

mueren del corazón cada año en los Estados Unidos. De no ser por la actual crisis económica, no vacilaría en decir que ha llegado la hora en que podríamos esperar una disminución en las cardiopatías, gracias a los mejoramientos higiénicos, el mejor cuidado de los dientes, y mayor destreza en la prevención y tratamiento de las afecciones de las vías aéreas superiores, así como en ciertas enfermedades como sarampión, escarlatina y difteria; pero dadas las condiciones presentes, no me arriesgaré a hacer profecías.

¿EN EL FUTURO, QUÉ?

Cabe poca duda de que los efectos de la actual crisis económica se reflejarán tarde o temprano en una elevación de la mortalidad, a menos que sobrevenga un cambio rápido. Por esta razón me siento obligado a advertir que deben mantenerse íntegras y sin disminución alguna las partidas dedicadas a obras sanitarias de valor demostrado, aunque eso constituya un sacrificio. Lo dicho reza en particular con los fondos dedicados a abastos de agua y de leche, disposición de las inmundicias, personal sanitario de dedicación completa, y las medidas de rigor contra las enfermedades prevenibles, teniendo presente que, sin fondos adecuados, no hay departamento de sanidad que pueda funcionar como procede.

TRATAMIENTO DE LAS NARCOMANÍAS: RESEÑA *

Por el Dr. E. W. ADAMS

Médico del Ministerio de Sanidad y ex-conferenciante sobre materia médica y farmacología de la Universidad de Sheffield, Inglaterra

Con respecto a narcomanía, en tanto supera la prevención a la curación, que no puede recalcarse suficientemente la primera; pero, en su sentido más amplio, o sea en lo tocante a atacar las causas radicales de la narcomanía, el médico individual no tiene mayor cosa que hacer, pues no puede limitar la producción de drogas a lo necesario para fines legítimos, y su contribución tiene que ser pequeña en lo relativo al inmenso problema sanitario de la inadaptación social. Vese, pues, obligado a dejar lo primero a organismos tales como la Liga de las Naciones, capaces de dirigirse a la sabiduría colectiva de las naciones reunidas en consejo; y, en cuanto a lo segundo, tiene que abandonarlo al tiempo y a los conocimientos acumulados por la colaboración de las distintas generaciones. Por sí mismo, sólo puede atender a las causas secundarias que queden a su alcance y, más o menos, dentro de su esfera de acción.

Si pasamos ahora al sentido más limitado de la palabra "prevención," existe cierta escuela entre cuyos exponentes figuran algunos

* Tomado de *The Practitioner*, agto.-sbre. 1932. Debido a falta de espacio, ha habido que omitir varias partes de este extenso trabajo, indicándose las omisiones por medio de puntos suspensivos.

médicos franceses, para la cual la prevención debe cifrar sus principales esperanzas en el tratamiento a fondo y curación completa de los narcómanos. No tan sólo invierten la máxima de que prevención es mejor que curación, sino que sostienen, en lo tocante a narcomanía, que la curación es prevención, sumalizando su criterio en el lema: "Acabad con la demanda, y la oferta se extinguirá por sí propia." Los que tal sostienen, estiman que la limitación de la producción y de la manufactura constituye un ataque por el flanco más inexpugnable, haciendo notar lo que consideran escasos resultados obtenidos en ese sentido por los esfuerzos altruistas de la Liga de las Naciones. Aunque no cabe descuidar en modo alguno la obtención de curas, ese criterio, al parecer, no considera suficientemente dos de las características más salientes de la narcomanía, o sean la base psicopática y la tendencia a reincidir. La narcomanía no es una enfermedad que inmuniza, sino que, por el contrario, un ataque parece predisponer a otro, y el narcómano, aparte de los casos comparativamente raros en que la mentalidad es normal, es más susceptible la segunda vez que la primera. No es por accidente que las víctimas reinciden, sino que la recidiva forma parte de la historia natural del mal. . . . Cuando el toxicómano sale por fin de la vigilancia y regresa a su ambiente libre, llega una hora, tarde o temprano, en que se ve acosado de nuevo por sus antiguos conflictos o sensación de insuficiencia, y el viejo *tedium vitæ*. Recordando el alivio que le proporcionara el medicamento, la tentación a emplearlo de nuevo "puramente para fortalecerse en la crisis," resulta, con demasiada frecuencia, irresistible para su debilitada voluntad.

Cierto es que la precitada escuela designa como curación, no sólo la supresión, sino un período prolongado de vigilancia en sanatorios especiales, como los descritos en el Brasil, y por un servicio médico-social dotado de médicos avezados que, o bien visitarán al narcómano a plazos fijos, o lo verán en fechas precisas en las cuales estará obligado a comparecer. Sin embargo, todo eso representa claramente un anhelo de perfección, que no parece factible por algún tiempo todavía.

Hay que tener presente que la prevención no es, ni con mucho, tan sencilla, y que los esfuerzos meramente encaminados a la supresión de la demanda de narcóticos están condenados inevitablemente al fracaso. No tan sólo constituirán muchas veces nuestros narcómanos "curados" un contingente más susceptible a la seducción de las drogas que antes, sino que tendrán de reserva a ese inmenso ejército de psicópatas, dispuestos y preparados para entregarse al vicio en circunstancias propicias. Ningún ejército puede ser aniquilado mientras tenga intactas sus reservas. Por algún tiempo todavía, y quizás para siempre, será muchísimo más importante impedir la formación de toxicómanos, que curarlos después de formados. No es, pues, pura paradoja decir que el mejor modo de curarse de la narcomanía es no

convertirse en narcómano, y que el mejor talismán contra la misma consiste en estar dotado de una psique normal.

