

CRÓNICAS

ESTUPEFACIENTES

Ratificación de la convención.—La Convención para la Limitación de la Manufactura de Narcóticos suscrita en Ginebra en 1931 (véase la Publicación No. 82 de la Oficina Sanitaria Panamericana), ya ha sido ratificada (antes del 13 de abril de 1933) por suficientes países (25, incluso 4 manufactureros), entre ellos Brasil, Canadá, Costa Rica, Cuba, Chile, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana y Uruguay (y después de dicha fecha en Venezuela), para entrar en vigor el 10 de julio 1933. La principal ventaja de la convención consiste en que limitará la producción, pues el superávit constituye la principal fuente de abasto del tráfico ilícito. Las principales disposiciones del nuevo tratado son: cada país someterá anualmente a un consejo de control un cálculo de sus necesidades en conformidad con sus requisitos médicos y científicos; la exportación e importación serán controladas con mira a evitar la acumulación de un excedente sobre dichos cálculos; cada país deberá ejercer la más rígida vigilancia en cuanto a las existencias de los fabricantes domésticos en materias primas y productos manufacturados; quedan comprendidas en las disposiciones la codeína, los preparados sintéticos idénticos en composición química a los derivados del opio y la coca, y cualesquiera nuevas sustancias que se introduzcan más adelante; prohíbese la exportación de heroína, salvo a pedido del Gobierno del país de destino; límitase la exportación de narcóticos, en general, a las partidas para las cuales se ha obtenido un certificado de importación del país de destino, cuyo modelo estipula que la droga es importada con fines médicos o científicos.

Actas de una conferencia.—Las actas de la Conferencia para la Limitación de la Fabricación de Estupefacientes, celebrada en Ginebra del 27 de mayo al 13 de julio de 1931, forman dos tomos de 33 x 21 cm, y de 421 y 135 páginas, respectivamente. El primero está dedicado a las sesiones plenarias, y el segundo a las de las comisiones y de la subcomisión de control.

Produção mundial.—O relatório da Comissão Central Permanente do Opio, da Liga das Nações registra a seguinte produção: Morfina: 1929, 55,435 kg; 1930, 34,423 kg; 1931, 23,398 kg. Heroína: 1929, 3,621 kg; 1930, 3,971 kg; 1931, 1,216 kg. Cocaína: 1929, 5,699 kg; 1930, 4,718 kg; 1931, 4,075 kg. Os países que fabricaram tais produtos foram: Alemanha, França, Estados Unidos, Inglaterra, Suíça, Japão, China, Índia, Itália. Os stocks verificados em 31 de dezembro de 1931 tem dado o seguinte resultado: Morfina, 8,565 kg; heroína, 1,161 kg; cocaína, 3,821 kg. (*Medicamenta*, fev. 1933.)

Cuotas mundiales.—Procediendo conforme a la Convención de 1931, ya ratificada por suficientes países, la Liga de las Naciones ha anunciado la cantidad de estupefacientes que pueden usar los distintos países del mundo en 1934. El total se aproxima a 50 toneladas cuyo valor es de unos \$15,000,000, distribuidas así: morfina, 40 toneladas (incluso 26 de codeína), 1.5 de diacetilmorfina, 2.25 de hidrocloreto de etilmorfina, y 5.5 de cocaína. A los Estados Unidos les corresponden las cuotas mayores, salvo por la diacetilmorfina y heroína cuya importa-

ción no es permitida, con las cantidades máximas siguientes: morfina, 9,865 kg; codeína, 6,044.5 kg; hidrocloreto de etilomorfin, 522.9 kg; y cocaína, 1,140.6 kg. Las cuotas mayores después corresponden a Alemania, Francia, Rusia y el Japón. La Convención obliga a cada país a presentar antes del 1º de noviembre de cada año un cálculo de la cantidad que necesita para fines medicinales durante el año siguiente, y de parecer excesiva la Liga puede hacer investigaciones, aunque no tiene autoridad para alterar los cálculos. Si un país no presenta un cálculo, la Liga está autorizada para determinar la cantidad que le parece apropiada. Para 1934, 45 países y 83 posesiones coloniales enviaron cálculos, y el comité de la Liga determinó las cuotas para 23 países y 31 colonias, figurando entre ellos Argentina, Brasil y México. Para Argentina, las cifras son éstas: morfina, 60 kg; heroína, 15 kg; cocaína, 150 kg; Brasil, 25, 5 y 45; Chile, 25, 2 y 15; y Uruguay (pedido), 50, 23 y 58.

