

# INTOXICACIONES POR EL OPIO

Por la Sta. Emilia F. Olivera estudiante de  
Química Farmacéutica

**Generalidades.** — Pertenece el opio a un grupo muy particular llamado de los **venenos eufóricos**; es ésta una sustancia que al ser introducida en la economía no provoca allí ninguna aversión ni disgusto sino, por el contrario, un apetito y un placer mórbido. Extraña paradoja ésta, pues se nos ocurre pensar, al observarlo, en un error del instinto de conservación, el cual confundiría un veneno con un alimento. Existe conjuntamente una causa de orden psíquico que domina la patogenicidad de esta enfermedad; es el hecho de que lo más a menudo se trata de **intoxicaciones voluntarias**.

Mejor que la cocaína y el haschich, mejor que el alcohol, el opio es el tipo de los venenos eufóricos, pues produce en su más alto grado 4 efectos característicos: 1º) **Estado de bien-estar o euforia** que hace experimentar el veneno; 2º) **Acostumbramiento** el cual trae como consecuencia inmediata el acrecentamiento indefinido de la ración tóxica, que ha llegado en algunos casos de opiomanía a sobrepasar 200 y 300 veces la dosis tóxica para un hombre sano; 3º) **Estado de necesidad**, es lo que podríamos llamar el "hambre del veneno"; es una exigencia tiránica que lleva a renovar y multiplicar sin cesar las dosis de veneno. 4º) **Estado de abstinencia o de inanición**, del tóxico diario, que es mucho más peligroso y de funestas consecuencias más inmediatas que la privación de los alimentos normales. De aquí surge la extrema dificultad de romper el hábito tóxico, pues éste ya ha dejado de ser un elemento extraño en la economía para ser un elemento casi indispensable del metabolismo vital.

Es así, **que el veneno que ha atraído por el placer, retiene por el dolor**.

**Toxicidad del opio.** — El opio es un **veneno oriental** descubierto y propagado por los Arabes. Proviene, como ya todos conocemos del jugo concretado y recogido después de incisiones hechas en las cápsulas todavía verdes, del "papaver somniferum album" de la familia de la papaveráceas. Es una de las principales industrias asiáticas, China, India, Asia Menor, etc. Es un veneno complejo que contiene alrededor de 20 sustancias de las cuales 15 son alcaloides siendo de entre éstos bien conocidos sólo 6: morfina, codeína, tebaína, papaverina, narceína y narcotina. La morfina es el alcaloide que predomina, (alrededor de un 15 % en el opio de Asia

Menor) y además el de mayor virtud terapéutica. Claude Bernard ha hecho estudios muy interesantes sobre los animales con el objeto de establecer la distinta sensibilidad que experimentan éstos frente a cada alcaloide del opio, y además denunciar la acción específica de ellos. Así él pone los 6 alcaloides del opio más conocidos en orden decreciente de toxicidad frente al puro: tebaína, codeína, papaverina, narceína, morfina y narcotina. Además Cl. Bernard ha demostrado que la **morfina** y la **narceína** son **soporíficas y analgésicas**; tebaína, papaverina y narcotina, convulsivantes; codeína es mixta.

El opio es veneno del sistema nervioso por excelencia; así, en la serie animal su toxicidad es proporcional al desarrollo del sistema nervioso. Acentúa sobre todo sobre el sistema central, como analgésico, físico y psíquico. Pero no se limita sólo a aliviar sino que sumerge al paciente en una quietud tan dulce y profunda que recuerda a la felicidad. — **A dosis débiles** y pasajeras el opio actúa como **excitante y tónico** sobre el dinamismo nervioso (corazón y respiración, sentidos genitales); a dosis más fuertes y repetidas ejerce una acción **sedante y depresiva** sobre las mismas funciones, retiene las secreciones salvo los sudores, amengua los cambios y embota los fenómenos reflejos (amnesia, constipación, oliguria, anafrodisia, miosis, etc.).

Pouchet en su tratado de Farmacodinamia busca los equivalentes tóxicos de 0gr.01 de morfina con los preparados de opio más comunes; así encuentran que dicha dosis equivale a: 0gr.05 de extracto de opio, a 1 gr. de tintura de opio (56 gotas) o de láudano (43 gotas) o de polvos Dover, a 20 gr. de elixir paregórico o de jarabe de morfina, a 25 gr. de jarabe tebaico y a 100 gr. de jarabe de diacodio. El opio puede producir 2 clases de intoxicaciones: agudas y crónicas. Vamos a ver cada una de ellas por separado.