¿Qué puede hacer, pues, el médico individual con mira a la prevención? En primer lugar, puede cuidar de que no se formen narcómanos por culpa suya. Puede recordar que hay medicamentos analgésicos, aparte de la morfina, etc., que tienen su puesto en circunstancias apropiadas. También puede recordar, con Levinstein, que la historia del morfínismo se remonta a la invención de la jeringa, y manejárselas de modo que jamás confie al enfermo dicho instrumento. Además, el médico narcómano es una amenaza en todas partes y, por desgracia, debido a sus oportunidades especiales, la narcomanía ha reclamado muchas víctimas entre nuestra profesión. En ese sentido, pues, la profilaxia comienza aquí mismo entre nosotros. El médico también puede obrar con suma cautela al recetar estupefacientes a individuos inestables. Como ha observado Römer, el médico de familia ocupa una posición sumamente favorable para reconocer tempranamente el comienzo de los trastornos funcionales nerviosos y físicos que a menudo manifiestan una evolución tan prolongada, y que pueden ceder al tratamiento en sus primeras etapas. En algunos casos, puede, pues, impedir así la aparición de un estado que engendre predisposición del enfermo a los narcóticos, desempeñando de este modo un papel netamente profiláctico. En fin, tiene y puede crear muchas ocasiones de contribuir a la profilaxia de la narcomanía. El lector que desee profundizar en este punto, hará bien en consultar la serie de trabajos sobre "Aplicaciones indispensables de los narcóticos", publicados en inglés por la Asociación Médica Americana.

En relación con este importante asunto, es interesante observar que, hace poco, el Comité de Narcomanía del Consejo Nacional de Investigación de los Estados Unidos ha emprendido una extensa investigación colaborativa en química alcaloidal, a fin de elaborar, si es posible, un sustituto anhabituógeno de la morfina que posea, sin embargo, los efectos convenientes de ésta. . . .

Una vez que ya existe la narcomanía, debe emplearse cuanto medio hay disponible para emancipar al enfermo de su esclavitud al vicio, si bien el pronóstico, salvo en ciertos casos, no es muy bueno. . . . Las estadísticas, cierto es, son desconsoladoras, mas no por eso cabe considerar a ningún enfermo dado como posible unidad de una tabla estadística, sino como a un semejante quien reclama con urgencia todo el auxilio que podamos ofrecerle. El médico que más triunfará será el que, sabio tonto, da por sentado que todo narcómano desea sinceramente curarse, y es curable hasta tanto se demuestre terminantemente lo contrario.

Es un hecho, que la gravedad de una dolencia puede ser juzgada por el número de tratamientos ofrecidos para ella; es decir, que

mientras más tratamientos, más incurable. Justipreciada de ese modo, la narcomanía debe ser una enfermedad de lo más grave, pues hay centenares de tratamientos para ella, y cada día aumentan más. . . . Este trabajo no pretende ni enumerar ni avaluar los diversos métodos propuestos o utilizados, ni tampoco dictar principios bien definidos para casos dados. Sin embargo, tal vez valga la pena dar una vista de pájaro a los métodos en boga, con la esperanza de que la experiencia de los muchos acaso rectifique y amplíe la experiencia individual. No obstante, recuérdese desde el principio, que el tratamiento completo de la toxicomanía abarca dos etapas distintas, a saber: (1) desintoxicación, y (2) rehabilitación, siendo con mucho la última la más importante, así como más difícil. Docenas de métodos separarán al narcómano de la droga, pero ¿qué método lo separará de sí propio?

DESINTOXICACIÓN

Por desintoxicación se sobreentiende, pues, la separación del narcómano de su tóxico o, en otras palabras, la supresión del medicamento bien súbita o gradualmente, seguida de medidas encaminadas al restablecimiento de la salud, por lo menos físicamente. En primer lugar, enumeraremos, pues, los muchos métodos inventados con mira a la desintoxicación. La lista siguiente trata de clasificarlos:

- (A) Método ambuante.
- (B) Métodos destinados a obtener la supresión dentro de un período limitado:
 - (1) *Supresión brusca (súbita)*: (a) sin medidas especiales; (b) con hipnosis; (c) con la ayuda de medicamentos del grupo de la atropina; (d) con la ayuda de tratamiento específico (v.gr. narcosán, proteínas vegetales, anticuerpos); y (e) con tratamiento sintomático especial (v.gr. por medio de eufilina o insulina).
 - (2) *Supresión rápida*: (a) con inyecciones de suero autógeno; (b) con la ayuda de medicamentos del grupo del opio; (c) con endocrinoterapia; (d) con anestesia ligera; (e) con medicamentos del grupo de la atropina.
 - (3) *Reducción gradual*.
- (C) Tratamiento por el método de los reflejos condicionales.

Compréndase bien que no todos los subgrupos mencionados se hallan forzosamente bien demarcados, es decir, que pueden combinarse en una serie casi interminable; mas esperamos que este esquema resulte un guía general útil, y no cabe duda de que facilitará las descripciones.

(A) Método Ambulante

El llamado "método ambulante", es el que, forzosamente, será empleado más a menudo por el médico general, por lo cual comenzaremos describiéndolo. Puede ser definido como el método que deja al enfermo a sus anchas, mientras que el médico le facilita (bien personalmente o indirectamente por medio de una receta), bajo

instrucciones precisas, la dosis del narcótico para autoadministración, que considera necesaria. El objeto es disminuir gradualmente la dosis de morfina, heroína, etc., de modo que, con la menor molestia posible, pueda por fin suprimirse del todo o reducirse a cierto mínimo.

Este tratamiento ambulante no es, hablando con precisión, un método de desintoxicación; es decir, que sólo rara vez es posible suprimir absolutamente el medicamento mientras el enfermo se halla en absoluta libertad. Sería exagerado decir que no puede conseguirse nunca esto, pues se ha logrado en algunos poquísimos casos. Sin embargo, es un hecho que lo más que cabe esperar es una disminución gradual de la dosis a un mínimo y, en algunos casos, sólo impedir un aumento de la dosis habitual. Por esa razón, algunos autores reconocidos muestran sumamente adversos al método, y en algunos países lo han prohibido explícitamente. Ahora bien, considerando el asunto desde el punto de vista del sentido común, es mejor que nada, si tenemos que elegir entre el mismo y nada, como sucede tan a menudo en las circunstancias actuales. Puede lograrse así algo, aunque no siempre gran cosa, con tal que el médico posea las dotes requeridas de destreza y personalidad. Por lo tanto, mientras y hasta que sea posible que los distintos países ofrezcan suficientes alojamientos para el tratamiento, y pongan éste al alcance de todos los narcómanos, ya ricos o pobres y, si es necesario, también medidas obligatorias, el imperfectísimo método ambulante será todo lo que tendrá a su disposición el médico en muchos casos. ¿Es prudente rechazar una décima de lo mejor, cuando no se pueden conseguir las escalas superiores?