Profilaxia en Argentina.—En sus dos trabajos ante la Sociedad de Medicina Legal y Toxicología de Buenos Aires, Fernández Speroni y Lournagaray repasan las disposiciones dictadas en el país para la profilaxia de las toxicomanías. La represión tuvo su origen en disposiciones que empezaron a adoptarse ya a fines del siglo pasado, pues el Código de 1886 impone penalidades a los que elaboren o expendan sustancias nocivas a la salud. El mismo principio ya había aparecido en proyectos anteriores y subsecuentes, hasta entrar a formar parte del artículo 204 del Código de 1921, modificado después de acuerdo con un proyecto de ley de Bard, que estableció penas para los farmacéuticos, médicos y personas no autorizadas que quebrantaran las disposiciones de la ley acerca de la venta o despacho de alcaloides. A fin de subsanar ciertas deficiencias en la aplicación de la ley, Bard introdujo otra enmienda aprobada en 1926. Las estadísticas de la policía de la capital federal demuestran que la toxicomanía no acusa disminución pues el porcentaje que le corresponde entre los delitos contra la administración pública ha subido de 6.76 en 1923 a 7.23 en 1931, si bien ha habido un descenso de la cifra de 1929 (10.42). La interpretación dada al artículo ha sido variable, y la jurisprudencia algo contradictoria. La sanción y aplicación de la ley ha aguzado el ingenio de los traficantes clandestinos, que cuentan con una organización perfecta y dotada aparentemente de recursos y elementos más importantes que los policiales. El traficante al por mayor se vale para distribuir la droga de corredores, teléfono, y de distintos domicilios. Los corredores a su vez cuentan con varios automóviles, y colocan la droga en pequeños paquetes en determinados lugares, como balcones de casas, resquicios, etc. Otra infracción consiste en el disfraz legal en el comercio clandestino, por ejemplo, por un farmacéutico que adquiría cocaína en grandes cantidades, vendiéndola directamente en el local de su negocio. Otro inconveniente es la falta de un criterio uniforme entre la policía de la capital y de la Provincia. Para los autores, es necesario evitar a toda costa que los estupefacientes penetren en el país, eludiendo la vía aduanera, y para ello hay que aumentar la vigilancia de las fronteras. También es indispensable una estrecha colaboración entre la Prefectura Marítima, el Departamento Nacional de Higiene, y la policía. También es indispensable la modificación del artículo 204, pues la penalidad de tres meses a un año de prisión es demasiado benigna. Igualmente convendría que la legislación distinguiera entre vicioso y traficante. Otra medida indispensable es la interdicción civil del toxicómano, asimilándolo al alienado, para internarlo en un establecimiento especial, ya mencionado en el código, aunque todavía no se ha creado. Una solución transitoria consistiría en destinar un pabellón de los establecimientos psiquiátricos nacionales a ese elemento. (Fernández Speroni, C., y Lournagaray, J. M.: *Semana Méd.*, 43, jul. 7, 1932; *íd.*, 109, jul. 14, 1932.)

Brasil.—De acórdio com o decreto 20,930, de 11 de janeiro de 1932, a importação de toxicos e entorpecentes depende de licença do Departamento

Nacional de Saude Publica e o seu desembaraço só pode ter logar na Alfandega do Rio de Janeiro. (*Gaz. Phar.*, sbro. 1933.)

