

## LA NARCOMANÍA—PROBLEMA UNIVERSAL\*

Por el Dr. PAUL WOLFF

*Médico de Berlín*

La busca de la intoxicación, la pesquisa de algún medio de invocar un estado de bienaventuranza indecible, aunque no resulte más que amargo engaño y paraíso para necios, constituye una meta que hasta los pueblos más primitivos han perseguido y encontrado. En todos los tiempos y en todos los sitios, en los días de Homero, y tanto bajo los soles tropicales como en las regiones de la nieve eterna, la humanidad ha descubierto modos de alcanzar esa locura santa que los dioses le han concedido. En tanto que los narcóticos representaron un secreto reservado a los sacerdotes, entrañaron muy poco peligro para el género humano en general. En épocas modernas la explicación y divulgación de costumbres hasta entonces sagradas, la expansión de la ciencia, la extensión de nuestros conocimientos y experiencia y, sobre todo, los enormes adelantos logrados en los últimos 150 años en las ciencias médicas y naturales, han traído consigo una transformación. Algunas de las piedras miliare del desenvolvimiento de la medicina comprenden: el aislamiento de la morfina por Sertürner en 1806, el ingenioso invento de su inyección subcutánea por Wood en 1853, cuyos primeros experimentos fueron realizados con una solución de morfina; y la introducción en la práctica médica de la cocaína, cuyas propiedades anestésicas eran ya conocidas en 1860, pero que, curiosamente, no entró en la terapéutica sino después que Koller, médico vienés que fundara su segundo hogar en los Estados Unidos, la empleara allí clínicamente en 1884. No obstante, este triunfo de la terapéutica racional basada en el resultado de las investigaciones clínicas y experimentales, encerraba una fase más oscura, o sea el desarrollo y extensión de la narcomanía, y entre los muchos tristes legados de la Guerra Mundial y la época postbélica, ese azote no fué de los más fáciles de combatir. Al surgir constantemente nuevos problemas, han revivido y cobrado mayor importancia muchas cuestiones médicas y sociales. También han tomado nuevo aspecto, gracias a la cuidadosa investigación científica, muchos fenómenos, por ejemplo, el rápido aumento de la cocainomanía, y estudiados los antiguos problemas a la luz de los conocimientos nuevos, han sido medidos por patrones más recientes y más racionales.

Cuadro en colores de variadas perspectivas, la narcomanía, en ese terreno, la medicina práctica debe trabajar en la mayor colaboración posible con la legislación y la justicia, a fin de poder realizar

---

\*Conferencia sustentada ante la LXXXIII reunión anual de la Asociación Médica Americana, Nueva Orleans, mayo de 1932; tomado del Jour. Am. Med. Assn., 2175, jun. 18, 1932.

adelantos útiles para beneficio, no sólo de los enfermos dados, sino de la salud y cordura de la raza en conjunto. El economista debe figurar también en los concilios, pues los narcómanos no tan sólo constituyen una causa de pérdida en las filas de los productores y consumidores, sino un gravamen permanente sobre el erario nacional.

Es higiene, en el sentido más amplio de la palabra, lo que debe practicarse ahí, lo cual exige al médico muchos esfuerzos y conocimientos, además de plena comprensión de su responsabilidad, sin que se deje llevar por una falsa conmiseración, para recetar estupefacientes. Sobre él recae la obligación especial de instituir un tratamiento de supresión, desempeñando así su misión en lo tocante a desembarazar al mundo de una plaga en muchos sitios convertida en epidemia. De parecer exagerado el término "epidemia," no tenemos más que considerar cuántos miembros de nuestra propia profesión en todos los países, han sido atacados por el "virus" de las narcomanías, y cuántos médicos e investigadores de gran mérito en ese terreno han sucumbido a su influjo seductor a pesar de todos sus conocimientos y, vacilamos en decirlo, por una cadena de circunstancias, al parecer irresistibles, han encontrado en él su ruina. Algunas cifras bastarán para apoyar este aserto inquietante. Entre 100 morfínomanos varones, Oppenheim, el finado neurólogo berlinés, descubrió antes de la guerra 42 médicos; en Munich, el psiquiatra Kraepelin, 10 entre 42; y E. Meyer, 21 entre 64, sin contar los profesionales aliados, como enfermeras y boticarios. Otros clínicos ofrecen cifras semejantes. Después de la guerra, el porcentaje representado por los médicos ha disminuído mucho, pero sigue todavía siendo elevado, pues según las estadísticas recientes (1928), el número de médicos alemanes que consumen personalmente 0.1 gm diario o más de morfina llega a 500, es decir, más o menos 1 por ciento de la profesión.<sup>1</sup>

El médico narcómano constituye un peligro, pues su habituamiento puede hacer que recete su medicamento favorito demasiado a la ligera, sin desplegar juicio muy riguroso con respecto a si se necesita realmente. Esa situación no dista mucho del proselitismo, y el médico que no se da cuenta cabal de la sagrada naturaleza de su obligación profesional, acaso forme el núcleo de una colonia de narcómanos, aunque sin afiliarse con esos médicos que se han mostrado absolutamente indignos de nuestra profesión. Sin embargo, al llegar aquí es necesario recalcar que hay muchos médicos de magnífica reputación y excelente carácter, si bien hasta cierto punto morfínomanos, que cumplen sus deberes en todas las formas posibles, y recetan opiáceos y cocaína solamente de conformidad con los reglamentos más rígidos de la práctica médica. Absolutamente aparte de las disposiciones legales dirigidas contra las transgresiones de la ley, es necesario en

<sup>1</sup> Pohlisch: Monatsschr. Psychiat., No. 1, 1931; Karger, S., tesis.

todos los países introducir un sistema mediante el cual se prive de sus licencias a los médicos cuyo habituamiento los convierta en peligrosos para la comunidad. Un reglamento de ese género será, dentro de poco, puesto en vigor en Alemania.