(B) Métodos de Supresión dentro de un Período Limitado

El método de la supresión brusca ha tenido una carrera algo turbulenta. De origen alemán, parece haber sido probado sistemáticamente por primera vez por Levinstein, quien describió sus resultados en 1875. Gracias a sus argumentos logró algunos partidarios tanto en dicho país como en otros, en particular debido a su sencillez aparente. Sin embargo, era un procedimiento fuerte, que gradualmente fué abandonado, y Clifford Albutt, escribiendo en 1912, parece haber dado por sentado que no sería revivido. No ha sucedido así, pues desde entonces la supresión brusca de la droga ha encontrado un número creciente de defensores en muchos países. . . .

Algunos de los partidarios opinan que el factor psíquico constituye un elemento importante en la producción de los síntomas de supresión. . . . En cambio, ciertos experimentos recientes de Kolb y Du Mez en los monos, parecen claramente indicar que esa explicación no resulta muy plausible, y que no todos dichos síntomas quedan explicados suficientemente con la teoría, de modo que es mejor evitar por ahora todo dogmatismo exagerado.

En los Estados Unidos en particular, varios médicos han obtenido resultados sorprendentes con la supresión brusca. . . . Por otra parte, hay que respetar las opiniones adversas de otros observadores de igual capacidad, y en Inglaterra la opinión se muestra, con algunas excepciones notables, contraria al empleo de un método tan severo. . . . No cabe duda de que las circunstancias alteran los casos, y no pretendemos criticar a quienes la supresión súbita y completa les ha dado éxito, pero en Inglaterra no han visto, hablando en general, que el método presente suficientes ventajas que contrapesen sus dificultades e inconvenientes.

No hay que decir que un método tan drástico sólo puede ser aplicado en una institución especial dotada de un personal avezado de enfermeras y médicos, siendo interesante hacer notar que algunos de los mejores resultados han sido obtenidos en prisiones. . . . Nadie ha recomendado el procedimiento como apropiado mientras el enfermo campea a sus anchas, y hasta los más entusiastas reconocen que se halla contraindicado si el paciente es anciano, débil, o padece de alguna afección orgánica de cualquier género. Algunos hasta considerarían la supresión súbita como contraindicada si la narcomanía ha sido de mucha duración, si bien otros no aceptan ese punto como una indicación forzosamente negativa. Por otro lado, hasta los adversarios más decididos admitirían en general que, en ciertos casos especialmente seleccionados, tal vez sea el tratamiento de elección, con tal que la institución escogida para el enfermo sea en todos sentidos adecuada. Pasaremos ahora a discutir las varias modalidades de la supresión brusca.

(1) *Supresión brusca.*

(a) *Sin medidas especiales.*—En su forma más sencilla, se suprime súbita y completamente el medicamento. No se administran medicamentos especiales, pero se encama al enfermo en los primeros días, sosteniéndolo con una asistencia cuidadosa y remedios de naturaleza general. Recétanse purgantes en abundancia, pero no con exceso, y los baños y masajes tal vez resulten útiles. Un factor esencial es que el enfermo esté bien enterado de que no recibirá más narcótico, suceda lo que suceda. La diarrea, la enfermedad, etc., son tratadas de acuerdo con principios generales. El insomnio es atacado con algún sencillo hipnótico, por ejemplo, paraldehido. El síncope es combatido con tónicos cardiacos, y así sucesivamente. En los rarísimos casos en que el síncope parece de veras poner en peligro la vida del enfermo, adminístrase una pequeña dosis de morfina; pero es sorprendente ver cuán rara vez hay que hacer esa excepción. Algunos observadores han tratado así centenares de casos, sin tener que emplear para más nada el medicamento. Lo habitual es que la tormenta pase en unas 48 a 72 horas, y en ocho a 10 días los enfermos se hallan en vías de reposición en lo tocante a lo físico. . . .

(b) *Empleo de hipnóticos.*—De más favor goza, sin embargo, el empleo de algún tratamiento o medicamento especial. Ciertos médicos utilizan una modificación muy interesante, tratando la supresión, por decirlo así, como una especie de intervención cruenta que llevan a cabo bajo anestesia o, para hablar con mayor precisión, bajo hipnosis. Los diversos exponentes del método han utilizado con dicho fin un verdadero ejército de drogas: paraldehido, somnifeno, luminal sódico y otros barbituratos, hidrato de amileno, pernoctón, etc. . . . El procedimiento no deja de entrañar su peligro. La modificación descrita por Neuberger es acreedora a una reseña más extensa, consistiendo en una ligera narcosis con cloroformo, muy semejante a la empleada en partería. En realidad, no se trata de supresión brusca, sino acelerada. . . . El cloroformo es utilizado para combatir el “estado de necesidad”, y la seminarcosis evocada permite tolerar la privación del medicamento. Los paroxismos son tratados del mismo modo que se hace a menudo con los dolores del parto, administrando de cuando en cuando bocanadas del anestésico a fin de conseguir una narcosis leve. El autor llama su método “anestesia a la reina”. El cloroformo es administrado de un frasco-gotero en una compresa cada vez que el enfermo siente deseos de narcótico. El método, por supuesto, exige cuidadosa atención de parte tanto del facultativo como de la enfermera. La dosis de morfina, etc., se reduce con mucha rapidez, sustituyéndola bastante bien las inhalaciones de cloroformo.

(c) *Medicamentos del grupo de la atropina.*—Los medicamentos empleados en esta modificación son la escopolamina, la hioscina y la atropina. Light y Torrence, después de describir la aplicación de la escopolamina en el Hospital General de Filadelfia, se expresan así con toda franqueza: . . . “A juzgar por los narcómanos que nos han llegado de otros establecimientos, y por el hecho de que 50 por ciento vuelven en busca de nuevo tratamiento, opinamos que los métodos actuales, incluso el nuestro, dejan mucho que desear.” Con respecto a la atropina y la hioscina, Lambert, que las estudió en condiciones estrictas de comprobación, se expresa en términos desfavorables. . . .

(d) *Tratamiento “específico”.*—Con el término de tratamiento “específico”, queremos designar aquí un tratamiento general basado en alguna teoría o hipótesis bien definida en cuanto a los síntomas de supresión. Uno de esos tratamientos que ha llamado mucho la atención, es con el preparado llamado narcosán. . . . La historia de las controversias relativas al narcosán, resulta muy instructiva. . . .