Río de Janeiro.—En un estudio realizado en el Instituto Médico-Legal y Gabinete de Identificación de Río de Janeiro, Pernambuco Filho, analiza a 146 enfermos (80 hombres y 66 mujeres) examinados en el Sanatorio Botafogo. Distribuidos por el consumo de los estupefacientes, el número es éste: morfina, 71; heroína, 27; trivalerina, 13; sedol, 9; pantopón, 6; cocaína, 14; y eucodal, opio y veronal, 2 cada uno. Entre los hombres, figuran en las profesiones en primer lugar, los médicos con 21, viniendo después: comercio, 15; abogados, 11; ingenieros, 6; empleados, 6; farmacéuticos, 5; militares, 2; dentista, 1; obrero, 1; y sin profesión, 15. (Pernambuco Filho: *Arch. Inst. Méd.-Legal & Gabinete Identif.*, jul. 1932.)

Importación de estupefacientes en Colombia—Por un reciente decreto del Presidente de la República se dispone, en conformidad con las convenciones internacionales, que sólo puedan introducirse al país productos heroicos por Puerto Colombia y Buenaventura, previo cumplimiento de los requisitos ya señalados para esa clase de importaciones.

Prohibición de la importación de heroína en Cuba.—Una orden dictada por la Secretaría de Sanidad de la República de Cuba, prohíbe la entrada en el país de la heroína para todos los usos. También se trata de no permitir la venta de cocaína, de no estar desnaturalizada con otra sustancia que, sin hacerla perder sus virtudes anestésicas, la denuncie por su color y olor.

Chile.—En Chile, los vicios del opio y de la morfina no han alcanzado aun muy vastas proporciones, pero la cocaína se ha generalizado en forma alarmante, en particular en los jóvenes, sobre todo calaveras y prostitutas. Chile se adhirió a la Convención de Ginebra de 1925, pero aun no ha ratificado el convenio, si bien lo hará seguramente dentro de poco. En el país existen estrictos reglamentos que impiden el comercio ilícito de las drogas heroicas, que la Comisión del Opio de la Liga de las Naciones proclamó como modelo en su género. Esa legislación ha sido reforzada con algunas disposiciones del nuevo Código Sanitario. El autor aboga por la creación de un servicio policial destinado a combatir la difusión de las toxicomanías. (Hernández, F.: *Bol. Serv. Nac. Salbr.*, 17, obre. 1931.)

En su estudio realizado en 1926, Grossi analiza el problema de la toxicomanía en Chile. En el consumo de opio, hay que recelar inmediatamente de los chinos, de los cuales hay varios miles en el país, y principalmente en Iquique. En Santiago, Concepción y Valparaíso no llegan a 100. Suele estimarse que 80 por ciento de los chinos usan, trafican, o se dedican al tráfico de opio. El contrabando de esa droga en Chile es intensísimo, viniendo la mayor parte de Bolivia, a donde llega por Mollendo y por Arica, y vuelve por el ferrocarril de Antofagasta, o por la pampa, a lomo de mula. El opio se vende en Iquique y en la pampa libremente. En Iquique existen numerosos fumadores de opio públicos y privados. La colectividad china posee en la pampa salitrea una influencia formidable. Para el paso del opio que ingresa al país para consumo médico, precisa una autorización por la Dirección de Sanidad, y las cantidades introducidas guardan relación prudente con el consumo. Posiblemente, los estragos de la morfina son los más conocidos, siendo raro el médico que no haya tenido que ver o tratar numerosos casos en enfermos que, aquejados por algún sufrimiento, se han entregado al vicio. En ese punto, mucha responsabilidad cabe a los médicos. El comercio clandestino de la morfina se hace, en su mayor parte, por las boticas, y hay fábricas que clandestinamente proveen a los farmacéuticos para burlar la inspección sanitaria. Si el opio no ha tomado mucho arraigo entre los chilenos, la coca tiene carta de ciudadanía en la pampa salitrea, introducida por los bolivianos. Los diarios han anunciado que si se prohíbe la venta de coca allí, los bolivianos emigrarán. La coca y yuta se venden públi-

camente en los despachos pertenecientes a asiáticos. La mas difundida narcomanía en Chile es el cocainismo, siendo también la más temible e importante. El negocio clandestino en narcóticos produce ganancias colosales, por el precio elevado a que se cotizan. La cocaína se obtiene en las boticas, y hay proveedores hasta en los prostíbulos mismos. Desgraciadamente, ha pasado a ocupar un sitio importante en los centros de corrupción, y es la calamidad más terrible que amenaza a la juventud. (Como se hace notar al principio, el estudio del autor sólo representa las condiciones hace algunos años, desde cuyo tiempo, probablemente, ha habido bastantes cambios.—*REP.*) (Grossi, V.: “Los venenos sociales en Chile”, 1926.)

