siguiente: médicos en primer lugar, luego los farmacéuticos, estudiantes de medicina, esposas de médicos y farmacéuticos, enfermeros, abogados, poetas, escritores y, finalmente, el mundo galante.



Del contagio en la morfinomania.

Habíamos dicho que una de las puertas de entrada a la morfinomania es el dolor; pero dista mucho de ser la principal. Es muy cierto que los médicos, farmacéuticos, estudiantes de medicina, etc., son los principales tributarios del vicio y entran en la categoría de la llamada *predisposición profesional*; son también de tener muy en cuenta aquellos enfermos que accidentalmente hubieron menester de la morfina, y después, sintiendo vencido su organismo por el hábito, sin gran fondo de culpabilidad se entregaron al vicio; pero éste en sí, tiene grandes propagandistas que se encargan de sostenerlo; son los mismos morfinómanos los que, debido a su psicología especial, tratan de iniciar a sus amigos por su mal camino.

Hemos visto figurar en la lista de los morfinómanos, ocupando segunda fila, a los poetas, a los escritores y al mundo galante. Entre los primeros de los citados, existen muchos sujetos que, sin que ello quite brillo a

sus facultades intelectuales, tienen en el fondo de su temperamento desamor al trabajo, ausencia del espíritu de sacrificio, en fin, por costumbre el abandono; condiciones todas estas que son también propias del mundo galante, el cual continúa la lista y a quien quedan asimilados para el caso de que aquí se trata; su modalidad de vida es favorable y da pie a esos ensayos sobre la droga que hacen siguiendo sugerencias de amigos ya enviados, que con un espíritu discutiblemente generoso les hacen maravillosas descripciones del mundo de la dicha a que son llevados por efecto mágico de la droga. Personas de otro temperamento y ocupaciones no se hacen nunca eco de esas narraciones, porque la vida disciplinada que llevan apenas si les dejaría tiempo y lugar para escucharlas.

Muchas cortesanas son, sin duda alguna, seres que han venido al mundo con una tara hereditaria e incurable que, al llegar a cierta edad, las conducirá casi fatalmente a la vida mundana. Sabido es, además, que las hijas de prostitutas llevan casi siempre la vida de sus madres, habiendo sido vanos los esfuerzos realizados para conducirles por el buen camino. En fin, la psiquiatría enseña que si entre las mujeres no existen tipos de criminales natos o locos morales, es porque ellas tienen su derivativo en la prostitución. Todo esto tiende a demostrar que la mayoría de tales mujeres llevan su mala vida debido a una aberración mental, y no, como podría creerse a primer examen, a que su temperamento más afectuoso las haya precipitado en el mal cuarto de hora, el cual tampoco suele ser debido

a una exaltación del sentido genésico; recordemos sino que la frigidez, tan común en las histéricas, suele ser también propia de las prostitutas. Todo lo que antecede deja comprender que es muy lógico que en el ambiente mundano reine la morfina, puesto que allí existe la predisposición a todos los vicios, y se trata de organismos y mentalidades favorables al desarrollo de la enfermedad. Pero tal no sucede en todos los casos; si algún organismo fuerte, si alguna mente sana, frecuenta por casualidad esos ambientes, sufrirá la maléfica influencia de los amigos o amigas ya envidiados, los cuales harán todo lo posible, mediante descripciones estupendas, de las bellezas de los *paraísos artificiales* que se gozan con la inyección, para *iniciarlo* en esos placeres. Y tal sujeto pasará así por la llamada *luna de miel* de la morfina, pasada la cual *la virginidad morfinica no se recobra más.*

La iniciación, que ocupa en la etiología de la enfermedad un lugar tan importante, se ejerce también indirectamente por intermedio de la prensa y libros especiales que contienen descripciones de los efectos del maravilloso tóxico. Y así vemos por quioscos y librerías, infames publicaciones con títulos sugestivos y enigmáticos; son pretendidos tratados sobre la droga, que, caídas en manos de la gente joven, sobre todo de las mujeres, tanto más crédulas de las cosas inverosímiles que los hombres, no es extraño que logren convencer a los lectores, constituyendo, de esta manera, dichas publicaciones, causa de la iniciación de muchos morfinómanos.

Respecto del contagio, puede ser de interés recordar aquí el caso reciente que la prensa de todo el país, que tanto se ha ocupado del asunto, ha hecho del dominio público. Un médico morfinómano inició en el vicio a su esposa, lo cual ocasionó a ésta, después de un tiempo, la muerte. Gran parte de los lectores de los diarios, que son profanos en medicina, y muchos artículos periodísticos clamaban por el castigo del marido culpable. ¿Culpable? Ya veremos más adelante que el morfinómano de cierto grado, debido a su aberración psíquica, es en cierto modo irresponsable de sus actos y considerado en tal caso como un verdadero alienado mental.

SINTOMATOLOGIA

El organismo humano no soporta impunemente por largo tiempo grandes dosis de morfina; después de una época variable, pero de alrededor de unos 6 meses del uso del tóxico, sobrevienen modificaciones importantes en el organismo; preséntanse síntomas que son debidos, por una parte, a los efectos de la misma droga, y por la otra, a la obstinencia morfínica; esta produce síntomas debido a la falta del tóxico, que se presentan cuando el organismo, ya envenenado, exige el tóxico como un alimento, y no se le satisface. Nos ocuparemos en primer lugar de los síntomas propios de la intoxicación para ocuparnos en el siguiente capítulo, de aquellos que corresponden a la abstinencia.

La principal característica psíquica del morfinómano es la decadencia de la voluntad, la cual se manifiesta por la falta de energías para abandonar el vicio y volver al trabajo y a los deberes sociales.

Existe un debilitamiento de la personalidad, del "yo",

el sentido moral se halla rebajado, a veces a un grado tal, que los morfinómanos son capaces de cometer verdaderos delitos.

En cuanto a la memoria, ésta no parece sufrir marcado debilitamiento; en prueba de ello va el hecho de que muchos intelectuales viciosos, ejercitan sus más inspiradas obras bajo la embriaguez morfinica.

Otro marcado efecto sobre la esfera moral es aquel que se traduce por la tendencia a mentir. En cuanto a las confesiones del morfinómano relativas a su vicio, siempre son inexactas, lo cual es muy tenido en cuenta por el médico que va a instituir tratamiento. Pero, además de mentir en lo que respecta a la morfina, lo hacen también en los casos que se relacionan con todos los hechos de la vida.

Pero el estado mental se conserva dentro de un grado tal que les permite convivir en la sociedad, pasando muchas veces desapercibidos; sólo en el último período generalmente, en el estado preacuético, es cuando se presentan las perturbaciones psíquicas que les colocan en el rango de verdaderos alienados, peligrosos para la sociedad por sus ideas criminales, y para sí mismos por las tentativas de suicidios; y es entonces que, más que nunca, han menester reclusión.

El más común de los trastornos mentales de los morfinómanos es aquel que se traduce por la melancolía con alucinaciones parecidas a las de los alcoholistas; le sigue en el orden de frecuencia la manía aguda.

Su conducta, sus racionios y los actos con que reac-

cionan a los hechos les da mucha semejanza con los histéricos.

Padecen de insomnio y sus sueños son intranquilos y molestados por visiones terroríficas; por fin se duermen, pero el despertar es particularmente doloroso; por esto el morfinómano debe ser despertado de un modo paulatino, puesto que sus reacciones son violentas.