**Intoxicación aguda.** — Nosotros veremos las intoxicaciones masivas y rápidas debidas a un accidente crimen o tentativa de suicidio.

a) El envenenamiento agudo **accidental** se produce generalmente por **errores** cometidos en la dosis por el médico o el farmacéutico y otras veces, por el mismo paciente o por quien lo cuida. Existe un hecho de enorme importancia debido al cual se han producido la mayor cantidad de esta clase de

intoxicaciones por el opio y sus preparados, se trata de la **extrema sensibilidad que presentan los niños a la intoxicación por el opio**. Una sola gota de lándano administrada a un niño recién nacido puede llevarlo a la muerte. Pouchet aconseja no prescribir jamás opio durante los 2 primeros años de la vida; y Pinard avanza en este consejo prohibiendo la administración de preparados de opio a las mujeres en estado de gravidez.

Pouchet da como dosis mortal para un adulto 0gr.001 de  **morfina**  por  **kilogramos** , si esta dosis es absorbida en una vez por un individuo que no ha sido acostunbrado previamente.

b) El **envenenamiento agudo criminal**, es raro; únicamente se han visto casos frecuentes en Inglaterra, determinando gran número de infanticidios debido al conocimiento de que el opio es un veneno seguro y discreto para los niños.

c) El **envenenamiento agudo por tentativa de suicidio** se observa a menudo, debido a la facilidad con que se consigue el lándano. Pero, felizmente, por regla general, no pasa de tentativa, ya sea por insuficiencia de la dosis o bien por producirse enseguida vómitos copiosos.

**Semiología.** — Bronardel y Tardieu describen dos formas de intoxicaciones agudas: una forma **fulminante** y otra **aguda**.

1º) La **forma fulminante** puede ser debida ya sea a un exceso de la dosis tóxica o bien

a una extrema sensibilidad del sujeto. En esta forma se combinan la acción depresiva y narcótica del opio dando como resultado un **sueño comatoso** casi inmediato, respiración irregular, pulso débil, midriasis. En los niños es frecuente que sobrevengan convulsiones. La muerte llega rápidamente (de 3/4 de hora a 2 horas).

2º) **Forma aguda.** — Tiene una evolución que puede dividirse en dos períodos, uno de **excitación** y otro de **depresión**.

a) 10 minutos después de la inyección o 1/2 a 1 hora después de la ingestión comienza el período de **excitación**: el enfermo se pone irascible, no puede quedarse quieto, se agita, se siente perdido. Experimenta calor en la cabeza y en el cuerpo, su cara se pone roja, la mirada brillante con pupilas en miosis intensa y fuertes formas. Hay hiperesesia sensorial, auditiva y visual. Temblores, vértigos, subidos de oídos, sequedad en la boca, sed intensa; a menudo, sudores y erupciones papulosas o vesiculosas. Náuseas y vómitos. Pulso y respiración lenta, intermitente e irregulares. Oliguria, inercia intestinal. Luego sobreviene, aunque raras veces el delirio con alucinaciones visuales y auditivas y ansiedad violenta.

La **excitación** que produce el opio se distingue por su **lucidez**: no existe confusión ni delirio al despertar, cosa que se puede constatar despertando al enfermo e interrogándole.

---



---

# Agua Oxigenada CLAUSEN

---



---

**PUREZA GARANTIDA**

---

**VOLUMINAJE EXACTO**

---

b) Después de 1 ó 2 horas aparece el **2º período o período de depresión** que se manifiesta por una somnolencia progresiva análoga a la forma fulminante, luego coma. Respiración cada vez más lenta y ésta cortada por pausas, pulso rápido e irregular, hay tendencias al síncope. Anuria u oliguria, constipación tenaz y sudores abundantes - Hipotermia. Cara pálida con manchas, miosis extrema que en la agonía puede dar lugar a una midriasis. A veces sobrevienen convulsiones terminales en la cara, ojos y nuca. Muerte por síncope o asfixia en menos de 24 horas en los niños y al cabo de 1 día a día y medio en los adultos. A veces el enfermo despierta y parece salvado, después de algunas alternativas de adormecimiento y despertar sucumbe por muerte súbita al cabo del 3º, 4º o 5º día de intoxicación. Cuando el despertar es señal de convalecencia va acompañado de una crisis urinaria y sudores abundantes. Los síntomas persisten en el convalesciente; vómitos, constipación, albuminaria, hipotermia, desmayos, erupciones cutáneas.