El Salvador.—Durante el año 1932, se introdujeron en la República de El Salvador, con autorización de la Junta de Química y Farmacia, diversas sustancias narcóticas, cuyo detalle aparece en la memoria de dicha entidad. Es digno de notar que en el año las importaciones fueron rebajadas aproximadamente en 60 por ciento sobre el año anterior y, a pesar de la rebaja, bastaron para el ordinario lícito consumo medicinal en la República. La junta ha procurado aprovechar las recomendaciones adoptadas por la Comisión Consultiva del Tráfico del Opio y de otras drogas, teniendo cuidado de no permitir que los establecimientos autorizados excedieran la cantidad que les está permitido introducir. El control efectivo, tal como lo exige el Comité Central del Opio, de Ginebra, se llevaría a cabo si en las aduanas señaladas para importación hubiera un experto químico-farmacéutico que examinara todos los productos químicos que entran al país. Se ha dado el caso de chinos que han introducido opio en polvo en empaque y con rótulos de polvos insecticidas. La junta ha cumplido con lo estatuido por la Convención Internacional del Opio suscrita por el Gobierno de El Salvador, enviando las estadísticas del caso a Ginebra. El reglamento para el tráfico del opio y demás estupefacientes, aprobado con fecha 11 de agosto de 1930, ha sido cumplido estrictamente. Para unificar el control, se distribuyeron entre todos los importadores libretas selladas y foliadas, para que los establecimientos anoten las compras y ventas. (*Diario Oficial*, 355, fbno. 23, 1933.)

Ley modelo en los Estados Unidos.—Después de discusiones que han durado varios años, la Conferencia Nacional de Comisionados de Leyes Uniformes en los Estados Unidos y el Colegio Americano de Abogados, han preparado un anteproyecto de ley relativa a la reglamentación de los estupefacientes, que la Asociación Médica Americana ha publicado en su *Bulletin* (eno. 1933), recomendando que las sociedades constituyentes de la misma en los Estados hagan esfuerzos encaminados a conseguir su promulgación, a fin de obtener uniformidad en las disposiciones relativas al asunto. Las disposiciones de esta ley modelo definen el término “narcótico” como comprendiendo las hojas de coea, opio, *cannabis*, y toda sustancia que no pueda distinguirse química o físicamente de los mismos. Un médico o dentista, procediendo de buena fe y en su práctica profesional, es el único que puede recetar, administrar o facilitar narcóticos o hacer que los administren bajo su dirección y vigilancia una enfermera o interno. Los médicos y dentistas llevarán un registro de los narcóticos recibidos por ellos y de todos los que administren, despachen o empleen profesionalmente, a menos que lo hagan por receta. No hay que llevar registro de las drogas administradas, despachadas o empleadas profesionalmente en el tratamiento de algún enfermo cuando la cantidad administrada, despachada o empleada profesionalmente para tal fin no supera en cualesquiera 48 horas consecutivas: (a) 26 cgm de opio, o (b) 3.25 cgm de morfina o cualquiera de sus sales, o (c) 13 cgm de codeína o cualquiera de sus sales, o (d) 1.6 cgm de heroína o cualquiera de sus sales, o (e) una cantidad de cualquier narcótico o combinación de narcóticos cuya potencia farmacológica no exceda la de las drogas aludidas a las dosis indicadas. (*Am. Med. Assn. Bull.*, 160, dbre. 1933.)