*La narcomanía en el mundo.*—A fin de demostrar claramente la naturaleza universal del problema de la narcomanía, es necesario repasar sucintamente la situación en varios países. No es fácil realizar una selección, pero debo forzosamente contentarme con la descripción de algunas escenas tomadas del panorama mundial, de modo que, por ahora, bosquejaré la China, Egipto, India y Formosa. De los países europeos, me referiré en particular a Alemania.

En 1907, abrigábase la esperanza de que sería posible, en un período de 10 años, erradicar absolutamente tanto la producción interna en la China misma, como la importación de opio de la India, de modo que para 1917 el problema estaría en gran parte resuelto; pero desde aquel entonces han tenido lugar perturbaciones políticas intestinas que exigen hoy día la atención del mundo entero, y que permiten la continuación del azote del opio. Nada tenemos que ver aquí con cuestiones políticas, salvo en lo que se refieren a la narcomanía. Aunque el cultivo del opio está técnicamente prohibido en la China, el ejército continúa exigiéndolo, y si podemos juzgar por lo que leemos y oímos, muchas de las autoridades militares de los más variados partidos políticos, se dedican en gran escala al negocio en opio, y las multas creadas por la ley han degenerado en un sistema de licencias o permisos. Además, la distribución de la diacetilmorfina ha creado un abuso muy grave de la morfina, habiéndose observado que los soldados chinos preparan cigarrillos de un tabaco mezclado con polvo de diacetilmorfina. Los culís prefieren las inyecciones de morfina, pues producen el efecto deseado con mayor rapidez y baratura que el opio fumado, que les priva de muchas horas más de trabajo. Los carteles de la Asociación China contra el Opio son elocuentes pero la campaña parece pecar de idealista y no ejerce mayor efecto en el sentido deseado. La restauración de la estabilidad política en el país mismo, sin duda mejoraría la situación. Los médicos chinos que han estudiado en Europa o América, se muestran absolutamente conformes con nuestra actitud hacia la narcomanía.

En contraposición a la vaga situación en la China, es interesante observar la reclamación gradual de una población china en la isla de Formosa,<sup>2</sup> que se halla bajo el dominio de los japoneses. En ese territorio, conceden a ciertos grupos de la población licencias para fumar opio, y hacen inscribir a los fumadores. Se ha mantenido un censo completo, y el número de fumadores, que llegaba a 6.3 por ciento de la población en 1900, ha descendido a 0.7 en 1928; es decir, que ha bajado a la novena parte en 28 años, al mismo tiempo que la cantidad de opio vendida para fumar descendía a la sexagésima parte de su consumo anterior. En 1929 al dictar una nueva ordenanza relativa al opio, se separaron los inscritos de viejo de los candidatos nuevos. Un número considerable de los últimos fueron obligados a someterse a un tratamiento de supresión, siendo Formosa el único país en que existe legalmente tal disposición. Aunque la mayoría de los antiguos fumadores recibieron nuevas licencias, a algunos se les rehusaron y otros fueron puestos sobre aviso, de modo que el número combinado de los viejos y los nuevos fumadores es más o menos idéntico que el anterior, en vez de revelar un aumento al doble. Además, la mayoría de los fumadores se las pasan con un mínimo de

<sup>2</sup> Comisión para el estudio del control del fumado de opio en el Lejano Oriente, Sociedad de las Naciones, Ginebra, 1930, tomo I. Tu: estudio estadístico de la opiomanía en Formosa, Jap. J. M. Sc. Tr. IV Pharmacol. 5: 48, 1931.

opio, y sólo se conceden dosis apreciables a un número cada vez menor. Quizás fuera interesante comparar esas cifras con las observaciones americanas en la reforma de otras islas: las Filipinas. La literatura comprueba que la mortalidad entre los fumadores de opio es mucho mayor que para el resto de la población, siendo en realidad de 32 por 1,000 mayor, y esa relación viene a ser idéntica a las distintas edades. El origen de la narcomanía en las clases bajas de las Filipinas, se debe en gran parte a que allí, lo mismo que en otros países asiáticos, el opio está considerado como remedio casero, aunque el efecto eufórico desempeña sin duda cierto papel.

Es curioso observar que en otra población muy afín, a saber, la japonesa, se desconoce la narcomanía como práctica nacional.

En la India Británica, la masticación del opio también es endémica,<sup>3</sup> aunque, en lo que sepamos, va en rápida disminución, por lo menos en lo relativo a la producción de la droga. El control es de lo más rígido, aunque viciado por el hecho de que los semi-independientes estados indígenas han conservado su libertad de acción en dicho sentido. Desde 1926, han cesado las subastas públicas de opio en Calcuta. Según una resolución del Gobierno, la exportación de opio al Lejano Oriente, aparte del destinado a fines médicos y científicos, cesará hacia fines de 1935, pero mientras se manufacturen cantidades muy superiores a las necesarias para esos propósitos precisos, resulta imposible la prevención del tráfico ilícito. Al mismo tiempo, se han elevado los precios al por menor, lo cual quizás también contribuya a la supresión del habituamiento. Un dato más grave y médicamente increíble, es la costumbre de las madres indias de dar opio a sus hijos para impedir que lloren y asegurarse de que duermen y están quietos mientras ellas trabajan. Además, el opio goza de tal estima que es suministrado a los niños a fin de hacerlos gordos y fornidos. La superstición que rodea al juego de adormideras constituye un gran obstáculo a su eliminación, y otro tanto sucede con otros muchos factores externos, que hay que vencer con suma dificultad. No hay nación que abandone fácilmente un remedio casero.