Algunos sufren la llamada *picomanía*, o sea la necesidad de inyectarse algo con la jeringa, aunque no sea más que agua pura.

La cefalalgia es muy frecuente. La sensibilidad táctil se encuentra perturbada generalmente bajo forma de anestesia. Es también característica la falta de asepsia con que los enfermos se practican las inyecciones; no esterilizan la solución ni la jeringa, y a veces llegan a inyectarse sin quitar la ropa; esto hace que debajo de la piel se produzcan abscesos múltiples que dejan tras sí numerosos nódulos; en los casos más avanzados los abscesos se transforman en flemones de más serias consecuencias para el enfermo.

Del lado del aparato digestivo se producen importantes modificaciones. Existe constipación pertinaz; la boca es seca y pastosa; los dientes, cariados, concluyen por caer; el aliento es fétido. Todos los morfinómanos son dispépticos, y una de las principales causas de ello está en la atonía, que la droga produce, de la capa muscular del estómago. Respecto del apetito ocurre un hecho curioso; administrado el tóxico por inyecciones subcutáneas es estimulante llegando a producir a ve-

ces verdaderas bulimias; el hecho inverso acontece cuando se le ingiere por vía bucal, en cuyo caso produce náuseas, vómitos y anorexia.

En cuanto a los aparatos circulatorio y respiratorio, también se hallan comprometidos; existe voz ronca, dispnea, debilidad en la contracción cardíaca, pulso intermitente, etc.

Otro fenómeno observado es la aparición de fiebres intermitentes que se producen en forma de accesos.

La albuminuria es muy frecuente, hallándose en tales casos, en las autopsias, el grueso riñón blanco.

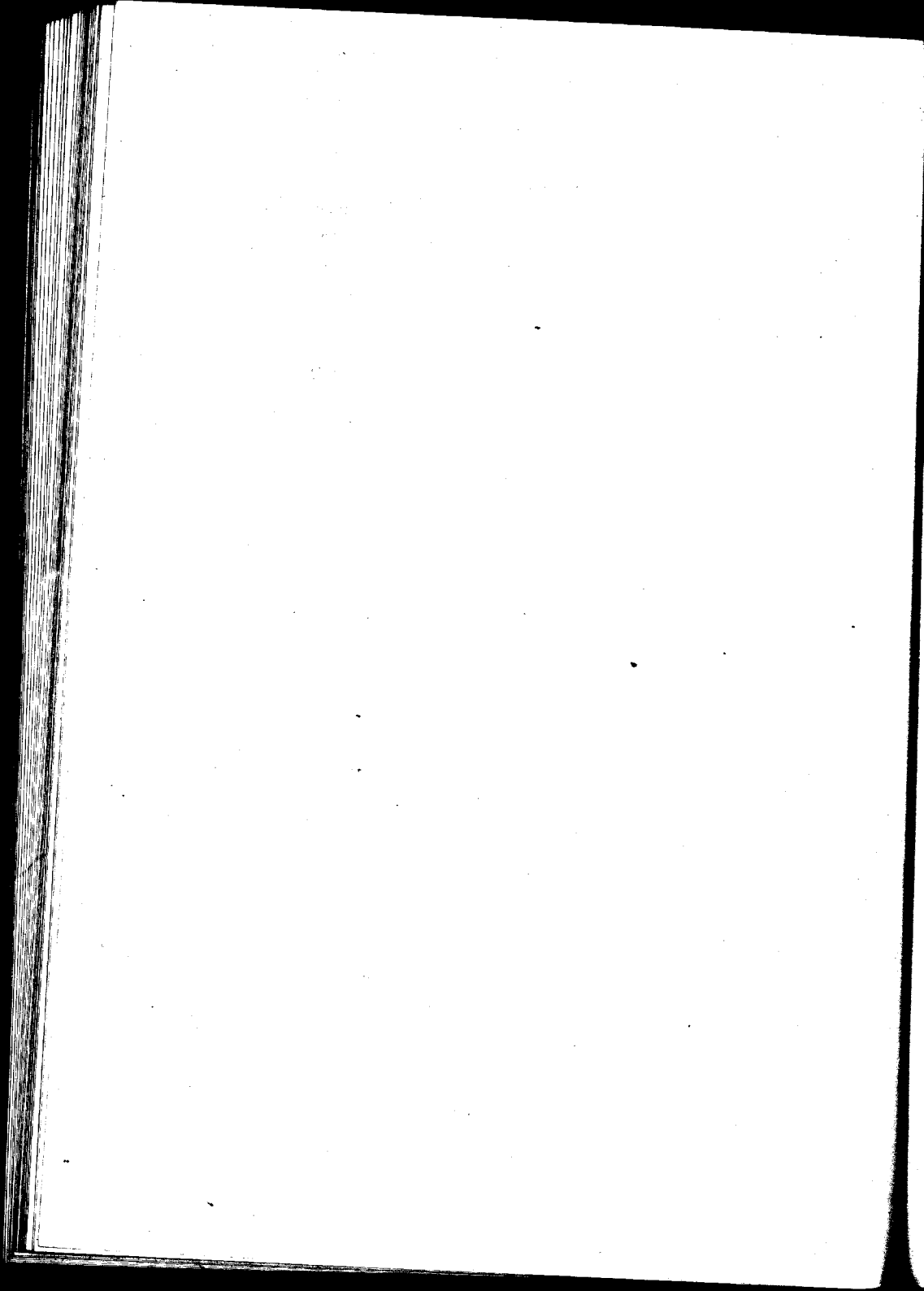
Por último, el morfinómano es llevado a una verdadera caquexia; los trastornos tróficos son muy acentuados; además de la ya citada caída de los dientes, se produce también la de las uñas; en la piel aparecen eczemas y urticarias periódicamente, que atormentan a los enfermos; además, la piel se llena de arrugas y en conjunto puede decirse que el morfinómano envejece prematuramente. En este estado, el organismo está muy expuesto a enfermedades que matan a veces a los morfinómanos.

El sentido genésico se halla estimulado al comienzo y el coito se efectúa con una energía y frecuencia no acostumbrada; pero después de un tiempo el fenómeno inverso se produce, y el inusitado vigor del comienzo llega a ser remplazado por la impotencia. Lo mismo pasa en las mujeres; experimentan un placer inefable para el coito y se vuelven eróticas, sucediendo bien pronto lo contrario.

Otro efecto que la morfina produce en las mujeres es trastorno menstrual, constituido casi siempre por la amenorrea.

La esterilidad se observa a veces en mujeres que fueron fecundas; si se opone un tratamiento al vicio, la fecundación vuelve a ser posible, siempre que el tóxico no haya actuado durante largo tiempo, en cuyo caso la esterilidad es definitiva.

Los hijos de los ex morfinómanos suelen nacer enfermizos, presentando el cuadro de diarreas, intranquilidad, etc., que cesa con el láudano, lo cual prueba que vienen al mundo también con el vicio de los padres. Además, tales hijos serán en su futuro predispuestos a la epilepsia o a la alienación mental, así como también a la morfinomanía.



ABSTINENCIA MORFINICA

La abstinencia morfinica constituye un fenómeno especial, único en su género, por lo cual merece un capítulo aparte.