Marihuana.—Oneto Barenque repasa los datos disponibles acerca de la marihuana, también conocida en México con los nombres de “Rosa María”, “Soñadora” y “Mota”, en particular desde el punto de vista de la psiquiatría y el Código Penal. La marihuana parece ser oriunda del Asia occidental y central. En los Estados Unidos, México, Centroamérica y Brasil, crece en abundancia. En México se encuentra en estado silvestre en casi toda la República en tal abundancia, lugares tan remotos, y climas tan diversos, que para admitir que ha sido traída de otro continente, es preciso suponer que un número inmenso de plantadores la ha esparcido. Para el autor, pues, trátase de una planta indígena de México. Después de copiar las disposiciones actuales, y vistos los daños que ocasiona el consumo de la planta, el autor recomienda la creación de frenocomios especiales para toxicómanos, y una reforma del actual Código Penal. (Oneto Barenque, G.: Memoria III Cong. Asoc. Méd. Panam., 126, 1933.)

Marihuana en Panamá.—Una comisión mixta nombrada por el gobernador de la Zona del Canal de Panamá, ha estudiado el consumo de “maríajuana” entre los soldados estadounidenses destacados allí. El porcentaje de consumidores de dicha sustancia varió en los distintos destacamentos y fuertes de 0.6 en el Fuerte Amador a 20 en el Fuerte Clayton, oscilando, sin embargo, en la mayoría entre 2 y 5. A fin de estudiar el efecto fisiológico de la droga, se observó en el hospital, por períodos de seis días, a 34 soldados que pasaban por ser consumidores, es decir, que fumaban de uno a 20 cigarillos de marihuana al día y, por término medio, cinco. El consumo de “maríajuana” parece ser frecuente entre los soldados en Panamá, estando constituida la gran mayoría de los fumadores por morones y psicópatas. La droga es un leve estimulante e intoxicante, pero no habituógena, como los derivados del opio y de la coca, pues no hay síntomas de privación después de suprimirla. Además de la intoxicación, los efectos fisiológicos observados consistieron en marcado aumento del pulso y del apetito, y somnolencia. No se notó deterioro psíquico o físico, pero los soldados observados eran jóvenes que habían fumado marihuana por menos de dos años. Desde el punto de vista médico, el consumo habitual de marihuana, lo mismo que de otros estimulantes e intoxicantes, debe ser considerado nocivo. Con respecto a la población civil de la Zona, el consumo de marihuana parece menos apreciable. Del personal militar juzgado ante tribunales militares, sólo 1.17 por ciento fué acusado de poseer o fumar marihuana, y sólo en cuatro casos (0.09 por ciento) se formularon contra los fumadores cargos de violencia o insubordinación. De 94 soldados dados de baja por sus hábitos, sólo en tres se atribuyó la causa al consumo de marihuana. Los autores recomiendan que continúen en vigor los reglamentos actuales, que prohíben la introducción, venta, posesión o consumo de marihuana en las zonas militares. (Los autores consideran el vocablo maríajuana como un panamismo, derivado de la palabra “maraguango.” En México, de donde tal voz parece originaria, el botánico Oliva la hace derivar de “mari” (María) y “huene” (rosa), pero sin precisar la etimología. Esta derivación fué impugnada por Frías Soto.—REV.) (*Mil. Surg.*, 269, nbre. 1933.)

Perú.—Una moción aprobada unánimemente por la Academia de Medicina de Lima el 9 de junio de 1933, aplaude la decisión tomada por los poderes públicos de concluir con el comercio del opio de fumar, hasta ahora monopolio del Estado, y recomienda que se empleen de preferencia los productos de la liquidación de las existencias de dicha droga para la ampliación e instrumentación de los servicios de sanidad. (*Ref. Méd.*, jun. 15, 1933.)

En el Perú, crearon un estanco para la venta del opio en 1887, y fué continuado a pesar de haberse dictado subsecuentemente una ley prohibiendo el consumo ilícito de dicha droga. Uno de los primeros actos de las autoridades políticas últimamente ha sido cerrar los fumaderos legales, o por lo menos autorizados, y el Director de Salubridad Pública ha dicho que ese tráfico no puede tolerarse por más tiempo y que hay que concluir con él. (*La Reforma Médica*, fbno. 1, 1932.)