Parece curioso, pero la fuma del opio no es habitual en la India. En cambio, se practica cierto habituamiento, el *post*, que, en lo que yo sepa, es peculiar, y consiste en el empleo de las cápsulas intactas del *Papaver somniferum*, cuya costumbre se limita al Punjab, donde sólo hay 6,500 con tal afición.<sup>4</sup> Las cabezas de las adormideras frescas son perfectamente maceradas en agua, ingiriéndose el líquido resultante. En contraposición a la opiomanía, este hábito se ejerce de preferencia en compañía de otros, existiendo para ello clubs entre las clases bajas. Esta forma de consumo de opio resulta más barata y no es objeto de reglamentación, existiendo puramente como un hábito y no se emplea médicamente. El efecto, que se manifiesta en unos 20 ó 30 minutos, parece ser más marcadamente eufórico que el del consumo del opio. El contenido de morfina en el líquido es relativamente pequeño, comparado con las mayores cantidades de narcotina, codeína y papaverina. Hasta cierto punto, dicha bebida es utilizada como remedio casero, aunque nunca si se trata de una enfermedad grave. Disfruta de popularidad mucho mayor como bebida social, como eufórico y como sustituto del alcohol entre los obreros manuales. He descrito algo a fondo este habituamiento particular, pues a pesar de ser limitado, representa una interesante discrepancia de los métodos habituales de consumo del opio. Como es de esperarse de su composición, el efecto es más débil y breve, siendo excitante más bien que sedante, y afectando menos el aparato digestivo. La acción diurética es más pronunciada, y también posee cierta virtud tónica. Los aficionados revelan marcada pérdida de memoria, y a pesar del pequeño contenido de morfina, manifiestan considerable degeneración física, mental y moral. Aunque un opiómano que consuma

<sup>3</sup> Chopra, R. N.: Ind. Jour. Med. Res., 16: 389, obre., 1928.

<sup>4</sup> Chopra, R. N., y otros: Ind. Jour. Med. Res. 17: 985, ab., 1930.

dosis pequeñas tal vez no sea fácil de diferenciar de un sujeto normal, un individuo que tome hasta pequeñas cantidades de la preparación mencionada se da a conocer en el acto, a tal punto que en el Punjab una persona perezosa, descuidada, torpe y apática es a menudo llamada "post." Los resultados de la abstinencia simulan en gran parte los observados tras la supresión del opio. El hábito echa raíces muy profundas. Este vicio representa, pues, una interesante variación de la narcomanía, mas, por fortuna, no muy difundida.

Echemos ahora una ojeada a la situación reinante en una parte del África del norte: Egipto.<sup>5</sup> Esa cuna de la civilización se ha convertido en el principal campo de batalla contra el comercio en medicamentos ilícitos. Russell Pachá, el jefe de policía del Cairo, afirmó recientemente que, entre una población de 14,000,000 hay, calculando moderadamente, como medio millón de narcómanos, comprendiendo, sin embargo, los muchos fumadores de haxix, cuyo total, al parecer, acusa una rápida disminución a consecuencia de las medidas enérgicas que se les han asestado. Aunque todas las clases sociales padecen del mal, las bajas son las más afectadas. En la cárcel central existe actualmente una población constante de unos 7,000 narcómanos y traficantes condenados por haber participado en el tráfico de drogas. Siempre que es necesario, esos prisioneros reciben tratamiento médico en forma de curas de supresión, y es interesante observar que, aunque el número de narcómanos ha disminuído mucho, el de traficantes se ha elevado, siendo respectivamente de 5,238 y 1,293 en 1929, y 2,882 y 4,327 en 1931. Mientras que en dos años el número de personas sentenciadas como traficantes ha aumentado casi al triple, el de las condenadas por habituamiento ha disminuído en 50 por ciento. Las mismas causas que intervinieron en 1930 han ayudado en 1931 a lograr esa reducción: la adulteración es tal, que apenas vale la pena comprar la pócima, y tanto escasea el dinero que los "fellás" no pueden malgastarlo en drogas ineficaces.

La eficacia de los métodos de dominio queda patentizada por las estadísticas, las cuales también demuestran que la diacetilmorfina desempeña con mucho el papel más importante. En ese país la cocaína reviste muy poca importancia. La diacetilmorfina es una gran favorita de los orientales, por considerarla un magnífico afrodisíaco, aunque en realidad sólo ejerce ese efecto en los primeros períodos de la narcomanía.

El *haxix* va cobrando de nuevo importancia. El aumento del contrabando de esa sustancia (de Siria y Turquía, y quizás Yugoslavia) denota, sin embargo, claramente las mayores dificultades con que se tropieza para obtener las drogas blancas. En Egipto, por ejemplo, el habituamiento a éstas, aunque todavía reina en forma terrible, no se halla tan difundido como antes. Centenares y millares de personas, quizás antes honestas, han sido atraídas al tráfico por las utilidades que puede redundarles, y ahora están pagando el castigo, lo cual pone de relieve que el daño hecho a un país por la narcomanía no es meramente el que experimentan las víctimas médicamente, sino el mucho más grave debido a la corrupción que esparce en todas las clases sociales. La mayoría de los narcómanos se encuentran en la primavera de la vida, es decir, a la edad de 20 a 40 años, aunque también hay niños de 11 a 15 y hasta de 6 a 10 años. La afición dura, por regla general, de dos a cinco años. Es de esperar otra mejora en las condiciones, ya que Turquía ha introducido por fin la

<sup>5</sup> Informe Anual de la Oficina Central de Inteligencia Antinarcótica, tomos de 1929, 1930, y 1931. Wolf (véase la nota 10).

reglamentación de la producción interna. Después se ha observado que en ese país manufacturaban cantidades enormes de diacetilmorfina para exportación no tan sólo a Egipto, sino a Europa y los Estados Unidos. Se verá, pues, que el tráfico en drogas y el habituamiento cuentan con muchas fortalezas aun por tomar, y en la campaña, la primera fila corresponde a la profesión médica. En cuanto a la situación en Europa, poco hay que agregar. A juzgar por nuestros datos actuales, reina la opinión general de que la narcomanía va de capa caída. Los contrabandos en gran escala, que de cuando en cuando son objeto de comentarios sensacionales en los diarios, no deben extraviar al médico. Por ejemplo, en la Gran Bretaña hay muy pocos narcómanos, hecho ése que recibe constante confirmación. La narcomanía ha cesado de constituir allí un problema agudo, y probablemente sucede algo muy parecido en Noruega, Suecia y Dinamarca. Con respecto a Francia, hay muy pocos datos. En la actualidad, las investigaciones científicas en ese terreno se llevan a cabo principalmente en los países de habla alemana. Por desgracia, la nueva legislación austriaca es demasiado tolerante, y de ahí que Viena se haya convertido en centro de contrabando, contra lo cual ha protestado recientemente el Gobierno egipcio. Eso pone de nuevo de manifiesto la íntima interdependencia de los varios países, y la naturaleza universal del problema.