Cuando un organismo está habituado al uso de un tóxico y súbitamente lo abandona, obtiene entonces los efectos benéficos de la supresión, y desaparecen entonces los síntomas morbosos que la intoxicación le producía. Pero este fenómeno no constituye una ley absoluta; ocurre con algunos tóxicos, tales como el hashich, la cocaína, el tabaco, el café, y por sobre todos ellos, la morfina, un fenómeno inverso; aquí la supresión de la droga desencadena en el organismo una verdadera tormenta de síntomas mucho más graves que aquellos que lenta, crónicamente, había producido la administración del tóxico. Así entonces, en un envenenado la morfina será su estado normal, y su estado anormal está la amorfina.

De esta manera los pobres morfinómanos, muy lejos de quedar impunes, sufren un terrible castigo por haberse entregado a su funesta pasión; los placeres fáciles y artificiales serán pagados con tormentos inenarrables que se sufrirán después, cuando, debido al deseo de curarse del vicio, o sino por encontrarse en la miseria o en la cárcel, no pueden más adquirir el tóxico.

El organismo todo de un morfinómano padece por la abstinencia, y es sobre todo en la hora de la acostumbrada inyección que los tormentos se presentan.

Pasaremos a describir los síntomas de la abstinencia, los que, con ligeras variantes individuales, se producen en todos los morfinómanos.

Algunos efectos son opuestos a los que ocasiona la administración del tóxico; así por ejemplo existe diarrea en cambio de la constipación pertinaz que padecen los morfinizados. El insomnio de estos últimos es reemplazado por la somnolencia; los enfermos duermen en un sueño profundo, del cual, en los casos más graves, pueden no despertarse más. sujetos hay, que no pueden abandonar el lecho sino después de haberse practicado una inyección de morfina. Es de notarse, sin embargo, que el citado efecto es inconstante, no siendo raro que la abstinencia produzca insomnio.

Veamos lo que pasa a un morfinómano cuando no se le practica la inyección. En pasando la hora de la "pique", el enfermo se pone cada vez más inquieto; un malestar vago, una angustia indefinible le invade; se pone sumamente nervioso, no puede ejecutar nin-

gún trabajo ni sostener una conversación; su mirada pierde de fijeza, y este malestar va en aumento cada vez más con la aparición de nuevos síntomas; el enfermo comienza a palidecer y a estornudar, un sudor frío y muy intenso, acompañado de piel de gallina les hace sufrir muy intensamente; sufren, además, dolores de estómago y cabeza, tienen sensación de hormigueo en las piernas, vómitos, diarrea, coriza, sus manos tiemblan y la palabra se hace balbuciente.

Éstos síntomas, que corresponden al período llamado prodrómico, son comunes a todos los enfermos; pero después se presentan otra clase de fenómenos que en ciertos enfermos son mucho más intensos que en otros; suele originarse lo que Levinstein ha llamado "Delirium tremens morfínico" y que Pichón denomina en cambio "Delirium tremens amorfínico", porque es originado por la supresión del tóxico y no por su administración, en que los temblores son parecidos a los que produce el alcohol y capaces de desaparecer con una nueva dosis.

Una agitación extrema suele atacarles, acompañada de alucinaciones de la vista, del olfato y del gusto, siendo raras las del oído; en los casos más serios preséntase el cuadro de la manía aguda, y es entonces que se entregan a todos los excesos, que multiplican sus fuerzas, son invadidos por ideas suicidas y necesitan que se les vigile.

Mientras el ataque dura, el enfermo no come ni duerme; los temblores se generalizan, atacando a las extremidades, tronco y lengua.

Pero no siempre el ataque se presenta con tanta intensidad; muchas veces los trastornos sensoriales tienen un carácter tranquilo. Además, por grave que sea el ataque, puede calmársele con sólo una inyección de morfina.

En cuanto a las funciones sexuales, éstas se hallan a veces excitadas, dando lugar a un erotismo exagerado.

El aparato respiratorio se halla perturbado por la aparición de dispnea e irregularidad en el ritmo.

La circulación se debilita, los territorios celulares están menos irrigados, el pulso es lento e hipotenso, siendo de temer el síncope cardíaco que algunas veces ha matado a enfermos en tratamiento.

Fácil es comprender que en semejantes estados, algunos morfinómanos que han cometido actos delictuosos, hayan sido declarados irresponsables en parte o completamente, pues están colocados para los efectos legales en la misma condición que los alienados.

PRONÓSTICO

Es este un punto muy importante de la morfinomanía. Si tal vicioso que tenemos delante no está ahora muy quebrantado en su salud y podemos, mediante un tratamiento riguroso, desmorfinizarlo, debemos recordar que la reincidencia es la regla de la morfinomanía y que ésta, a más o menos largo plazo, tiene consecuencias funestas.

A pesar de las sinceras y buenas promesas de no volver a probar la droga, es casi fatal que los sujetos que han sido morfinómanos vuelvan a serlo.

Aparte de la predisposición congénita o adquirida al vicio, existen causas que han determinado al sujeto a intoxicarse y las cuales con toda probabilidad volverán a presentarse en la vida del ex morfinómano; tales causas son, por ejemplo, un padecimiento físico o un dolor moral. El sujeto otra vez víctima del mal que le hizo probar el tóxico la otra vez, experimenta en su interior una intensa lucha entre dos fuerzas;

por una parte, el deseo de alejar el mal presente mediante la inyección, y por la otra, la idea de las funestas consecuencias futuras. Pero es muy probable que ante tal problema de disyuntiva—que recuerda a aquel precepto religioso que se enseña a los niños—el sujeto elija entre los dos caminos a aquel que no tiene espinas y que conduce a la perdición. Y la causa de esta determinación es doble: existe un psiquismo debilitado propio de los morfinómanos y una voluntad que ha sido quebrantada definitivamente en la época del vicio.

Otras veces la voluntad del sujeto es completamente ajena y no culpable de la reincidencia; en estos casos entran aquellos en que el sujeto padece una enfermedad real y que reclama imprescindiblemente la morfina, tal como sucede a aquellos que padecen de una neuralgia rebelde, o de cólicos hepáticos o nefríticos o bien los cancerosos cuando sufren sus atroces dolores. El médico en estos casos se ve obligado de tomar la seria determinación de morfinizar al sujeto para salvarlo de un peligro inmediato; es decir, que elige entre dos males el menor, reservándose para después la tarea de desmorfinizar al sujeto si, en el peor de los casos, se hubiese acostumbrado al tóxico.

Pero los casos más comunes no son precisamente los que acabamos de citar; abundan mucho más aquellos sujetos que son morfinómanos por razones de contagio y de tara nerviosa; y estos están tan expuestos al enviciamiento, que muchos autores creen que en tales casos la morfinomanía es incurable y que la recidiva, mejor llamada quizás *reincidencia*, es fatal; aquel

refrán vulgar que dice "el que ha bebido, beberá", parece haber sido inspirado por los morfinómanos, por lo bien que les es aplicable.

Sin embargo, existe una clase de morfinómanos que no reinciden tanto por su psiquis predispuesta, cuanto por su mayor comodidad para adquirir la droga; por esta razón figuran aquí los más grandes morfinómanos, que son los médicos, estudiantes de medicina y farmacéuticos. Parece ser que no se logra nunca una curación definitiva en aquellos sujetos que tienen la droga a su fácil alcance; de aquí la imprescindibilidad del internado para el tratamiento.