Paz Soldán hace notar las consecuencias que entrañarán para el Perú las resoluciones aprobadas en la conferencia celebrada en Ginebra en 1931. En el Perú se mascan y absorben 5,000 toneladas de coca al año, o sea, potencialmente, más de 20 toneladas de cocaína: cinco veces el consumo mundial reputado indispensable por los técnicos más tolerantes. (Paz Soldán, C. E.: *Ref Méd.*: 3 obre. 1, 1931.)

Comentando un proyecto de ley relativo al régimen de la coca en el Departamento de Amazonas, Perú, una comisión de la Academia de Medicina de Lima integrada por los Dres. C. E. Paz Soldán y Ángel Maldonado ha apuntado que, para remediar la situación de grave toxicomanía en que yace la raza india por el consumo de 5,000,000 de kilos anuales de hojas de coca, no basta un proyecto de acción local, por meritorio que sea, sino que hay en enfocar y resolver el problema con mayor amplitud, y esa solución consistiría en organizar una Oficina Nacional de la Coca, encargada de controlar y dirigir todo lo relacionado con esa producción agrícola. (*Ref. Méd.*, agto. 15, 1932.)

Uruguay.—El Consejo de Salud Pública de la República del Uruguay ha encomendado a una comisión, la redacción de un reglamento interno, destinado a ser sometido al Poder Ejecutivo, en lo que respecta a lucha contra la toxicomanía. Dicha institución también se preocupa de que el Cuerpo Legislativo ratifique la Convención de Ginebra de 1931, organizando así la lucha en el orden interno y en el internacional. Por una resolución del 16 de diciembre de 1932, el Consejo de Salud Pública ha acordado someter la codeína y sus sales, la dionina y la papaverina al control exigido para los otros estupefacientes controlados. (*Bol. Cons. Salud Púb.*, 8, 206, eno.-fbro. 1933.)

La reglamentación del movimiento de los estupefacientes nocivos y su distribución, aprobada el 1° de julio de 1933 por el Consejo de Salud Pública, confórmase a las disposiciones de las Convenciones de Ginebra de 1925 y 1931, exigiendo certificados o permisos para importación y exportación, y limitando este movimiento a ciertas aduanas estipuladas. Una comisión especial de defensa contra las toxicomanías y control del tráfico de estupefacientes ha sido creada por el Presidente de la República por Decreto No. 1330-929 del 2 de junio de 1933.

En Uruguay, además de la aprobación del precitado reglamento y de ratificarse la Convención de Ginebra de 1931, se ha creado una Comisión Especial de Lucha contra la Toxicomanía, y por medio de la colaboración de las diversas autoridades interesadas se ha encauzado la lucha por derroteros que parecen efectivos. Se trata, además, de modificar la legislación punitiva dentro de un concepto más en concordancia con la índole del problema, y de evitar que se extienda la acción nociva de los traficantes. Con esa mira, el Gobierno propuso que en la VII Conferencia Internacional Americana (véase la página 215 de este número) se considerara el problema de la toxicomanía, a fin de lograr que todos los Estados de América, miembros o no de la Liga de las Naciones, se adhieran a la Convención de 1931. (*Bol. Salud Púb.*, 1157, obre.-dbre. 1933.)

Alemania.—Las leyes de los estupefacientes en Alemania permiten recopilar estadísticas bastante fidedignas sobre la extensión de la narcomanía en el país, con un posible error de 20 a 30 por ciento. Si se toman por base los 3,500 narcómanos estudiados, existen en Alemania 7 narcómanos por 100,000 habitantes, y 10 si sólo se toman en consideración los mayores de 20 años. Juzgando por los 3,500 casos, un 37 por ciento sólo utilizan de 0.1 a 0.2 gm diario de clorhidrato de morfina. Las dosis superiores a 0.2 gm son raras. La proporción por sexo revela 6.9 para los hombres y 4.6 para las mujeres por cien mil habitantes, y si sólo se consideran los mayores de 20 años, 10 y 7.6. Entre la profesión médica, la proporción es 1,000 por 100,000 o sea cien veces mayor que entre los adultos en general, de modo que uno de cada 100 médicos es un narcómano, con la agravación de que entre los médicos es mayor el porcentaje de los que emplean dosis