*Situación en Alemania.*—En Alemania, el número de narcómanos ha disminuído sin duda mucho, según revela la baja de los arrestados en sitios públicos. Según cálculos exactos realizados en 1928, el número varía de 4,000 a 6,000 en una población total de unos 64,000,000, hasta donde revelan las recetas médicas. Por medio del departamento del opio de la Oficina Nacional de Sanidad, es posible para el Gobierno mantener una vigilancia extensa del tráfico en esas sustancias y ejercer control sobre las recetas. Hace más de un año, se dió un paso decisivo. En común acuerdo con la profesión médica, el Gobierno introdujo un sistema muy rígido.<sup>6</sup> Antes de recetar alguna sustancia comprendida en la ley alemana del opio (redactada de conformidad con la Convención Internacional), todos los médicos están obligados a averiguar si, de acuerdo con los más rígidos principios médicos, necesitase realmente el medicamento.<sup>7</sup> Está prohibido absolutamente entregar en persona la sustancia misma, y los boticarios no pueden preparar ninguna receta que contenga más de un opiáceo. Además, todas esas sustancias no pueden formar más que cierto porcentaje de una fórmula. Para cada enfermo puede recetarse hasta 0.2 gm diario de morfina sin más formalidad, con tal que la forma de la receta se conforme exactamente a los reglamentos.

<sup>6</sup> Wolff, P.: Deut. med. Wehnschr., 1928, Nos. 1-10; id., 57: 113, eno. 16, 1931; Morphinbuech und Kokainbuech, Georg Thieme, 1931.

<sup>7</sup> Wolff, P., y otros: Deut. med. Wehnschr. 57: 113, eno. 23; 178, eno. 30; 223, fbro. 6; 266, fbro. 13; y 310, fbro. 20, 1931.

También se permite una cantidad correspondiente de opio (2 gm), y los preparados galénicos, en particular tintura de opio. Autorízase igualmente una dosis semejante para empleo general diario en la clientela del médico. Los boticarios cumplen rígidamente esas reglas. Si el médico necesita cantidades mayores para "casos especiales," tiene que anotarlos en el "libro de la morfina,"<sup>8</sup> donde tiene que consignar la naturaleza de la enfermedad que exige dicha dosis, y el período de tiempo para el cual receta el remedio. Como en la mayoría de esos casos el enfermo será un narcómano, las numerosas preguntas que debe contestar el médico por escrito en el libro se prestan muy bien para un estudio de la narcomanía. El cuestionario dice así:

- (1) ¿De qué droga se trata?
- (2) ¿Cuánto tiempo se ha empleado?
- (3) ¿Se han realizado tratamientos de supresión?
- (4) ¿Cuándo?
- (5) ¿En qué establecimiento y por qué médico?
- (6) ¿Cuál fué el resultado?
- (7) ¿Qué dosis diaria dícese que se emplea?
- (8) ¿Qué cantidad de morfina, opio, o tintura o extracto de opio considera Ud. médicamente necesaria al hacer la presente declaración?
- (9) ¿Por qué no se aplica actualmente el "tratamiento de supresión"?
- (10) ¿Cuándo se piensa instituir dicho tratamiento?

Desde el punto de vista del habituamiento, la codeína y el clorhidrato de etilmorfina no son prácticamente peligrosos, y lo mismo que la papaverina, no figuran en la ley alemana del opio. En cambio, los nuevos sustitutos sintéticos de la morfina, que son también básicamente habituógenos, sí figuran, y sólo pueden ser recetados a ciertas dosis diarias por enfermo. Deseo recalcar en particular que la diacetilmorfina desempeña un papel insignificantisimo en la práctica médica alemana, y debemos felicitarnos de que la empleen tan poco los narcómanos. La dosis que puede ser recetada legalmente en Alemania, a saber, 0.003 gm diario, es por demás baja. Si en cualquiera ocasión se decidiera exigir la abolición completa de este preparado en el mundo (y lo poco que se ganaría quedaría más que contrapesado por los inconvenientes), estoy plenamente convencido de que no habría oposición de parte de la profesión médica en Alemania. Sin embargo, me parece que ofrecerían más resistencia los médicos ingleses y franceses, que emplean en escala mucho mayor dosis pequeñas de diacetilmorfina. Esa diferencia de opinión fué claramente percibida en la última conferencia celebrada por la Liga de las Naciones en Ginebra acerca de la limitación de la manufactura de narcóticos, en enero de 1931.<sup>9</sup> La delegación de los Estados Unidos se manifestó completamente de acuerdo con la actitud de nuestros peritos acerca de la completa supresión de la diacetilmorfina. Sin embargo, algo se

<sup>8</sup> Wolff (nota 6, *tercerá* cita).

<sup>9</sup> Wolff, P.: Deut. med. Wehnschr. 57: 1590, sbre. 11; *íd.*, 1635, sbre. 18, 1931.

adelantó, pues se propuso instituir un control especial sobre el tráfico en diacetilmorfina entre los distintos países. Es de esperar que esas limitaciones sirvan para convencer a la profesión médica en los países donde todavía utilizan la sustancia, de que ésta dista mucho de ser indispensable. Entre las recomendaciones anexas a las minutas de la convención aparece ésta:

La conferencia: Reconociendo la naturaleza sumamente peligrosa de la diacetilmorfina como droga de habituamiento, y la posibilidad de suplantarla en la mayor parte, sino en todos los casos, con otras drogas menos peligrosas, recomienda que cada Gobierno estudie, en unión con la profesión médica, la posibilidad de abolir o restringir su empleo, y comunique los resultados de su estudio al secretario general de la Liga de las Naciones.