**Diagnóstico.** — El coma provocado por el opio es análogo al producido por uremia o diabetes. Lo que da la pauta en estos casos son: la miosis interna, las intermitencias del pulso y de la respiración y la cianosis en placas de la cara. El análisis de la orina es un dato importante, siempre que se pueda hacer pues la misma intoxicación puede provocar una retención de orina; dicho análisis puede dar negativo en cuanto al azúcar y a la albúmina y positivo en cuanto a la morfina, entonces será un dato decisivo. Pero a veces el opio puede provocar glicosuria y albuminuria lo cual no permite aislar la morfina sino al cabo de algunas horas (por formación de Azul de Prusia con percloruro de Fe y ferrocianuro de K).

En caso de intoxicación por láudano, se constata la presencia de éste por el olor particular del aliento del enfermo y el color azafrán de la mucosa bucal y de los vómitos. Sabemos que el láudano se colorea con azafrán. Aun en casos de inyección de este preparado de opio, se han encontrado estos caracteres organolépticos en los vómitos y en el jugo gástrico extraído por sonda, debido a la rápida eliminación digestiva del veneno.

El **psico-diagnóstico** de la intoxicación opiácea tiene un gran valor, porque éste es el único veneno que puede presentar este conjunto de caracteres: excitación psíquica **lúcida**, somnolencia progresiva con inteligencia notablemente intacta, poca confusión y sin delirios al despertar. Los hipnóticos, tales como el veronal, a dosis masivas pueden provocar un cuadro análogo pero al despertar hay delirios, confusión, desorientación. Algo análogo pasa con ciertas enfermedades co-

mo la encefalitis letárgica y algunas formas de meningitis.

**Tratamiento.** — Es necesario recordar ante todo que el opio se elimina rápidamente por vía digestiva, por lo tanto, lo 1º que hay que practicar es el lavaje de estómago y si hay necesidad, lavaje intestinal, aun en el caso que el tóxico haya sido introducido por inyección. Para ayudar la eliminación del tóxico, se aconseja una punción lumbar o una sangría.

Es verdadero antídoto del opio la **cafeína**, por esto se aconseja darla al enfermo y además mucho café y té; también esparteína y aceite alcanforado como estimulantes cardíacos. Darle calor a las extremidades. **Ante todo hay que impedir al enfermo que se duerma**, con este objeto en Inglaterra se emplea el llamado "**método ambulatorio**" el cual consiste en forzar al enfermo a marchar aunque haya que sostenerlo o llevarlo a medias, recurriendo además a estimulantes cutáneos tales como, fricciones, flagelaciones y electricidad. Si se presume que pueda producirse un síncope respiratorio, es necesario practicar la respiración artificial.

Weir Mitchell aconseja como antídoto de la morfina la atropina, fundado solamente en la acción antagónica de las 2 sustancias sobre el iris del ojo. Bronardel contesta a esto diciendo que lo que hace es sustituir una intoxicación grave por otra más grave aun.

Moor aconseja como antídoto de la morfina el  $Mn O^4 K$  ya sea por vía oral (hasta 20 gr. de una solución de 1 en 200) o por vía inyectable (hasta 2gr.5 de una solución de 1 en 500). Esta sustancia neutraliza "in-vitro" la morfina por oxidación pero "in-vivo" parece tener poca eficacia. Speer recomienda con el mismo fin la nitro-glicerina.

Durante la convalecencia hay que suministrar al enfermo tónicos cardíacos tales como cafeína esparteína, digital, aceite alcanforado, pues queda expuesto a graves accidentes de síncope o de colapsos.

**Intoxicación crónica.** — En esta clase de intoxicaciones es necesario distinguir 2 elementos: **opismo y opiomanía**. Entendemos por la primera, el conjunto de accidentes producidos por el abuso prolongado del opio, lo cual da como resultado un estado tóxico con molestias progresivas de las funciones físicas y psíquicas, que va evolucionando hacia un período último de demencia y que puede llevar a la muerte. Es una patología adquirida de origen exógeno análoga a intoxicaciones como el saturnismo y el alcoholismo, de ahí su nombre de "**opismo**". Mientras que por **opiomanía** se entiende "la tendencia impulsiva al abuso del opio" provocando un estado psíquico particular que manifiesta el gusto por el veneno; es un efecto directo de la intoxicación que tiende a producir un estado

de **necesidad mórbido**. En los sujetos normales, bien equilibrados, este imperio tiránico no produce nada, pero en individuos cuya aptitud mental está inclinada, es decir, tienen una afinidad electiva por los tóxicos, una vocación innata por los "**paraísos artificiales**", el opismo se acrecienta y prolonga hasta comprometer la salud y la vida.