(e) *Tratamiento sintomático especial.*—En algunas variedades del método de la supresión brusca, utilizáanse ciertos medicamentos a los cuales, por virtud de sus propiedades, se les atribuye la facultad de eliminar o aliviar algunos de los molestos síntomas de la abstinencia. Sólo mencionaremos aquí dos de los más recientes, a saber, la eufilina y la insulina.

Alexandra Adler ha recomendado la inyección de eufilina (teofilina-etilina-diamina) . . . creyendo que el cuadro clínico de los síntomas de abstinencia semeja el "envenenamiento hídrico" de Rowntree. La eufilina, diurético poderoso, es administrada por inyección intraglétea, o si se tolera mal así, intravenosa (brazo). La dosis es de 48 cgm y las inyecciones se dan cada día, por la mañana y la tarde, por espacio de 3 a 10 días, según la gravedad de los síntomas. . . . Se necesitan, claramente, más pruebas antes de poder avaluar este método.

Últimamente, en Alemania, Suiza, Dinamarca y, según creemos, también en este país, han probado la insulina. En 1928, Hirsch declaró que había descubierto hipoglucemia en el período de supresión, y obtenido buenos resultados con inyecciones de suero dextrosado. Algo después, Anton y Jacobi emplearon un método semejante con resultado favorable. Sakel, en 1930, utilizó la insulina por sí sola a dosis hasta de 80 unidades en 24 horas, pero graduándolas según los síntomas y administrando por seis y ocho días, suprimiendo la morfina desde el principio. . . . Por medio de experimentos de comprobación, dedujo que el efecto de la insulina era real, y no puramente psíquico. Larsen declara que las observaciones danesas sobre el procedimiento son muy favorables, y también recalca la falta de anorexia. En 1931, F. Braun presentó sus observaciones en seis casos graves de narcomanía. . . . Braun, sin embargo, no sostiene que la insulina elimine todos los síntomas de abstinencia, sino que los abrevia y permite tolerarlos. . . .

(2) *Supresión rápida:*

Arbitrariamente, consideraremos como supresión rápida un período de no más de 14 días desde el comienzo del tratamiento hasta administrar la última dosis del narcótico. También clasificaremos los diversos procedimientos en subgrupos, discutiendo primero los más recientes o interestanes. Existe alguna disputa en cuanto al introductor de este sistema. Mattison reclama el honor, afirmando que lo describió en 1876, aunque Levinstein en 1875 ya empleó un método del mismo género en algunos casos, y Erlenmayer, a su vez, sostiene que lo reformó y se lo apropió. Su período de supresión varió de 8 a 14 días.

(a) *Inyecciones de autosuero.*—Modinos ha descrito recientemente un método que tiene sus puntos de interés. . . . Como se han hecho muchos asertos relativos al plan, quizás valga la pena dedicar algunas líneas a la modificación de Sioe y Hong (quienes han tratado 90 casos):

Toman el emplasto de cerato y cantáridas de la Farmacopea Holandesa, que cortan a un tamaño de 8 cm² y 1 mm de espesor, y tratan de obtener de 2 a 8 cc de suero. Aplican ese vesicante al tórax o abdomen del enfermo, y al cabo de unas 16 horas aspiran el líquido de la ampolla, inyectándolo en la porción superior del brazo o pierna. Repiten el procedimiento al tercero o cuarto día, y por tercera vez cuatro o seis días después de la segunda. La morfina (o heroína) es

rápida y disminuida y, por lo general, puede suprimirse absolutamente en siete días, y en algunos casos ya en tres. Modinos cree que se forman anticuerpos, pero Sioe y Hong rechazan tal teoría, opinando que se evoca una hipersensibilidad aguda al estupefaciente y, con esto, repugnancia al mismo.

Otro observador subsecuente, Noordhoek Hegt, ha estudiado analíticamente el método, comprobándolo con otros procedimientos. El resultado fué bueno en lo tocante a supresión del medicamento, pero no superior al rendimiento por los métodos habituales. . . . Sioe y Hong creían efectivamente que había esperanzas de mermar el índice de reincidencias, pero ni sus casos, ni los tratados primitivamente por Modinos, fueron observados por suficiente tiempo. El método del suero-vesicante tal vez ofrezca una alternativa útil en algunos casos, pero ya es manifiesto que no cabe esperar milagros con él, y que precisan pruebas más detenidas. Hay que agregar que, antes de aplicarlo, debe tomarse la precaución de analizar la orina.

(b) *Medicamentos del grupo del opio.*—Nadie hoy día comete el error de sustituir con heroína o cocaína la morfina, como hacían a veces en el pasado. Sin embargo, vale la pena notar que Wolff en Alemania, descubrió que algunos dueños de establecimientos particulares, por no saber que ciertos patentizados contenían opiáceos, los empleaban de buena fe para mitigar los síntomas de abstinencia, por lo cual condena el empleo de medicamentos cuyo nombre no denote la composición. Sin embargo, hay un medicamento del grupo del opio, a saber, la codeína, que ha resultado muy útil a ciertos observadores. Su valor con dicho fin, parece haber sido reconocido por primera vez por un médico estadounidense, Lindberger. Mattison, que así lo manifestó en 1893, se muestra entusiasta. . . . Lambert opina que “la codeína es el único medicamento que modifica en realidad, marcadamente y con éxito, los síntomas de supresión de la morfina.” He aquí, en resumen, su proceder:

Se fija un período de reducción de 10 días, disminuyendo la morfina, etc., en un décimo cada día. Se inicia la codeína el segundo día, subiendo la dosis a medida que se disminuye la de morfina. La dosis inicial es de 32 mgm cada cuatro horas, elevándose el día siguiente a 65 mgm, el tercero a 26 cgm, y el quinto a 32.5 cgm, administrándose esas dosis cada cuatro horas, con la misma jeringa que la solución de morfina, en forma de fosfato soluble de codeína. Antes de comenzar el tratamiento, debe vaciarse completamente el intestino. Con ese plan de suministrar los medicamentos combinados, el enfermo no sabe cuándo se suspende la morfina y sólo recibe codeína. La codeína luego es suprimida gradualmente, sustituyendo inyecciones de suero fisiológico hasta que terminen los síntomas de supresión. . . . Lambert agrega que el tratamiento puede administrarse muy bien en el hospital.