Esa resolución constituye sin duda un paso hacia adelante con respecto a la supresión de dicha sustancia.

Paréceme importante ofrecer un breve bosquejo de los otros sustitutos más importantes, sin entrar en pormenores de composición química. Baste decir que todos ellos son muy afines de la morfina, y capaces de producir habituamiento. El más antiguo de esos sustitutos, el *dihidro-oxicodeinón*, ejerce un marcado efecto narcótico y analgésico, poseyendo todas las propiedades de la morfina, y siendo a menudo mejor tolerado por los individuos susceptibles. Sin embargo, a veces también manifiesta una potente acción eufórica, que resulta frecuentemente inconveniente, pero recalquemos aquí que en muchos casos desahuciados de carcinoma y tuberculosis, es indispensable administrar morfina o algún otro opiáceo como eufórico. En lo que yo sepa, el habituamiento al *dihidrocodeinón* no es muy frecuente, pues por lo general se administra por vía bucal más bien que en inyecciones. Esa sustancia produce frecuentemente un marcadísimo y conveniente efecto de codeína. El *dihidromorfinón* ha resultado también valioso, se tolera a menudo mejor, y posee la ventaja propia de que deprime el peristaltismo menos que la morfina (y de ahí su empleo tras operaciones abdominales). Además, se ha demostrado, tanto experimental como clínicamente, que conduce con mayor lentitud al habituamiento a la narcomanía y, por lo tanto, sus aficionados son más fáciles de curar. Se lograría otro gran adelanto si las inyecciones de morfina, etc., fueran suplantadas en todo lo posible con supositorios, los cuales no tan sólo producen el mismo efecto cualitativo y cuantitativo, sino que el enfermo no se da cuenta en el acto de que ha recibido morfina. En muchos casos en que el tratamiento médico da origen al habituamiento, se evitarían numerosas asociaciones psíquicas de no existir el símbolo de la jeringa. Por ejemplo, después de las intervenciones abdominales, resulta contraproducente el empleo sistemático de cierta cantidad de inyecciones de morfina, pero un supositorio producirá precisamente el mismo resultado y, además, retirando así la jeringa, de las manos de la enfermera, podemos lograr un fin muy deseado.

El rígido dominio de las recetas de opiáceos ya descrito, ha tenido sus resultados visibles en la gran disminución del empleo de dichos medicamentos en Alemania. El consumo de la morfina ha disminuído de 1,350 kg en 1925 y 1,600 en 1926, a 1,160 en 1930, y aunque las cifras exactas para 1931 no están todavía disponibles, espérase otra baja como de 25 por ciento. El opio revela un descenso semejante. En 1931 se empleó como la tercera parte de la cifra anterior de 2,600 kg, lo cual representa una disminución de dos tercios. El empleo de diacilmorfina en el país ha sido desde algún tiempo muy limitado: de 50 kg en 1925, bajó a 38 kg en 1930, y la cifra para 1931 será como 66 por ciento menor, lo cual es bien pequeño, y apenas hay que tomar en cuenta en la práctica. Todo considerado, los sacrificios a que se ha sometido la profesión médica han obtenido una marcada disminución en el empleo de estupefacientes.

Comparado con las observaciones durante la guerra y después, el cocainismo ya no constituye un grave problema científico, y de nuevo me siento justificado en considerar como bien conocidos los pormenores de su patología y terapéutica.<sup>10</sup> Dados nuestros actuales conocimientos exactos de las características del mal, resulta imposible comprender cómo se recomendó seriamente allá por los 80 del siglo pasado, la cocaína para el tratamiento del morfinismo, y que un médico militar pudiera preconizarla para mejorar la capacidad de los soldados para la marcha. Hoy día hay que descontar todos esos elogios indiscretos concedidos a la cocaína en la literatura médica de casi todos los países. La reacción de los médicos previsores y analíticos fué rápida, y la historia de la morfinococainomanía ha pasado a ser una memoria dolorosa.

Me gustaría mencionar sucintamente un punto de la patología. La exacta relación entre el cocainismo puro y la homosexualidad<sup>11</sup> no parece estar completamente esclarecida, pero no cabe duda de que existe, a juzgar por las observaciones de varios investigadores azeados. He visto casos en que, procediendo con todo juicio crítico y cautela científica, era posible declarar por lo menos que la actividad homosexual se presentó por primera vez durante el período del cocainismo. Ya sabemos hoy día que la hormona sexofemenina también existe en el organismo masculino, lo cual tiende a confirmar lo que me parece ser la explicación más probable del fenómeno. Puede suceder que la impotencia sexual, evocada en el hombre por el cocainismo, haga subir a la superficie un componente hasta entonces

<sup>10</sup> Joel y Fränkel: *Der Kokainismus*, Berlín, J. Springer, 1924. Maier, H. W.: *Der Kokainismus*, Leipzig, Georg Thieme, 1926. La bibliografía detallada puede consultarse en: Megendorfer: *Intoxikationspsychosen*, *Handbuch der Geisteskrankheiten*, Berlín, J. Springer, 7, 1928. Terry y Pelleus: *The Opium Problem*, Nueva York, 1928, Bureau of Social Hygiene. Wolff, P.: *Praktische Therapie der Alkaloidsuchten in von den Velden und Wolff: Handbuch der praktischen Therapie als Ergebnis experimenteller Forschung*, Leipzig, J. A. Barth 2, 1927; *Morphinismus und verwandte Alkaloidsuchten*, *Neue deutsche Klinik*, 7, 1931.