Es una patogenia de origen endógeno, donde juega un rol importantísimo la psiquis del individuo.

Es raro que el enfermo luche para disipar el pensamiento que lo domina, al contrario se abandona tanto más cuanto más toxicómano sea; si alguna angustia le atormenta no es recordando su vicio sino por temor de no poder satisfacerlo.

El opismo da la ocasión para que se establezca la opiomanía.

Acerca de este tema, la literatura ha sido fecundísima; recordamos, por ejemplo, la "Invocación al opio" de Thomas de Quincey quien escribe una oración lírica ensalsando la dulzura y sueños de los paraísos artificiales. Contrarrestando esto, recordamos también que Dante en su peregrinación por el "Infierno" encuentra un recinto reservado para los opiómanos sobre la portada del cual se leía, más o menos estas palabras: "Por mí se va a la ciudad de las lágrimas; por mí, al dolor eterno. Dejad toda esperanza tú que entras".

**Morfinomanía.** — Voy a tratar ahora uno de los capítulos más importantes de la toxicomanía, que ocupa una gran parte, quizá la mayor de las intoxicaciones provocada por los derivados del opio. Se trata de la morfinomanía. Aquí también debemos tener en cuenta dos conceptos: el **morfinismo** o sea el conjunto de accidentes provocados por el uso de la morfina, y la **morfinomanía** que es la necesidad irresistible de tomar morfina. Como en el caso de la opiomanía juega aquí un rol muy importante la disposición psíquica del individuo hacia el tóxico.

**Historia.** — La morfina fué descubierta en 1816 por el químico Leguin. Su fórmula bruta, que todos conocemos es:



En 1836 Lafargue de Sanit Emilión inaugura en terapéutica el procedimiento por inoculación aplicado especialmente para la morfina. Luego en 1855 Wood de Edimburgo cura las neuralgias con inyecciones sub-cutáneas sistemáticas de morfina y de láudano. Las intoxicaciones por la morfina fueron reconocidas primero en Alemania debido al abuso que se hizo de ella como medicamento en

la armada durante las guerras de 1866 y de 1870-71.

**Etiología.** — De una manera general podemos decir que la morfinomanía comienza en un individuo por causa de un dolor físico o moral, por voluptuosidad o bien por imitación. Las causas de la morfinomanía las podemos dividir en: **ocasionales y esenciales**.

A su vez las causas ocasionales pueden ser de varios órdenes: de **orden médico**, como prescripción terapéutica destinada a calmar un dolor muy vivo en ciertas enfermedades, tales como reumatismo crónico, neuralgias faciales, tabes, gota, el médico le inyecta al enfermo morfina, luego este mismo hace sus pinchazos y al cabo de unas semanas ya no puede pasar sin la inyección. Se ha vuelto un morfinómano. Dentro de este orden tenemos, en diferente sentido, la causa de la morfinomanía entre los médicos, farmacéuticos, parteras, enfermeros, etc., y es debido a la facilidad con que pueden ingerir dicho tóxico.

**De orden afectivo.** Como consecuencia de un desengaño, de un dolor moral muy grande, de la pérdida de un ser querido, van los sujetos en busca de la morfina como el único medio de olvidar sus penas. No es más que una forma atenuada de suicidio. Queda dentro de este orden aquellos que son llevados a la morfinomanía buscando en ella una felicidad que huyó, generalmente enfermos que tintentan corregir su desequilibrio por la intoxicación.

Dentro de estas causas ocasionales se encuentran los morfinómanos **por contagio**, o sea aquellos que por compañerismo, llevados por los encantos que le cuenta su compañero comienza y luego contrae tan terrible vicio.