Respecto a la probabilidad de la reincidencia, hay que considerar el tiempo más o menos largo que el sujeto ha pasado sin probar morfina; cuanto más lejos se está de la última inyección tanta mayor seguridad de no reincidir. Las internaciones en los sanatorios deben, con tal objeto, durar por lo menos un año.

Otro factor importante para el pronóstico de la curabilidad es la posible existencia de asociaciones que algunos morfinómanos hacen de su vicio con otros, tales como el de la cocaína, del éter, etc., en estos casos se dice que la recidiva es fatal.

Pero ante un morfinómano, además de considerar la frecuencia de las recidivas, se puede y se debe hacer un pronóstico sombrío para el futuro; minado el organismo por el uso constante de la droga, se hace sumamente predisuesto para adquirir toda clase de enfermedades, en particular la tuberculosis pulmonar,

albuminuria, diabetes, etc.; y esto aparte de la caque-
xia morfinica que puede conducir por sí sola a la
muerte.

Por fuera de los casos de enfermedades que compli-
can el morfinismo, abundan los los casos de sujetos
que, muy lejos de haberla deseado, han hallado la
muerte debido al uso torpe del alcaloide. Entran en
estos casos aquellos viciosos que, ensayando los bené-
ficios de la droga, se inyectan la misma dosis que em-
plea algún amigo ya habituado, y que para ellos re-
sulta mortal. Otros casos hanse presentado en que un
sujeto que ha sido tratado se resuelve a reincidir y
usa para ello las mismas cantidades de antes y que
ahora son altamente tóxicas. Alguna vez también han
muerto morfinómanos por haberse inyectado dosis má-
ximas, en la esperanza de hallar más intenso deleite
con grandes cantidades de morfina.

TRATAMIENTO

Antes de pasar revista a los distintos métodos curativos de la morfinomanía, haremos algunas consideraciones de conjunto, y que surgen de la calidad especialísima de estos enfermos, que son tales más bien psíquica que físicamente.

Un punto de mucha importancia es el lugar donde se debe de tratar a los enfermos. Todos los médicos que se han ocupado en esas tareas están de acuerdo en que hay que recluir a los morfinómanos por muchas razones; pero, ¿dónde?

En los establecimientos existentes en el país se les coloca junto con los enfermos mentales, lo cual va en grave daño, puesto que en la generalidad de los casos, el morfinómano no es un alienado. Sin embargo, no existiendo otro lugar más apropiado se les encierra en un manicomio; esto tiene como inconveniente la obsesión que se apodera de los enfermos que, observando a sus compañeros de casa, creen hallarse mu-

cho más graves de lo que realmente están y se abandonan, cosa que es inconveniente, puesto que dentro del tratamiento psíquico entra precisamente el estímulo moral.

Otra razón más puede aducirse para significar el perjuicio que ocasiona la promiscuidad de los alienados con los morfinómanos; si estos no entran en la categoría de aquellos, pierden concepto en las personas de los visitantes del establecimiento, que, con el objeto de visitar a algún pariente, le descubren; porque es muy cierto que nuestros sanatorios mentales particulares son establecimientos muy abiertos y conocida es la desconfianza, injusta por otra parte, que inspira a la sociedad y a los profanos aquella persona que ha estado "encerrada". Pero esta observación la hacemos colocándonos en la hipótesis favorable a los morfinómanos, de que ellos son curables; puesto que si aceptásemos la tesis de aquellos autores que creen que las recaídas son fatales, podríamos decir que muchos morfinómanos no quedan atrás, en punto a desequilibrio mental, de muchos alienados.

En Europa existen sanatorios especiales, cuyo único destino es el tratamiento de los morfinómanos. Las ventajas que ofrecen estas casas son muy grandes; todos los médicos son especialistas en la enfermedad; conocen a fondo la idiosincrasia particular del morfinómano y saben prodigarle a cada uno los cuidados materiales y el cuidado moral que conviene. Además, los citados establecimientos se prestan para que pueda en ellos metodificarse la vida de los morfinómanos, y

el método tiene, en el tratamiento que nos ocupa, particular importancia. El enfermo tiene su hora indicada para levantarse, comer, pasear y dormir.

En estos establecimientos no se permiten las visitas a los enfermos por considerárselas superfluas y perjudiciales; entre los amigos que van a ver a los morfómanos puede existir alguno que, ya bien sea porque también posee el vicio, o bien porque se compadece de los lamentos del enfermo, le suministre clandestinamente el tóxico; y sabido es que una sola inyección practicada extemporáneamente durante el tratamiento hace retroceder todo el camino que se había andado en vías de curación.

Por una parte sería de desear la existencia en nuestro país de establecimientos tan adelantados como aquellos de Europa que hemos citado, pero desde otro punto de vista es preferible que tarden en implantarse aquí, puesto que ellos serían el fruto de una necesidad y significarían que la morfomanía ha tomado más incremento.

Antes de terminar con estas consideraciones generales sobre el tratamiento, diremos que somos escépticos en cuanto a la eficacia del tratamiento instituido en la propia casa del enfermo, debido a las mil formas que este último usará para proveerse de la droga; es necesario considerar al enfermo y al médico como enemigos en punto a sus propósitos, estando el primero siempre en acecho esperando la oportunidad para hacer fracasar en su empresa al facultativo. Con todo,

el tratamiento en su casa debe intentarse al enfermo siempre que no sea posible la internación.

Los múltiples procedimientos de demorfinización pueden resumirse en tres principales, que son: 1.º La supresión brusca. 2.º La supresión progresiva. 3.º La supresión por substitución.

Todos los procedimientos son buenos cuando son bien aplicados, siendo necesaria una estricta y atenta observación del enfermo, cuyos síntomas van indicando diariamente al médico nuevas indicaciones y la cantidad de morfina a inyectar.

El método de la supresión brusca es recomendado por Levinstein; ofrece ventajas e inconvenientes, además de que no se le puede emplear en todos los casos. Ofrece el peligro de un colapso súbito que puede amenazar la vida del enfermo, así como alteraciones de la esfera psíquica que se manifiestan bajo la forma de manía aguda. Pero el médico colocado al lado del enfermo tiene en todo momento a mano, con la inyección de morfina, una poderosa arma que yugula los accidentes que pueden sobrevenir en el tratamiento. Este método, poco usado, es conveniente usarlo sólo en los establecimientos de internado.

Otro método de demorfinización muy conocido es aquel que preconiza su descubridor el Dr. H. Guimbail. Es también conocido bajo el nombre de procedimientos de *substitución*, porque en él se va reemplazando la morfina por la codeína, pero algunos médicos emplean

como sustituto en vez del último agente citado, el café, cocaína, el cloral, etc.

El doctor Guimbail funda su método en una teoría también creada por él y que consiste en lo siguiente: la morfina se descompone en la intimidad de los tejidos, dando origen a la formación de otros cuerpos llamados oximorfina, apomorfina, morfetina, etc., y que son los que producen todos los trastornos de la abstinencia; pero ocurre que la morfina misma es el antidoto de esos cuerpos que ella origina, así que es necesaria para neutralizarlos y suprimir sus efectos y de ahí la necesidad para el organismo de nueva cantidad de morfina. La codeina posee, según esta ingeniosa teoría, la propiedad común con la morfina de ser antidoto de los citados cuerpos derivados; y con el agregado de que ella no produce la acostumbración del organismo, se presta admirablemente para suplir durante el tratamiento a la morfina.