<sup>11</sup> Chopra, R. M., y Chopra, G. S.: *Ind. Jour. Med. Res.* 18: 1013, eno., 1931.

latente de la inversión, cuya intensidad depende del bisexualismo del individuo. En este sentido, es significativo que, después de un tratamiento de supresión o, mejor dicho, de desintoxicación, cierto número de esos sujetos recobran la heterosexualidad completa, mientras que otros continúan siendo homo o bisexuales. Sin embargo, abrigo mis dudas de que se trate de un verdadero efecto farmacodinámico, y no debemos olvidar que entre los cocainómanos es más común encontrar personas de carácter y mentalidad inestables, que entre las muchas clases de opiómanos. Entre los devotos de la cocaína, no es raro dar con tipos psíquicamente lábiles y libres de trabas, que son encasillados con el nombre algo vago de psicópatas. Mucho queda aun por averiguar acerca de eso, pero, médicamente, tal vez fuera más satisfactorio si el problema quedara irresuelto por falta de material clínico debido a la rápida disminución del cocainismo. Personalmente, soy optimista, y espero poder justificar mi actitud revelando las medidas rígidas y enérgicas que tomamos para combatir el mal. De todos modos, en Berlín resulta bastante difícil hoy día encontrar un verdadero caso de cocainismo puro para presentarlo a los estudiantes.

*Difusión del cocainismo.*—Digamos primero algunas palabras con referencia a la difusión del abuso de la cocaína. Ya va en descenso la onda de “nieve” o “polvo blanco” (los narcómanos empleaban muchos nombres favoritos para el medicamento en varios países), que recorrió a Europa durante la guerra y después. Antes de la guerra, había muy poco abuso de la cocaína, por lo menos en el centro y occidente de Europa, aunque sí había individuos que empleaban inyecciones de cocaína y combinaban también esa droga con la morfina. Sin embargo, la costumbre de tomar el medicamento por la nariz como el rapé, que es el signo externo de la difusión de esa manía (y que corresponde a la popularización de la morfina al introducirse la jeringa de Pravaz), no tomó importancia sino durante la guerra, cuando apareció primero en Francia, luego en el ejército ruso, y, por fin, en el centro de Europa.

¿Cual es el método de difusión del cocainismo? La respuesta me parece estribar en los hechos conocidos acerca de su propagación en un país que no tocó la guerra: la India Británica. El hábito comenzó por casualidad en una poblacioncita del interior, en que un propietario utilizó la cocaína contra un dolor de muelas, convirtiéndose después en cocainómano. El hábito fué luego difundido por el proselitismo, como sucede con la cocaína entre los jóvenes, y luego se propagó rápidamente por las dos principales líneas ferroviarias hacia el norte de la India, por medio de agentes viajeros y otros. Las poblaciones de las líneas secundarias, así como la mayor parte de los distritos rurales, han permanecido libres del mal. Muchas fueron las víctimas causadas rápidamente por ese tráfico nefasto que, como de costumbre, reportó magníficas utilidades. La cocaína era en particular solicitada

por los obreros manuales y otros sujetos de las clases bajas, por virtud de su fama como excitante sexual (según hicimos notar, esto sólo sucede en el primer período de la manía). Etiológicamente, es interesante observar que sólo en un número menospreciable de casos fué el tratamiento médico el origen de la afición, lo cual contrasta con lo observado en Europa, y quizás en América. La cocaína antes llegaba a la India principalmente de Europa, y también de América. Desde su prohibición, ha sido obtenida en su mayor parte del Japón, y casi siempre por conducto de contrabandistas chinos. El Japón se ha dedicado a la manufactura de estupefacientes por un período comparativamente breve, digamos 15 años, y ya existe allí un gran cuerpo de contrabandistas. Allí, lo mismo que en otros países, como Egipto y el Lejano Oriente, preparan frecuentemente un paquete impermeable que contiene narcóticos, y lo atan a un saco de sal. Ambos son lanzados al agua, y después, al disolverse la sal, el paquete de medicamento sube a la superficie, de donde lo sacan. En la India calculan que el número de cocainómanos es de 250 a 500,000, la mayor parte de ellos en la primavera de la vida, o sea de 20 a 40 años. La extraordinaria extensión del hábito no depende allí de la posibilidad de inhalar el medicamento, como acontece en Europa y América, pues lo emplean lo mismo que mastican el betel, y aunque parezca extraño, la inhalación es todavía desconocida en el país.

Esta breve reseña de una situación que no todos conocen, sirve para demostrar que el cocainismo se ha difundido también con rapidez alarmante entre una población que varía en muchos sentidos de la de Europa y Norteamérica. Los mahometanos y los hindús practican el hábito, pero los primeros en proporción mucho mayor. Trátase, pues, de un problema mundial, lo mismo que el morfinismo y otras opiomanías. No obstante, y con toda seriedad, es posible por varias razones considerar la lucha contra la cocaína con mayor optimismo que la dirigida contra los opiáceos. Sin duda, el gran aumento de las cantidades disponibles ha contribuido a la difusión del mal, aunque Sudamérica ha sido suplantada en el mercado farmacéutico de la cocaína por el cultivo en las Indias Holandesas de una hoja de coca que contiene una proporción mayor del alcaloide. Los países que ereviamente importaban la droga, por ejemplo, Japón, hoy día fabrican la necesaria ellos mismos. No hay la menor razón médica que justifique el aumento de producción, ni la menor prueba de que las cantidades previamente disponibles no bastaran para fines médicos, sino lo contrario. Además, desde nuestro punto de vista, las consideraciones económicas y comerciales no pueden igualar las morales y éticas tratándose de un habitamiento a drogas.

El problema mundial del cocainismo se reduce a un problema de erradicación total. Esta es absolutamente posible, y tomando como ejemplo la legislación alemana,<sup>12</sup> me propongo demostrar que al buscar

<sup>12</sup> Wolff (nota 6, segunda cita).

esa meta no andamos ni mucho menos a caza de un fantasma. La prevención es aquí mejor que la curación. Por más de un año se ha prohibido absolutamente el despacho de cocaína en sustancia por los boticarios, y en ello sólo ponemos en práctica la opinión expresada en el informe del Congreso Médico Alemán de 1928, con la cual estoy cierto todos convendrán: "Es absolutamente injustificado que un médico facilite cocaína a un cocainómano. No se trata de *mala praxis* ni de poner en peligro la vida del sujeto cuando se rehusa en absoluto recetar el medicamento." Por el contrario, la supresión inmediata es el tratamiento de elección.