masivas, y que consumen tanto morfina como cocaína. En las poblaciones de 20 a 100,000 habitantes, la proporción se acerca al promedio, o sea 5.6; pero sube a 10 en las poblaciones de más de 100,000 habitantes, y desciende a 3 en las de menos de 20,000. En las tres grandes ciudades de Berlín, Hamburgo y Munich, el coeficiente es hasta mayor de 10. Entre las drogas utilizadas predomina la morfina. La heroína fué encontrada sólo 99 veces en todas las recetas, y en 33 de ellas combinada con otros alcaloides. Como la nueva ley entró en vigor el 1º de abril, puede esperarse una disminución considerable del abuso de los narcóticos, y ya se ha observado un gran aumento en las peticiones para tratamiento de supresión en la clínica psiquiátrica del Hospital Charité, de Berlín. (Carta de Berlín: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1161, obre. 17, 1931.)

Egipto.—En una reunión del Comité Asesor sobre el Opio de la Liga de las Naciones, Pachá Russell, director de la Oficina Central de Narcóticos de Egipto, calculó que de los 3,137,000 varones de Egipto, 282,000 consumían cáñamo, 93,000 opio, y 54,000 diacetilmorfina. El consumo de cafeína ha disminuído en los últimos años, debido en parte a la adulteración del producto y en parte a la situación económica. Para el Pachá, el negocio de narcóticos debería ser considerado como un delito internacional. (Carta de Londres: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1922, mayo 28, 1932.)

RABIA

Epizootias no Brasil.—O estudo dos virus neurotropos da lyssa e da pseudolyssa, vem merecendo no Brasil estudo minucioso de ha alguns anos, após sua verificação em epizootias e enzootias que se vêm registrando na America do Sul, em diversos paizes. É possível que o Brasil ocupe posição evidente na genese e na amplitude do flagello, pois que o estudo topographico e chronologico de seu apparecimento, confirma parcialmente esta affirmação. Desde 1911 até esta data, numerosos trabalhos vem registrando ou discutindo a natureza rabica das diversas epizootias. As notas dadas por Alves de Souza em relação ás epizootias de Rosario (Matto Grosso), Gravatahy e em Sta. Catharina, são bastante interessantes. A descripção da intercorrência do carbunculo, da septicemia hemorrhagica e outras infecções, perturbando o diagnostico, é bastante explanada em seus trabalhos. O A. tem tido igualmente a oportunidade de isolar de alguns animaes, principalmente porcos, um bastonete gram-positivo do genero *Corynebacterium*, cujo poder pathogenico para os referidos animaes não conseguiu provar. Trata-se de germes que invadem a torrente circulatoria quando baixa a resistencia do animal. A confusão, entretanto, que a raiva, principalmente, tem gerado no espirito popular com a trypanosomiasse, pela denominação commum de "Mal de Cadeiras Bovino", estendeu-se durante algum tempo tambem nos meios scientificos. A eclosão da epizootia em Sta. Catharina foi attribuida por Carini, Parreiras Horta, Haupt e Rehaag e pela commissão Argentina, á raiva. Parece, entretanto, que de entremeio ou associadamente, muitos casos de pseudoraiva se tenham occorrido, trazendo como consequencia symptomas mixtos e incubações dispares, difficuldade que resultou em discussões—ora postas a termo—entre os technicos brasileiros e Kraus. Evidentemente que o acaso fizéra com que Carini recebesse de Rehaag um material do foco epizootico de Sta. Catharina, tendo o mesmo remittido a Kraus, sem previo exame, coincidindo tratar-se justamente de pseudoraiva. Affirma Carini, que todos os demais casos, que vieram ter em suas mãos, foram unicamente de raiva e não de pseudoraiva, confirmados pela clinica e a histopathologia. Remlinger e Bailly, procurando interpretar as incertezas que a bibliographia regista, ineluem os trabalhos de Carini, Alves de Souza e de Haupt e Rehaag ao lado das confusões geradas pelos virus, as attribuendo ao desleixo das pesquizas de immunidadade cruzada. Se a epizootia de Sta. Catharina