Así, pues, las cantidades de morfina que se va sustrayendo van siendo reemplazadas por otras de codeína que evitarán los accidentes, y cuando no se dé más morfina podrá suprimirse impunemente la codeína sin que el organismo se resienta.

Otro procedimiento que tiene mucha aceptación es aquel que el doctor Oscar Jennings ha ideado y que él llama *fisiológico*. Aquí la supresión se hace rápidamente hasta llegar a una dosis de unos 0.10 a 0.12 centigramos, que es cuando comienzan a manifestarse los síntomas alarmantes de la abstinencia, y desde entonces en adelante se va administrando morfina por vía

rectal en cantidades que crecen a medida que las inyecciones subcutáneas van disminuyendo. Cuando estas últimas han llegado a cero, comiéndose a decrecer las dosis de la vía rectal hasta llegar también a cero.

El cuadro adjunto muestra el método y las dosis empleadas.

Día	Vía hipodérmica	Vía rectal
1....	10 centigramos	2 centigramos
2....	9 "	4 "
3....	8 "	6 "
4....	7 "	8 "
5....	6 "	10 "
6....	5 "	12 "
7....	4 "	14 "
8....	3 "	16 "
9....	2 "	18 "
10....	1 "	20 "
11....	0 "	18 "
12....	0 "	16 "
13....	0 "	14 "
14....	0 "	12 "
15....	0 "	10 "
16....	0 "	8 "
17....	0 "	6 "
18....	0 "	4 "
19....	0 "	2 "
20....	0 "	0 "

Este tratamiento tiene, entre otras, la ventaja de que la morfina es al último administrada por vía rec-

tal, lo cual es desagradable a los enfermos y menos limpio; todo esto influye a hacer menos sensible el abandono del vicio.

En términos generales puede decirse que los tratamientos que hoy más se usan son aquellos que siguen el método progresivo, ya sea rápido o lento, con una cuidadosa observación del enfermo, sobre todo de su corazón, al cual se administran tónicos tales como el estrofanto, esparteina, etc.

OBSERVACIÓN N.º 1

Instituto Frenopático. — T. P., argentino, soltero, de 20 años de edad. Ingresa el 5 de septiembre de 1917. Usa la morfina en una cantidad que no sabe precisar y se hace varias inyecciones en las 24 horas.

Es un sujeto delgado de piel algo amarilloterroso, cuyo examen clínico no presenta nada de particular. Como complemento del examen externo, nótase la incurvación hacia el pulpejo de los dedos, de las uñas de las manos.

Comiézase el tratamiento tanteando con 0.30 centigramos de Cl. de morfina, de una solución al 20 %; esta dosis corresponde aproximadamente a los datos vagos que al respecto da el paciente. Constatándose que dicha cantidad, suministrada en 2 inyecciones, es escasa, se agregan en las 2 veces del día siguiente 0.10 centigramos más, los que también resultan ser insuficientes. En esta forma se llega a la dosis de 0.60 centigramos, los que se le sigue inyectando 4 días más, gozando el enfermo de relativo bienestar.

Se inicia, a partir de entonces, es decir al 10.º día de su ingreso, la demorfinización, siguiendo el método por disminución progresivamente lenta y con sustitución de la morfina por cierta cantidad de Dionina (etil-morfina), agregada a 0.10 centigramos de sulfato de esparteina como tónico cardíaco.

El cuadro siguiente ilustra el proceso de la demorfinización.

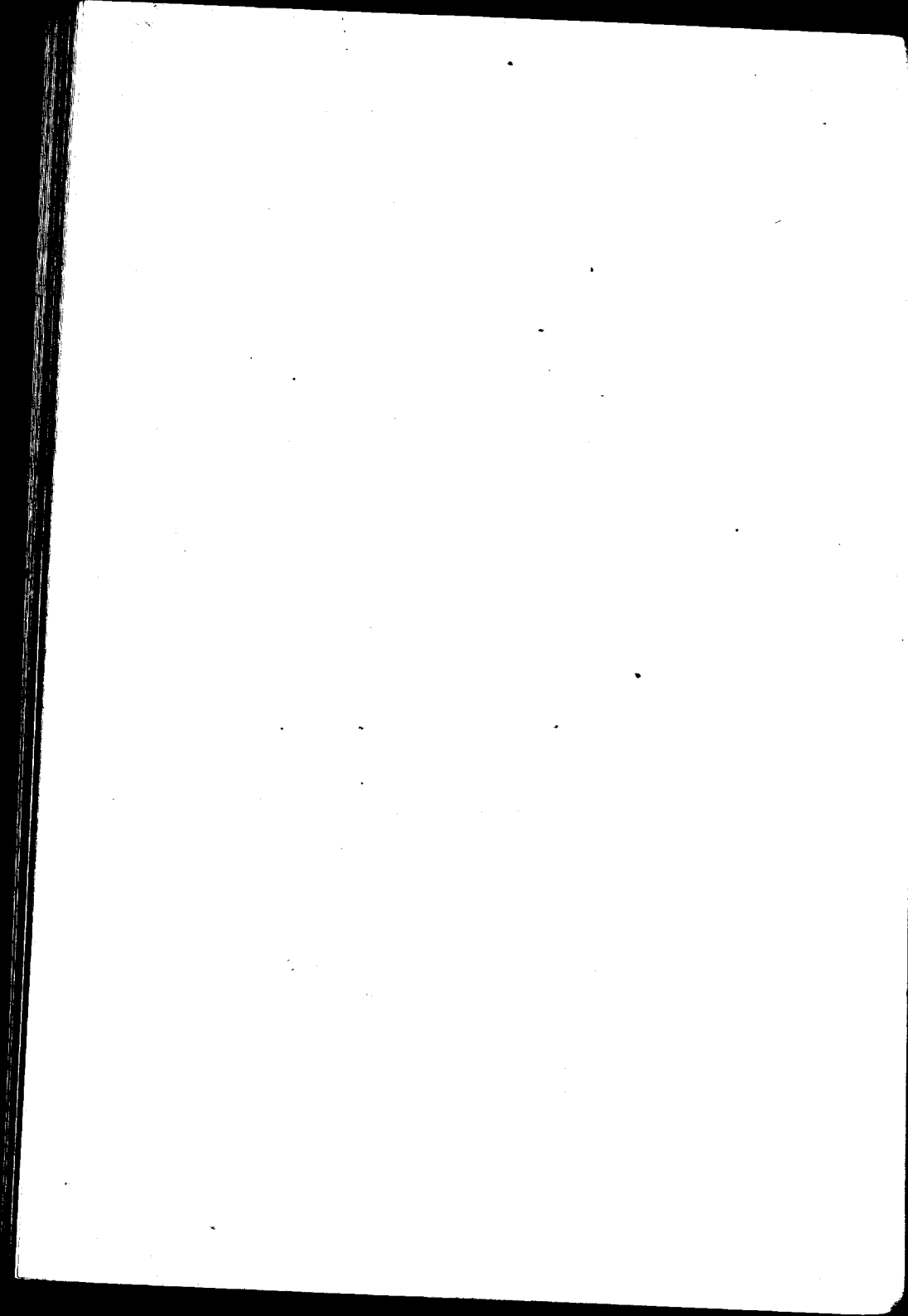
Día (Sept. 1917)	Morfina	Dionina	Esparteina	Agua	Nº inyecciones	Observaciones
14	0.60	—	—	30 cc.	2	Buen estado
15	0.40	0.01	0.10	30 cc.	2	general
16	0.30	0.02	0.10	30 cc.	2	íd.
17	0.20	0.03	0.10	30 cc.	2	íd.
18	0.15	0.04	0.10	30 cc.	2	íd.
19	0.12	0.05	0.10	30 cc.	2	íd.
20	0.10	0.05	0.10	30 cc.	2	íd.
21	0.08	0.06	0.10	30 cc.	2	Ligera ansiedad.
22	0.06	0.06	0.10	30 cc.	2	íd.
23	0.05	0.07	0.10	30 cc.	2	Insomnio
24	0.04	0.07	0.10	30 cc.	2	Ansiedad.
25	0.03	0.07	0.10	30 cc.	2	Ansiedad y lige-
26	0.02	0.08	0.10	30 cc.	2	ro insomnio que
27	0.01	0.08	0.10	30 cc.	2	ceden con la ad-
28	—	0.08	0.10	30 cc.	2	ministración de
29	—	0.07	0.10	30 cc.	2	Hidrato de Cl.
30	—	0.06	0.10	30 cc.	2	y Br. de potas.