(c) *Preparados endocrinos.*—Farra ha descrito un método que consiste en disminuir rápidamente la dosis de morfina, y aumentar la de ciertos preparados endocrinos, que contienen extractos hepáticos y suprarrenales, con otras sustancias. La adrenalina también ha sido recomendada poderosamente por algunos para mitigar los síntomas,

siendo aparentemente los primeros en proponerla o, por lo menos en investigarla sistemáticamente, dos argentinos, Rojas y Belbey, y de ahí que sea denominado a veces el "método argentino." El tratamiento dura 10 a 12 días, y después de los cuatro o cinco primeros, cuando ya reducida la dosis de morfina a 1 cgm, se sustituyen gradualmente inyecciones de adrenalina (0.25 a 0.5 cc de la solución al 1:1,000), declarándose que los enfermos no pueden distinguir el cambio. También se han comunicado buenos resultados en el eucodalismo. La efetonina, preparado adrenalinoideo que puede administrarse por vía bucal, ha sido probada por Bernhardt y Wuth, pero advirtiéndose, tanto con respecto a la adrenalina como la efetonina, que no conviene emplearlas en enfermos simpaticotónicos. Es interesante observar que tal vez haya alguna relación entre los tratamientos con adrenalina e insulina, pues según un trabajo reciente de Zunz y La Barre, después de la inyección de adrenalina aparece hiperinsulinemia, y aquella sustancia pasa por ser un estimulante fisiológico de la secreción de insulina; sin embargo, no se sabe con seguridad si la adrenalina actúa directamente excitando el páncreas, o indirectamente por alguna otra vía.

(d) *Anestesia ligera*.—Ya descrita en el párrafo (b) de supresión brusca.

(e) *Medicamentos del grupo de la atropina*.—Según Lambert, un médico de Texas, Lott, fué el primero en emplear la hioscina en el tratamiento de la morfínomanía, administrándola hasta producir delirio. No describiremos este tratamiento, pues rara vez o nunca se emplea ya así, aunque todavía ciertos peritos lo usan de un modo menos radical.

El tratamiento clásico de la narcomanía por medicamentos del grupo de la atropina, es el de Lambert y Towns, formando la base todavía de algunos procedimientos. El preparado utilizado era una mezcla de belladona, beleño y xantóxilo en la proporción de dos partes de tintura de belladona al 15 por ciento, y una parte cada uno de un extracto flúido de beleño y xantóxilo. Al comenzar, se administraban cada hora dos gotas, aumentando la dosis gradualmente hasta llegar al límite de la tolerancia del enfermo para la belladona. Simultáneamente, se suprimía la morfina con la rapidez que permitía el estado del sujeto. La parte esencial del método consistía en el empleo de una catarsis muy abundante con "píldoras azules" o alguna otra píldora purgante, seguidas de purgantes salinos.

Laughton Scott utiliza la mezcla de Lambert, pero con agua en vez de xantóxilo, tratando de conseguir la supresión con una tolerancia gradual a la belladona y el beleño, y un empleo abundante y creciente de luminal. La dosis aumenta constantemente, y el tratamiento, que se suprime de noche, dura de 8 a 14 días. El

intestino se mantiene desocupado, pero sin catarsis excesiva. El objeto es conseguir la lenta y cuidadosa disminución de la morfina *pari passu* con aumento de la tolerancia a la belladona, tan gradual que no trastorne la mente. El insomnio subsiguiente se combate con dosis masivas de luminal. El autor recalca que su tratamiento no es rígido ni mecánico, pues lo modifica constantemente para amoldarse a las necesidades de cada enfermo. Scott recalca la prevención del "choque de supresión". La escopolamina, unida a los hipnóticos, es utilizada por Hahn, y en ciertos otros métodos semejantes en Alemania.

1. (3) *Reducción gradual:*

Este es el método recomendado por el Comité Departamental sobre Morfina y Heroínomanía del Ministerio de Sanidad de Inglaterra (1926). (La siguiente descripción permite formarse una buena idea general del procedimiento.—RED.)

Al principio, hay que privar al enfermo de todo abasto secreto de la droga, que pueda haber ocultado en su persona o efectos. En el tratamiento, comiéndose por estabilizar la dosis, y la administración será primero hipodérmica, si esa vía es la habitual. La posología se determina después de considerar la varias circunstancias del caso en cuanto a estado físico, duración de la manía, y consumo habitual. La dosis inicial es generosa, y puede ser hasta la que el enfermo está acostumbrado a tomar, asegurándosele, además, que la está recibiendo. El total diario se fracciona en tres o cuatro dosis administradas a plazos fijos, la mayor precisamente antes de la hora de acostarse. Al cabo de algunos días, se merma la dosis en cierta proporción (v.gr., un décimo), guiándose la disminución por la experiencia del médico, a fin de que no la advierta el enfermo. Esta disminución continúa a intervalos apropiados, suprimiendo cada vez la misma proporción. Si en cualquier momento el enfermo parece tolerar mal la supresión, por acusar bien alguna pequeña enfermedad o perturbación mental, se interrumpe la reducción por un día o dos. Cuando, de ese modo, la dosis administrada alcanza una cantidad bastante pequeña, se altera el número de dosis de tres a cuatro, a dos diarias, aumentándose a menudo temporalmente la dosis total, a fin de que el enfermo se resigne al número menor de tomas, pues se hace todo lo posible para conseguir su cooperación voluntaria ahorrándole toda molestia innecesaria, y explicándole las razones en que se fundan las diversas medidas del tratamiento. Se logra un valioso efecto mental administrando las dosis, por pequeñas que sean, en la misma cantidad de líquido y, lo mismo que antes, la dosis máxima es administrada precisamente antes de acostarse. Cuando el narcómano empleaba anteriormente inyecciones hipodérmicas, a algunos les ha resultado ventajoso emplear la administración bucal en vez de la hipodérmica durante los últimos períodos del tratamiento. Por fin, se llega a un período en que no se administra más medicamento, pero el enfermo no se da cuenta del momento en que se ha suprimido absolutamente la droga, pues continúa recibiendo inyecciones hipodérmicas de soluciones inocuas, o, si se utiliza la vía bucal, ciertos medicamentos inofensivos, por una semana o dos más. Naturalmente, queda luego sorprendido al averiguar que ha dejado de tomar droga, y al darse cuenta del asunto, consiente fácilmente en pasarse sin ella. Los síntomas intercurrentes que aparecen de cuando en cuando, en particular insomnio, deben ser tratados de acuerdo con principios generales. Algunos autores se atienen

a los hipnóticos, tales como bromuro, paraldehído, etc. Por supuesto, también es objeto de mucha atención la salud general por medio de varias medidas físicas y medicinales, y muchos asignan valor a la catarsis intensa en casos apropiados. Es manifiesto que el tiempo necesario para obtener la supresión completa variará según la edad, estado general y temperamento del enfermo, dosis previamente consumida, y duración de la manía. El encargado de una conocida institución calculó que la duración del tratamiento promedia unos tres meses, pero el enfermo debe permanecer bajo vigilancia por algún tiempo más después. La parte más difícil del tratamiento consiste en la disminución de la última dosis mínima a cero.