La cantidad máxima que puede facilitársele al médico para empleo en su clientela es de 1 gm diario, y puede pedirse, a lo más, en solución al 10 por ciento. Al prescribirla, debe preparar una receta muy exacta, haciendo el asiento correspondiente en el llamado "libro de la cocaína." Se le permite reemplazar esa solución para operaciones (incluso diagnóstico) sólo en el ojo, laringe, nariz y oído, y para intervenciones quirúrgicas en la faringe y maxilar. Además, sólo puede aplicarse a las mucosas. Está prohibida toda inyección, lo mismo que empleo al interior (por ejemplo, en el tratamiento de la úlcera gástrica dolorosa o en urología), salvo a dosis pequeñas; por ejemplo, puede utilizarse una solución al 1 por ciento por lo menos con 0.1 por ciento de sulfato de atropina para la nebulización en el asma bronquial. Consultados muchos peritos de las varias ramas de la medicina, todos expresaron la misma opinión. Además, el médico puede facilitar al enfermo, para empleo en casa, cantidades pequeñas que no pasen de 0.1 gm diario; pero hay que consignar todos los pormenores, y sólo emplear una solución al 1 ó 2 por ciento. Sobre este punto, se obtuvo el acuerdo absoluto de la profesión. Antes de dictar el nuevo reglamento, obteníase una gran proporción de medicamento de contrabando, sin que el médico se enterara, debido a cálculos erróneos en las recetas. Sin embargo, aparte de esos casos que representaban excepciones, estábamos convencidos de que el consumo de cocaína era fundamentalmente susceptible de limitación. En muchas indicaciones, los sucedáneos anhabituógenos producen el mismo efecto terapéutico, y evitan el peligro, no sólo de la narcomanía, sino de la intoxicación e idiosincrasia cocaínicas.

Con un año de experiencia, y debe ser posible introducir algún alivio en los reglamentos, por ejemplo, permiso para utilizar la solución al 20 por ciento y la prohibida pomada cocaínica. Sin embargo, el breve período transcurrido ya ha servido para demostrar que los *sustitutos*, y en particular el aminobenzoato de etilo, el clorhidrato de procaína, butamina, y las más recientes larocaína y pantocaína (anestésicos locales de la serie del paraminobenzoato), pueden en muchos casos suplantar absolutamente la cocaína hasta en las vías aéreas superiores, aunque ninguno de ellos acaba de bastar para el ojo. A consecuencia de las medidas dictadas, el consumo de cocaína en Alemania, que

durante los años 1925-1930 era de 400 a 450 kg anuales, ha bajado a menos de la mitad en 1931. Haciendo justicia a mis colegas alemanes, debo declarar que, aun antes de introducirse estos reglamentos, les había hecho tanto impresión lo observado con el cocainismo en el período posterior a la guerra, que por cuenta propia ya habían limitado en todo lo posible el empleo de cocaína. La disponibilidad de buenos sustitutos, y la creciente atención concedida a éstos, han ayudado mucho en estos esfuerzos para limitar la cocaína y para recetarla sólo cuando es absolutamente necesario. Conozco otorrinolaringólogos que han abandonado absolutamente su empleo hasta en operaciones de cirugía mayor, y que jamás la utilizan, expresando además su satisfacción al verse así libres del peligro de la intoxicación cocaínica. Son ciertamente muy rígidas las limitaciones terapéuticas impuestas por estos reglamentos sobre opiáceos y cocaína, a la profesión médica alemana; pero los médicos se han sometido dócilmente a estas restricciones de su libertad profesional, a fin de cumplir su misión en la lucha contra la narcomanía, y contribuir a librar una campaña verdaderamente eficaz contra ese mal en pro de la salud nacional. A esas medidas debe atribuirse el hecho de que en Berlín, que se hallaba antiguamente, según las normas alemanas, lleno de traficantes ilícitos de medicamentos, no haya habido un sólo caso de falsificación de una receta de cocaína en más de un año, y como a ningún boticario se le permite entregar cocaína en substancia, las débiles soluciones recetadas a los enfermos son inútiles para los traficantes clandestinos. Además, ha habido sin duda disminución en el número de esos traficantes ilícitos, y sé por observación propia que es hoy día difícil obtener cocaína por ese conducto en los establecimientos nocturnos de Berlín. El tráfico ilícito en morfina también es raro, como siempre lo fué. En ese caso, los habituados obtienen su droga por conducto de médicos crédulos y de recetas falseadas, las cuales han aumentado últimamente y son gestionadas con destreza. Hasta para fines no médicos, 0.2 gm de morfina resulta siempre una dosis útil, y en ese caso la sustancia no disuelta no posee mayor importancia. Han pasado para siempre los días siguientes a la guerra, en que era más fácil obtener en Berlín 1 kg de morfina ilegalmente que 0.01 gm. A juzgar por los grandes y rápidos adelantos recientes, me parece que cabe decir, tras reflexiones cuidadosas y sin optimismo exagerado, que no está muy lejano el día en que se encontrará un sustituto de la cocaína que satisfaga las demandas más rígidas de los especialistas de cualquier rama de la medicina. Entonces habrá llegado la hora de declarar la cocaína anticuada y de destruir las plantaciones. El comercio habrá dejado de triunfar sobre la ciencia, y el cocainismo no será ya más un problema mundial. ¿Es posible abrigar las mismas esperanzas con respecto a los opiáceos? Sobre eso me muestro algo escéptico. Ciertamente es que en este terreno también se ha adelantado en muchos sentidos, y me gustaría ofrecer un ejemplo tomado de Alemania. Es bien cono-