Día (Oct. 1917)	Morfina	Dionina	Esparteína	Agua	Nº inyecciones	Observaciones
1	—	0.05	0.10	30 cc.	2	Ligera ansiedad.
2	—	0.04	0.10	30 cc.	2	Sueño bien.
3	—	0.03	0.10	30 cc.	2	íd.
4	—	0.02	0.10	30 cc.	2	Buen estado
5	—	0.01	0.10	30 cc.	2	general.
6	—	—	0.10	30 cc.	2	íd.

Las inyecciones molestan ya al enfermo, pues manifiesta no necesitarlas. La convalecencia no ofrece nada de particular. El vientre que habitualmente funcionaba en forma perezosa, se regularizó evacuando una vez al día. El enfermo aumenta paulatinamente de peso; el apetito y el sueño son inmejorables.

De cuando en cuando manifiesta francamente sentir nostalgia pasajera por la droga, lo cual le ocasiona cierta tristeza.

Después de una estadía de 6 meses, pide ser dado de alta, lo que se le concede.



OBSERVACIÓN N.º 2

T. C., argentino, casado, 29 años.

Hace tres años empezó por "snobismo" a hacerse inyecciones de Cl. de morfina, conjuntamente con inhalaciones de cocaína; estas últimas fueron abandonadas casi inmediatamente, no así las inyecciones, las que han ido aumentando, no tan sólo en número, sino también en lo que se refiere a cantidad de alcaloide, llegando a tomar 1 gramo 70 centigramos al día. Sin embargo, él mismo ha ido disminuyendo en varias ocasiones paulatinamente la dosis hasta llegar a unos 30 centigramos, a partir de los cuales no se siente ya suficientemente fuerte para seguir la disminución por sí mismo.

Este caso ha sido atendido en el propio domicilio del enfermo. Hemos aceptado tratarlo en su casa, porque ella y el medio ambiente eran favorables al tratamiento: aislamiento perfecto del enfermo, confianza

absoluta en aquellos que rodeaban al paciente, ya que siguieron estrictamente las indicaciones dadas y comunicaron la menor novedad observada.

Es así que en su última tentativa nos consulta, rehusándose en absoluto internarse en un establecimiento especial, según nuestros consejos. Como el tratamiento de este enfermo en su casa nos da toda clase de seguridades, decidimos intentar la demorfinitización, usando el método de disminución progresivamente lenta y sustitutivo a la vez, comenzando a partir de unos días de bienestar del enfermo con una dosis de 40 centigramos de acuerdo con el cuadro que va a continuación.

Día (Ene. 1918)	Morfina	Dionina	Espartina	Agua	Nº inyecciones	Observaciones
5	0.40	—	—	20 cc.	2	Bienestar.
6	0.30	0.01	0.10	20 cc.	2	íd.
7	0.20	0.02	0.10	20 cc.	2	íd.
8	0.15	0.03	0.10	20 cc.	2	íd.
9	0.12	0.04	0.10	20 cc.	2	íd.
10	0.10	0.05	0.10	20 cc.	2	Ligera ansiedad e
11	0.08	0.05	0.10	20 cc.	2	insomnio que ce-
12	0.06	0.03	0.10	20 cc.	2	den con 2 baños
13	0.05	0.06	0.10	20 cc.	2	diarios a 37° de
14	0.04	0.06	0.10	20 cc.	2	20' de duración
15	0.03	0.06	0.10	20 cc.	2	y con 2 gr. de
16	0.02	0.06	0.10	20 cc.	2	H. de cloral y 2
17	0.01	0.06	0.10	20 cc.	2	gr. de Bromuro
18	—	0.06	0.10	20 cc.	2	de Potasio.
19	—	0.05	0.10	20 cc.	2	íd.

Día (En. 1918)	Morfina	Dionina	Esparteína	Agua	Nº inyecciones	Observaciones
20	—	0.04	0.10	20 cc.	2	Bienestar.
21	—	0.03	0.10	20 cc.	2	íd.
22	—	0.02	0.10	20 cc.	2	íd.
23	—	0.01	0.10	20 cc.	2	Ansiedad.
24	—	—	0.10	20 cc.	2	íd.
25	—	—	0.10	20 cc.	2	íd.
26	—	—	0.10	20 cc.	2	Bienestar
27	—	—	0.10	20 cc.	2	íd.

Se ve por el anterior cuadro que las inyecciones continuaron sin nada de alcaloide durante cuatro días en que se le dijo al enfermo que hacía como diez en que se le inyectaba agua pura, por lo que nos pidió cesáramos la inyección.

Pasa en esta forma unos 20 días en su casa, al cabo de los cuales decide trasladarse al campo en donde se le continúa la vigilancia.

Posteriores noticias del paciente nos han hecho saber que salvo algunos días de ligera ansiedad, ha pasado bien el resto de su estadía en la campaña; ha aumentado 9 kilos de peso, el apetito y el sueño son buenos, la constipación ha desaparecido y el color amarillento de su piel vase borrando.

OBSERVACION N.º 3

Instituto neurológico rosarino. Atendido por los doctores Clemente Alvarez y Teodoro Fracassi. — J., de 30 años de edad, argentino, casado. Ingresó el día 26 de diciembre de 1917.

Hace 8 años, con motivo de una afección dolorosa del vientre, se hizo las primeras inyecciones de morfina; desde entonces el abuso de esta droga ha seguido sin interrupción.

Actualmente se inyecta por día 1 ½ gramos en 2 inyecciones; una a las 11 a.m., antes de almorzar, y otra por la noche al acostarse. La morfina es muy bien tolerada; la única molestia que le ocasiona es constipación, no muy tenaz, pero se siente obligado a proveerse de ella a pesar de las muchas dificultades que se le oponen. La desesperación que sufre cuando le falta el tóxico es tal que está decidido a dejarlo.

Ya en otra ocasión ingresó a un Sanatorio con el mismo propósito de curarse, pero salió antes de llegar a la supresión total.