(C) Reflejos Condicionales

Rubenstein, del Sanatorio de Los Ángeles, ha ofrecido recientemente la interesantísima indicación de emplear el método del acondicionamiento de los reflejos en el tratamiento de la morfíomanía, y ha descrito dos casos en tuberculosos. El método tiene, manifiestamente, sus posibilidades. . . .

Recapitulando, las formas en que puede separarse terapéuticamente a un narcómano de su droga son muy numerosas, y las dificultades de selección correspondientemente iguales. Una cosa resalta con la mayor claridad, y es que en la actualidad no existe ningún verdadero método "específico" ni sistemático de desintoxicación y, por consiguiente, ningún tratamiento es "el mejor" en el sentido general. Hay que considerar cada caso puramente de acuerdo con sus méritos y también con las circunstancias. . . . Ya hemos afirmado que el método de reducción gradual está considerado, en conjunto, en este país, como el más apropiado; pero eso no excluye la consideración de uno de los métodos rápidos, o hasta de los bruscos en casos favorables. La decisión debe, al final de cuentas, quedar a cargo del médico mismo, que es el único que posee todos los hechos importantes con respecto a un enfermo dado. Sin embargo, la mayor parte de los observadores convienen en que puede suprimirse, sin temor, la cocaína en el acto, dado que los síntomas de abstinencia son leves, en contraposición a los de la morfina y la heroína.

Es de notar que los que emplean los métodos antiguos se muestran muy conservadores en sus apreciaciones, mientras que los introductores de nuevos tratamientos aparecen en primera línea entre los optimistas. Quizás cuando los nuevos procedimientos sean madurados por el tiempo, el entusiasmo de sus defensores también se modere algo. A menudo, el resultado comunicado sólo quiere decir que se ha logrado la desnarcotización. Tal vez el método de desintoxicación guarde alguna relación indirecta con el coeficiente de reincidencias y aunque la desintoxicación y la rehabilitación sólo pueden ser separadas artificialmente, conviene, en la práctica, considerarlas como dos etapas absolutamente separadas y distintas en el tratamiento de la narcomanía.

REHABILITACIÓN

Por rehabilitación se sobreentiende nada menos que la re-creación de la personalidad, pues sólo cuando se hace o puede hacerse esto, queda eliminada la posibilidad de recidivas. Ya liberado el enfermo de su medicamento, tenemos que liberarlo de sí propio. El tratamiento necesario para ello no tan sólo es más difícil de llevar a cabo que la desintoxicación, sino más difícil de describir. . . . Mignard tiene mucha razón al afirmar: "En un sentido, toda curación de la narcomanía suficientemente intensa para ejercer efecto duradero, equivale a una completa renovación de la constitución mental y es, en realidad, una especie de conversión." Dice, además, muy sabiamente: "*On ne détruit que ce l'on remplace*". Podríamos hasta decir que el deseo es expulsado más bien que destruído, y sólo queda permanentemente desalojado si lo suplantamos con algo más poderoso. La antigua máxima de que la naturaleza aborrece un vacío, aunque anticuada en física, todavía es exacta en psíquica.

Aunque conviene separar la descripción del post-tratamiento y de la rehabilitación de la de las reincidencias, un conocimiento de las causas de las últimas nos ofrece muchas indicaciones valiosas para formular un plan de reeducación. Claramente, lo primero que reclama nuestra atención es el organismo del enfermo, pues la psique y el soma—alma y cuerpo—accionan y reaccionan mutuamente sobre sí. El médico sabio estudiará las causas que condujeron a la narcomanía al enfermo y, si es posible, las eliminará. El hábito puede, por ejemplo, haber tenido su origen en el insomnio o en alguna afección física molesta o dolorosa y, de poder curar o aliviar ésta, debe hacerse lo necesario para ello. . . .

Apenas completado satisfactoriamente el período de desintoxicación, debe reconstituirse la salud del enfermo por todos los medios disponibles y, aparte del tratamiento médico mismo, hay dos medidas de manifiesto valor: el ejercicio físico y el trabajo. . . . El trabajo debe adaptarse a las dotes del enfermo y, cuando existe capacidad para ello, deben también ofrecerse distracciones intelectuales y artísticas. Los deportes sanos también tienen su puesto, e importante. Hay que cultivar de nuevo el sentido de responsabilidad hacia la familia y la sociedad; pero, aunque el sujeto debe trabajar y recrearse, hay que evitar cuidadosamente la fatiga física o mental. Si se trata de un misántropo, debe procurarse convertirlo en un ser sociable, pues en el caso del narcómano el viejo proverbio se invierte y nunca más solo se siente que cuando está solo. Si se trata de un individuo gregal, debe cambiar de compañía, pero mostrando cuidado con quien se reúne. Si, como sucede bastantes veces, ha contraído su hábito debido a malas amistades, tiene que retirarse por completo de su antiguo medio. Como repite Dixon,

el objeto del post-tratamiento consiste en suplantar las memorias de ciertas asociaciones con deseos dominantes.

Además de todo esto, muchos peritos se sienten convencidos del gran valor del tratamiento especial con uno de los modernos métodos de "análisis catártico." Los narcómanos, recalquémoslo aquí, deben ser atendidos psicoterapéuticamente, desarrollando su personalidad de una manera francamente pedagógica. . . . El Dr. William Brown, aunque proponiendo el empleo del hipnotismo en los enfermos apropiados para mitigar los dolores de la supresión, agregó que el análisis prolongado era siempre necesario, y el Dr. Glover hizo notar que la importancia de un medicamento para el enfermo era, en gran parte, psicológica. Todo tratamiento no psicológico, añadió, puede compararse a considerar la escarlatina como "hábito escarlata", y espolvorear el eritema hasta que desaparezca. . . . De todos modos, si se opta por los métodos psicoterápicos, hay que confiar el enfermo al cuidado de un perito en esa materia. De no hacerse eso, la personalidad del médico representa mucho, y aun sin ser un psicoterapeuta, puede tratar de infundir su propia sana mentalidad en la averiada psique del enfermo.