cido el marcado aumento que hubo después de la guerra en el consumo de estupefacientes, y para los médicos todavía más importante, en el número de narcómanos. No nos sorprenda, pues, que esas cifras anormales descieran de nuevo al restablecerse las condiciones normales. A juzgar por las estadísticas médicas de Alemania, hubo un aumento gradual hasta 1923 (porcentaje en los manicomios: 1913, 0.51; 1923, 1.59; 1928, 1.18; 1929, 1.09), en que se alcanzó el máximo. Lo mismo revelan las estadísticas de la clínica psiquiátrica de la Charité de la Universidad de Berlín en cuanto a morfínismo y cocainismo.<sup>13</sup> Es de notarse (de 1919 a 1928) la proporción mucho mayor de hombres afectados. No cabe duda de que la ansiedad creada por las dificultades que traía cada día, la inflación y la incertidumbre acerca de las necesidades imprescindibles de la vida, sobreponiéndose a la tensión de la guerra y a la tragedia de su fin, hicieron que muchos buscaran alivio temporal en los narcóticos. El rápido descenso de las curvas una vez restauradas condiciones más estables, demuestra que sólo se trató de algo pasajero, y que a pesar del abandono aparente, el corazón de la nación continuaba sano. No obstante, el porcentaje de narcómanos es todavía mayor que antes de la guerra, lo cual quizás no sorprenda al recordar que habrá siempre morfínomanos en tanto que el médico se vea obligado a utilizar ese remedio que el cielo nos ha ofrecido. Las pruebas que he presentado en cuanto al descenso rápido, y a veces asombroso, en el consumo de opiáceos y cocaína, justifica, sin embargo, la esperanza de que los rígidos reglamentos introducidos en Alemania reduzcan todavía más el número de narcómanos, pues tanto enfermos como médicos se ven constantemente confrontados por obstáculos cada vez mayores. Además, la situación económica desempeña su papel indudable, que obliga a los individuos a tratar de desembarazarse de su vicio a causa del gran gasto que ocasiona, y también por saber que es nocivo. De no suceder esto, la familia, y en particular el médico, deben intervenir. En el tratamiento de los narcómanos, es indispensable no tan sólo que el médico sea avezado y sabio, sino que posea una personalidad poderosa. Importante e interesante como es el punto, el espacio no me permite describir los pormenores del tratamiento. Sólo diré que en Alemania la masa de la opinión favorece la supresión inmediata<sup>14</sup> de Bonhoeffer y otros como remedio de elección, aparte de algunas contraindicaciones, de lo cual podría presentar aquí pruebas. Los síntomas más graves de la abstinencia pueden vencerse evocando algunos días de sueño, y el último método de tratamiento por medio de la insulina con o sin azúcar de uva,<sup>15</sup> parece hallarse científicamente justificado, y promete mucho, aunque todavía exige más confirmación. Resta mucho por hacer, y la comisión nombrada por el Comité de Higiene de la Liga

<sup>13</sup> Bonhoeffer: *Ztschr. ärztl. Fortbildg.*, 1931, No. 5.

<sup>14</sup> Meggendorfer, Terry y Pellens; Wolff (nota 11).

de las Naciones "para estudiar el tratamiento de los narcómanos," debe poder recopilar datos valiosos en la literatura científica de todos los países. Los trabajos preliminares ya van caminando rápidamente.

*Conclusiones.*—He vuelto, pues, de nuevo a discutir puntos exclusivamente médicos, los cuales, a pesar de las estadísticas de rigor y de importantes consideraciones políticas, son los que revisten más interés para nosotros. La cantidad de opio producida hoy día excede con mucho lo necesario médicamente, y así lo saben todos. La dificultad práctica reside en consideraciones de orden económico, en la imposibilidad de obtener cifras exactas de producción para el interior de Asia y, por fin, en qué podrán cultivar para ganarse la vida los que hoy día cultivan adormidera.

Esas dificultades permanecen todavía irresueltas, a pesar de todos los esfuerzos de la Liga de las Naciones mas por ejemplo, la situación que existe en la India ya infunde cierta esperanza. La morfina se necesita y continuará necesitándose mientras que haya enfermedad; pero quizás llegue un día en que se descubra una sustancia terapéuticamente activa, la morfina ideal, la eumorfina, que poseyendo todas las virtudes de aquélla, incluso su efecto eufórico, no engendrará habituación y vicio.

Los resultados obtenidos hasta ahora son alentadores, y hay motivos para esperar que las investigaciones del futuro serán coronadas de un éxito semejante al ya presenciado con la cocaína. Con algunos ejemplos ya he demostrado que nos hallamos en vías de tal descubrimiento. El interés generalizado en este problema lo ponen de manifiesto las gestiones y estudios emprendidos en muchos países. El programa coordinado de los varios organismos de los Estados Unidos interesados en el asunto, debe, tarde o temprano, contribuir algo al total de nuestros conocimientos. Quizás conduzcan a ello las investigaciones químicas inauguradas bajo los auspicios del Consejo Nacional de Investigación en los Laboratorios Cobb de la Universidad de Virginia, que me han hecho una impresión tan profunda, a la par que los experimentos farmacológicos y las pruebas clínicas. Además, junto a esa empresa que lo mismo que toda investigación debe ser considerada por ahora como teórica, surge otra gestión que promete resultados tangibles y más inmediatos. Refiérome al plan del Gobierno de los Estados Unidos para control, segregación y tratamiento de los narcómanos.

Continuemos luchando contra la narcomanía y la degeneración física y mental del individuo y de grandes masas de la población en muchas tierras, y aumentemos nuestros esfuerzos siempre que sea posible. Sólo cuando encontremos esa morfina ideal, tendrá el médico un arma todopoderosa. Entonces la meta se hallará a la vista, y con la cooperación de los médicos, hombres de ciencia y gobiernos de todo el mundo, la narcomanía dejará de ser un problema universal.