Su estado general es bueno. Sujeto más bien flaco,

alto y bien constituido, sin ninguna alteración en sus órganos internos.

La orina no contiene albúmina ni glucosa.

Nunca tuvo infecciones de la piel por causa de las inyecciones.

Después de 2 días de observación se inicia la supresión en la siguiente forma:

1917.

Diciembre	26...	1.40	gramos de morfina en 2 veces		
"	27...	1.40	"	"	2 "
"	28...	1.20	"	"	2 "
"	29...	1.00	"	"	2 "
"	30...	0.90	"	"	2 "
"	31...	0.75	"	"	2 "

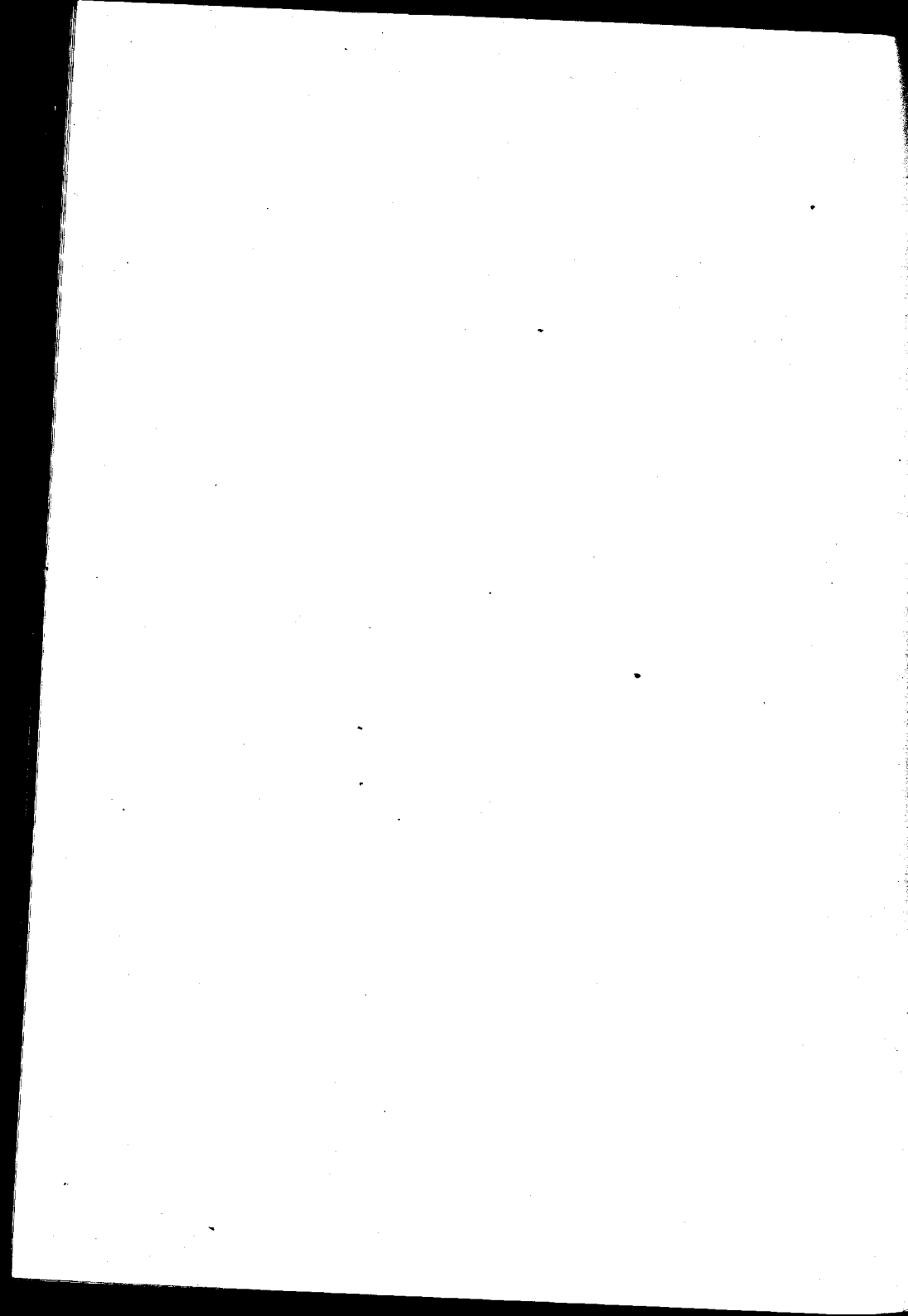
1918.

Enero	1º...	0.50	"	"	2 "
"	2...	0.35	"	"	2 "
"	3...	0.30	"	"	2 "
"	4...	0.20	"	"	2 "
"	5...	0.18	"	"	3 "
"	6...	0.10	"	"	3 "
"	7...	0.05	"	"	3 "
"	8...	0.03	"	"	3 "
"	9...	0.03	"	"	3 "
"	10...	0.02	"	"	4 "
"	11...	0.025	"	"	4 "
"	12...	0.025	"	"	4 "
"	13...	0.05	"	"	4 "
"	14...	0.05	"	"	4 "
"	15...	0.02	"	"	4 "
"	16...	0.175	"	"	4 "

La supresión de la morfina se hizo sin perturbación notable al principio. El pulso y el corazón anduvieron siempre bien. El vientre se regularizó después de 2 ó 3 días de muy ligera diarrea; sólo hubo un vómito quizá imputable a un medicamento que tomó. Sueño no del todo ausente.