Por supuesto, todo esto es sumamente difícil de realizar, y resulta más fácil decir lo que debe hacerse que ofrecer consejos prácticos acerca del modo de hacerlo. Con bastante frecuencia, el narcómano mismo no nos ayuda. Aunque la mayor parte de nosotros convendremos con Kolb en que casi todos los narcómanos, salvo los psicópatas delincuentes, quieren ser curados, también convendremos con él en que los móviles que impulsan a la mayoría de ellos a buscar tratamiento son, en el fondo, inadecuados y, por lo tanto, casi siempre ineficaces. Sus principales razones, con mucha frecuencia, sólo proceden de las dificultades e inconvenientes con que tropiezan para conseguir el medicamento, la desaprobación de sus compañeros y el desprestigio social, el temor a la ley, las importunidades de parientes y amigos, etc. Kolb sin duda tiene razón al decir que muchos narcómanos se inclinan a creer que la colectividad debe aceptar su manía como hecho consumado, y dejarlos en paz. Tan convencidos están algunos médicos de la dificultad del post-tratamiento y la rehabilitación, que recomiendan períodos prolongados de vigilancia en un establecimiento y, después del alta, una nueva y prolongada vigilancia por un servicio médico-social especial y, si es necesario, re-tratamiento obligatorio. Algo de ese género ya parece haberse implantado en el Brasil y, tratándose de los narcómanos delincuentes, así como de algunos otros, en los Estados Unidos van a llevar a cabo dentro de poco un experimento con la creación de dos "granjas para narcómanos", una de ellas en Lexington, Kentucky (con cabida para 1,000), y otra cerca de Fort Worth, Texas. Esas granjas serán administradas por la División de Higiene Mental, que es la

antigua División de Narcóticos del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos. Ambas instituciones se dedicarán al tratamiento y rehabilitación de los narcómanos recluidos en ellas. Los buenos efectos of una vigilancia prolongada se observan perfectamente estudiando las cifras consignadas por Nellans y Masee para el presidio de Atlanta. Entre los narcómanos encarcelados por menos de un año, las reincidencias subieron a 90 por ciento; pero en aquellos que estuvieron allí de tres a cinco años, sólo a 17 por ciento. Claro está, sin embargo, que medidas tan radicales no resultan factibles, y quizás ni convenientes, en países en que el problema de la narcomanía no es grave. No obstante, en los países en que sí lo es, la opinión sin duda se va inclinando hacia las aplicación de medidas más radicales que las contempladas, en general, hasta ahora.

Bibliografía

- Dupouy, R. (1930): "La question de l'opium", *Bull. méd.*, Paris, 44, 177.
- Ghelerter, J. (1930): "Les toxicomanies et leur aspect médico-social", *Ibid.*, 44, 465.
- Hahn, B. (1928): "Ueber das Wesen und den psychologischen Mechanismus der Suchten", *Münch. med. Wschr.*, 75, 215.
- Levinstein, E. (1875): "Die Morphiumsucht", *Berl. klin. Wschr.*, 12, 646.
- Ministry of Health Departmental Committee on Morphine and Heroin Addiction, Report (1926), Londres.
- Römer, C. (1925): "Die Behandlung des Morphinismus", *Klin. Wschr.*, 4, 364.
- Editorial (1931): "Research for a Non-habit-forming Substitute for Morphine," *Jour. Am. Med. Ass.*, 96, 863.
- Larsen, U. (1930): "Om behandling af kronisk morfinit", *Ugeskr. Laeg.* 92, 1199.
- Wolff, P. (1928): "Zur Behandlung und Bekämpfung der Alkaloidsuchten (Morphinismus, Kokainismus u.s.w.) Auswertung einer Rundfrage", *Deuts. med. Wschr.*, 54, 7.
- Nellans, C., y Masee, J. (1929): "Management of Drug Addicts in U.S. Penitentiary at Atlanta", *Jour. Am. Med. Ass.*, 92, 1153.
- Chopra, R. N. (1928): "The Present Position of the Opium Habit in India", *Ind. Jour. Med. Res.*, 16, 389
- Light, A. B. (1931): "Physiologic Aspects of Opium Addiction", *Jour. Am. Med. Ass.*, 96, 823.
- Kolb, L., y Du Mez, A. G. (1931): "Experimental Addiction of Animals to Opiates", *Pub. Hlth. Rep. Wash.*, 46, 698.
- Sceleth, C. E., and Kuh, S. (1924): "Drug Addiction", *Jour. Am. Med. Ass.*, 82, 679.
- Scott, G. L. (1930): "The Morphine Habit and its Painless Treatment", H. K. Lewis & Co., Londres.
- Friedlander, A. A. (1928): "Ueber das Wesen und den psychologischen Mechanismus der Suchten", *Münch. med. Wschr.*, 75, 527.
- Richards, A. R. (1928): "Medical and Legal Aspects of Drug Addiction", *Pub. Hlth. Jour.*, 19, 72.
- Van Otterloo, A., de Mol y Linn, E. (1929): "Withdrawal Cure for Opium-Addicts", *Geneesk. Tijdschr. Ned. Ind.*, 69, 690.
- Schlomer, G. (1928): "Die Methode der Wahl für die Morphiumentziehung", *Med. Welt*, 2, 1569.
- Herold, B. (1930): "Die Leistungsfähigkeit des Pernokton bei der Morphiumentziehung", *Münch. med. Wschr.* 77, 937.
- Neuberger, L. (1930): "Une méthode nouvelle de demorphinisation: Le procédé du chloroforme 'a la reine' appliqué aux cures de desintoxication." *Vie méd.* 11, 353.
- Light, A. B., y Torrance, E. G. (1929): "Opium Addiction, VII. A comprehensive study of effects of the scopolamine treatment for morphine addiction", *Arch. Intern. Med.* 44, 194.
- (a) Lambert, A. (1930): "Drug Addiction", *Bull. N.Y. Acad. Med.*, 6, 695. (b) Lambert, A. (1929): "Report of the Mayor's Committee etc.", *Jour. Am. Med. Ass.*, 93, 1297.
- Lambert, A., y Tilney, F. (1926): "Treatment of Narcotic Addiction by Narcosan", *N.Y. Med. Jour. & Rec.*, 124, 764.
- Martin, G. C., y Williams, E. H. et al. (1927): "Proteal Treatment of Drug Addiction", *Ibid.*, 126, 282.
- Martin, G. C., y Williams, E. H. (1930): "Further Observations on the Proteal Treatment of Drug Addiction", *Ibid.*, 131, 597.
- Scheib, C. W. (1929): "Value of Narcosan for Narcotic Addiction", *Ibid.*, 129, 191.
- Johnson, G. S. (1927): "Use of Narcosan in Treatment of Drug Addiction", *Colorado Med.*, 24, 347.
- Modinos, P. (1929): "La guérison des toxicomanes", *Bull. Acad. Méd.*, Paris, 102, 283.