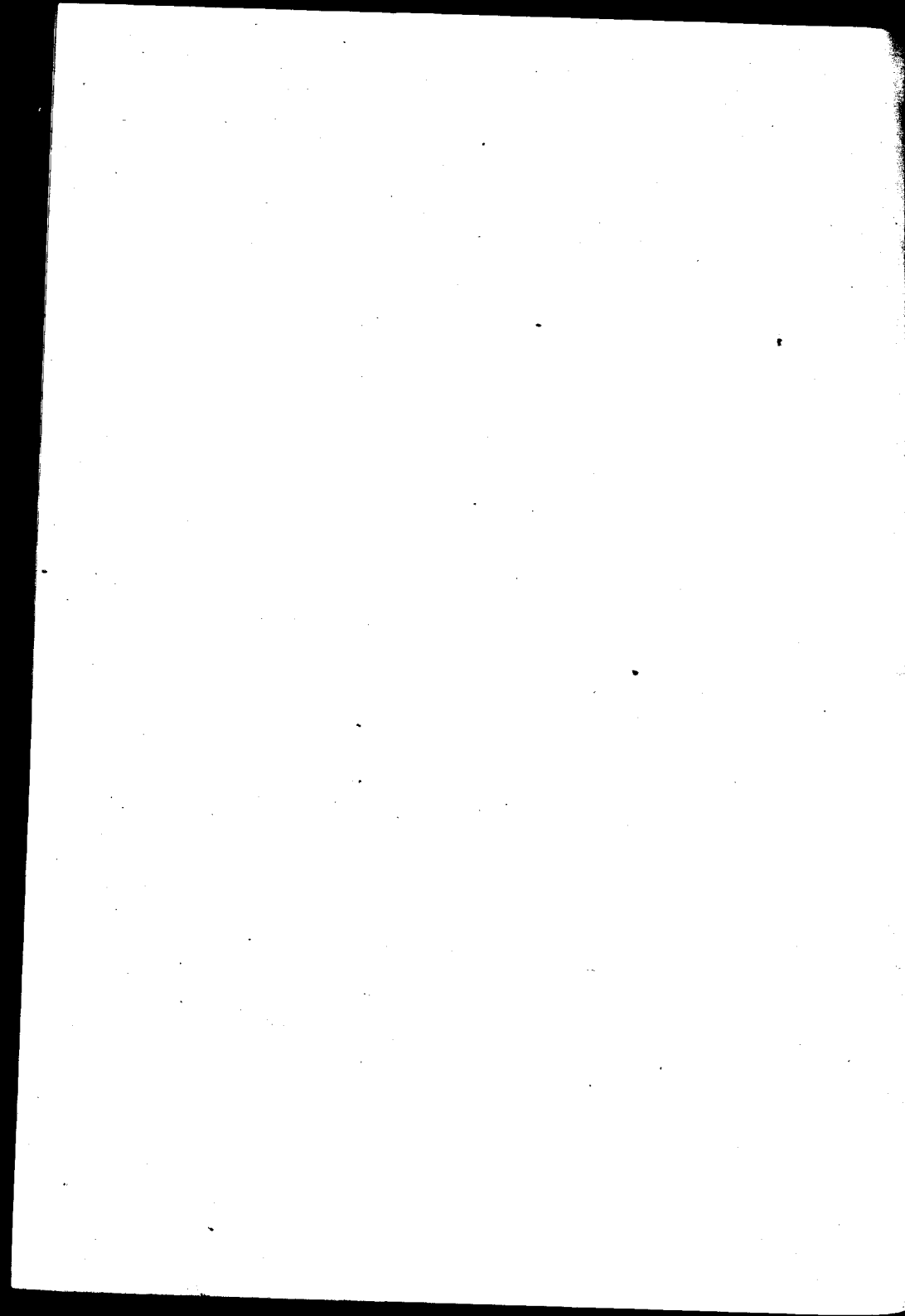
En los últimos días se acentuó su inclinación a la morfina; tenía momentos de desesperación que no calmaban con la bromidia, trional y algunos otros sedantes que le dieron. Por fin, el día 17 de enero por la tarde, manifestó su decisión inquebrantable de irse y salió del Sanatorio sin que fuera posible detenerlo por la persuasión.





BIBLIOGRAFIA

- Magnan.* — Leçons cliniques sur les maladies mentales.
- Zambaco.* — Morphinomanie.
- Gimbaie.* — Les morfinomanes.
- Jennings.* — La guérison de la morphinomanie.
- Bronardel.* — Les intoxications.
- Morat.* — Le sang et les sécrétions dans les morphinomanie et les intoxications.
- Duport.* — Les opiomans.
- R. Belloni.* — Morfinomania, tesis.
- A. Lamberti.* — Morfinomania, tesis.
- Pichon.* — Le morphinisme.



Buenos Aires, Junio 15 de 1918.

Nómbrese al señor Consejero Dr. Domingo Cabred, al profesor extraordinario Dr. José T. Borda, y al profesor suplente Dr. Antonio Podestá, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la "Ordenanza sobre exámenes".

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.

Secretario.

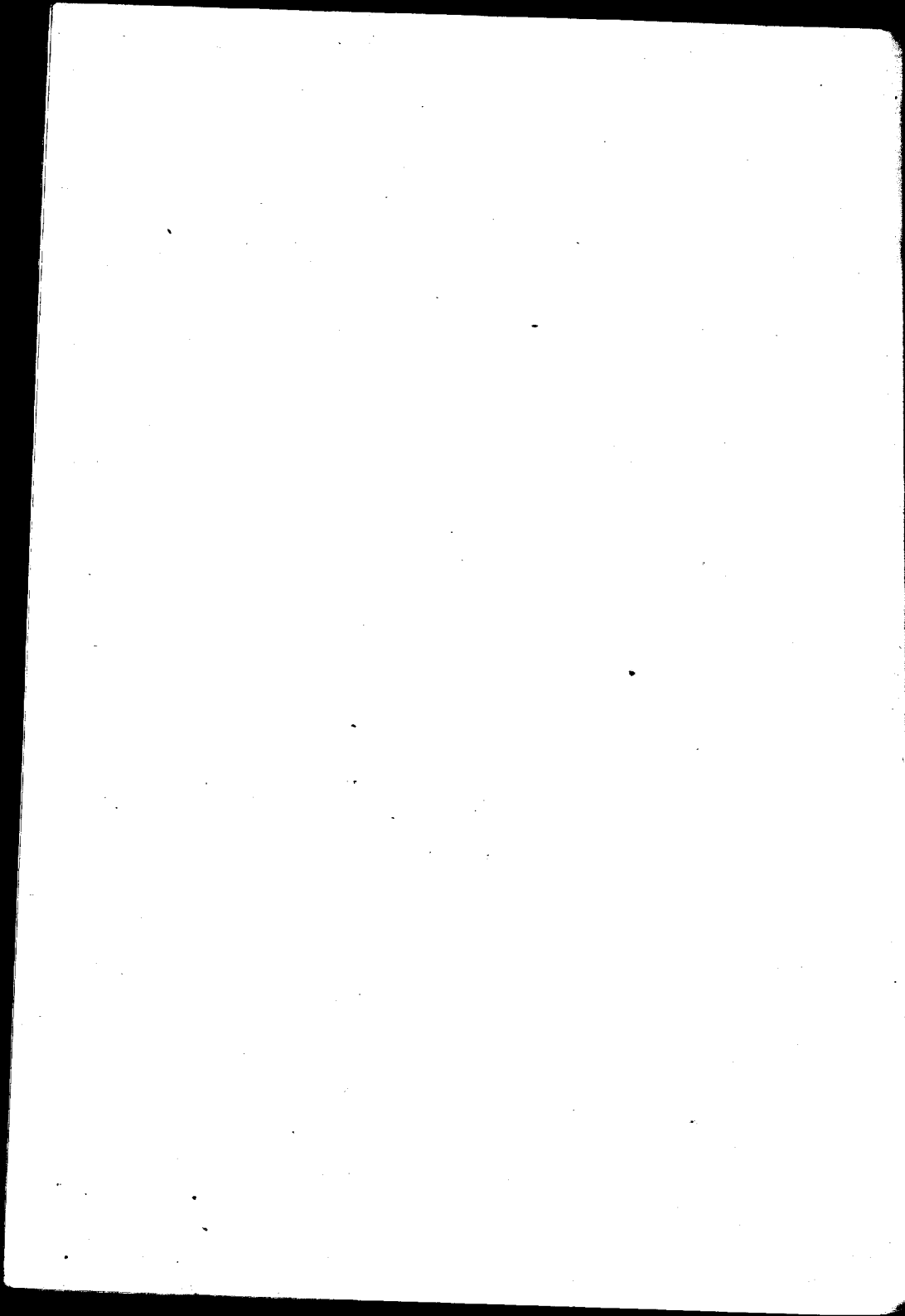
Buenos Aires, Julio de 1918.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3466 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.

Secretario.



PROOPOSICIONES ACCESORIAS

I

Ventajas de la supresión brusca de la morfina.

D. Cabred.

II

Pronóstico de la morfinomanía.

J. T. Borda.

III

Temibilidad de los morfinómanos.

A. Podestá.

30465