- Barbour, H. G., Hunter, L. G., y Richey, C. H. (1929): "Water Metabolism . . . under Morphine Addiction and Acute Withdrawal", *Jour. Pharmacol.*, 36, 251.
- Adler, Alexandra (1930): "Die Störung des Wasserhaushaltes während der Morphiumentziehung und deren therapeutische Beeinflussung durch Euphyllin", *Klin. Wschr.*, 9, 2011.
- Hirsch, A.: "Das Verhalten des Blutzuckers bei Morphiumentziehungskuren (1928)", *Deutsche med. Wschr.*, 104, 1462.
- Anton, G., y Jacobi, J. (1930): "Die Behandlung des Morphinismus durch Insulin und Traubenzucker", *Klin. Wschr.*, 9, 1547.
- Sakel, M. (1930): "Neue Behandlung der Morphinsucht", *Deutsche med. Wschr.* 56, 1777.
- Braun, F. (1931): "Insulin zur Bekämpfung der Abstinenzerscheinungen bei plötzlichem Morphiumentzug", *Schweiz. Arch. Neurol. & Psychiat.*, 27, 226.
- Mattison, J. B. (1893): "The Modern and Humane Treatment of the Morphine Disease", *Med. Rec.*, 44, 804.
- Erlenmayer, A. (1886): "Considerations sur la morphinomanie et son traitement", *Encéphale*, 6, 677.
- Sioe, K. T., y Hong, T. K. (1931): "Opiumontwenningskuren met Blaarserum", *Geneesknde. Tijdschr. v. Ned. Ind.*, Pt. 71, No. 2, pp. 138 et seq. (feb. 1, 1931).
- Extracto de "Berichten uitgaande van de Antiopiumvereniging", No. 7 (dobre. 1931).
- Wolff, P. (1928): "Zur Behandlung, etc., II. Die Verwendung von Ersatzmitteln", *Deutsche med. Wschr.*, 54, 134.
- Farra (1929): "L'opothérapie dans le traitement des toxicomanies", *Jour. Egypt. Méd. Ass.*, 12, 218.
- Tassart, J. C. (1928): "Adrenalina en la cura de demorfización", *Rev. Méd. Lat. Amer.*, 13, 1959.
- Bernhardt, P. (1928): "Von Adrenalininjektionen bei der Morphiumentziehung", *Z. Ärztl. Fortbild.*, 25, 532.
- Rojas, N., y Belbey, J. C. (1926): *Semana Méd.*, 2, 705. (Citado por Bernhardt.)
- Wuth, O. (1929): "Neue Wege in der Therapie des Morphinismus", *Klin. Wschr.*, 8, 508.
- Zunz, E., y La Barre, J. (1931): "L'hyperinsulinémie consécutive à l'injection d'adrénaline est elle d'origine pancréatique?" *C.R. Soc. Biol.*, Paris, 106, 1241.
- Lambert, A. (1926): "Alcohol, Opium, Codeine, Morphinism, Cocaine", en Osler y McCrae "Modern Medicine", 3ª ed., 2, 754.
- Hahn, B., citado del sumario en *Ars Méd.*, 5, 10.
- Rubenstein, Charles (1931): *Am. Rev. Tub.*, 24, 682.
- McIver, J., y Price, G. E. (1916): "Drug Addiction", *Jour. Am. Med. Ass.*, 66, .
- Mignard, M. (1924): "Psychologie et psychothérapie des toxicomanes", *Bull. M.*, Paris, 38, 1190.
- David, E. (1926) *Ztschr. ges. Neurol. & Psychiat.*, 99, 475.
- Dixon, W. E. (1930): "A Clinical Address on Drug Addiction", *Brit. Med. Jour., Canadian Supp.*, 1, 19.
- Kolb, L. (1927): "The Struggle for Cure and the Conscious Reasons for Relapse", *Jour. Nerv. & Ment. Dis.*, 66, 22.
- Health News*, del U.S. Pub. Hlth. Service, mzo. 1932.
- Rowntree, L. G. (1922): *Am. Jour. Physiol.*, 59, 451.
- Biggam, A. G., et al.: *Lancet*, 1932, 222, 922.

El objeto del hospital.—El enfermo es la razón de ser del hospital, luego, el objeto del hospital es cuidar bien a los enfermos. Enunciación tan sencilla es muy difícil de alcanzar. Podríamos agregar: el objeto del hospital es estudiar bien a los enfermos para llegar a formular un diagnóstico correcto y a prescribir un correcto tratamiento; pero esto no es todo. Es indispensable una alimentación especial y suficiente, es indispensable que la enfermera provea a sus cuidados con atención bondadosa y permanente, que ésta le haga sentir las ventajas del hospital, etc. Volveremos sobre esta materia que por ahora solo esquematizamos para declarar, desde luego, que el engranaje de servicios del hospital empieza en la administración, continúa en el cuerpo médico, sigue en la enfermera y termina en el mozo. Ahora bien, el hospital debe estar dotado en forma tal, que el personal de la institución pueda dar cumplimiento a todos los mandatos de la ética.—ARMANDO LARRAGÚBEL, "Ética Hospitalaria", 1933.

Noma en El Salvador.—Montes (*An. Hosp. B. Bloom*, 97, no. 2, 1933) apunta que muchas enfermedades infecciosas agudas son susceptibles de complicarse de noma, sobre todo el sarampión. Su serie comprende 10 casos en niños de 2 a 8 años de edad, en su mayoría desnutridos, ya por alguna enfermedad crónica o extenuante. La mortalidad llegó a 100 por ciento en la serie, aunque algunos enfermos llegaron ya casi moribundos.