Las **causas esenciales** de la morfinomanía deben buscarse en el espíritu, los sentimientos y el carácter del individuo. La morfina es el tóxico de elección de los **emotivos**, de los **imaginativos** y de los **contemplativos**. Ataca este vicio, a diferencia del alcoholismo, las clases elevadas o medianas de la sociedad más que las clases populares, los intelectuales y los artistas mucho más (médicos, hombres de letras, pintores, escultores, oficiales, hijos de familia, etc.). Se ha dicho que la morfina es el veneno de **degenerados superiores**.

**Técnica del morfinómano.** — Elije como asiento de sus picaduras los lugares más cómodos para su mano derecha, muslos, piernas, brazo, pared abdominal o torácica. Practica sus inyecciones en su domicilio y en todos los lugares donde lo acometa su estado de necesidad, del cual más tarde hablaremos. Así en una cena de amigos, encontrará el pretexto necesario para ausentarse unos mi-

nutos y darse su inyección; en la calle también buscará refugio para satisfacer su necesidad. Hacen en general sus picaduras con una precipitación impulsiva, una clase de glotonería tóxica que no es compatible con una desinfección minuciosa; llegan a veces a inyectarse a través de las ropas. Esto trae como consecuencia inoculaciones sépticas, abscesos que siguen un curso particular casi sin dolor, violáceas o lívidas con supuración prolongada dejando luego cicatrices muy notables. Estas cicatrices a veces en número de varias centenas, constituyen testigos clínicos que demuestran la existencia de la morfomanía. Las dosis diarias de los morfomanos son de 0 gr. 50 a 1 gr. Algunos prefieren inoculaciones espaciadas pero abundantes, otros las prefieren varias veces al día a dosis menores. Bronardel indica como dosis máxima 0.20 grs. por día. Hacen por lo general sus picaduras antes de acostarse en la noche y en el día en momentos variables de preferencia poco antes que tengan que hacer resaltar su personalidad; así el profesor antes de dictar su cátedra, el médico antes de efectuar sus visitas, etc. Existen casos aunque afortunadamente raros, que se inoculan la morfina en las venas del codo, lo hacen con el fin de encontrar el encanto voluptuoso de los primeros tiempos.

**Síntomas de la morfomanía.** — En la historia de esta intoxicación Chambard distingue 4 períodos: de iniciación, de excitación de estado y de caquexia.

1) **Período de iniciación:** Es la "luna de miel" del morfomano. Mientras que el hombre bien equilibrado gusta de las picaduras, del debilitamiento de su dolor, el tóxico cree encontrar allí el secreto de la felicidad. El se abandona a los placeres de los paraísos revelados, tanto más, cuanto que, como en la mayoría de los casos se la han dado para calmar un dolor agudo, pasa sin transición del Infierno al Cielo.

Esta euforia morfínica se analiza muy bien leyendo las memorias del Dr. Jacquet, quien para calmarse vivos dolores reumáticos, se inyectaba morfina, volviéndose morfomano en 15 días. El cuenta en su auto-observación que después del 2º ó 3er. minuto le sobreviene una suavidad muy dulce en las piernas, y luego en el cuerpo entero. Después del 5º al 6º se desvanecía el dolor, las preocupaciones y los acontecimientos; desde entonces comienza una alegría cerebral, el juego de las fuerzas intelectuales es más vivo, se cree más inteligente. Esto va acompañado de una calma física; el morfomano busca la soledad y el silencio para saborear mejor ese bienestar efímero.

En la euforia morfínica podemos encontrar dos órdenes: orden cenestésico y orden imaginativo.

**Orden cenestésico.** — La conciencia del organismo se identifica con la percepción de la felicidad. Hay un languidecimiento agradable, sentimiento de imponderabilidad física, de sublimidad intelectual, pérdida de la noción del tiempo. Es una alegría pasiva análoga a la que se encuentra en ciertos casos de idiotez y de demencia ya sea como consecuencia de enfermedades infecciosas avanzadas tales como tuberculosis en su último grado; ya sea en las diversas formas de éxtasis místicos como la percepción del Nirvana por los indúes.

**Orden imaginativo:** La imaginación reproductora se exalta; hay fácil asociación de ideas, acontecimientos que se creían olvidados se recuerdan, amplitud de combinaciones intelectuales, creaciones científicas y artísticas. Da pues, la ilusión del genio. La embriaguez morfínica no tiene nada de delirante ni alucinatorias.

2) **Período de excitación:** Este período falta en la mayor parte de los morfomanos. Se le observa de preferencia en los sujetos normales o casi normales deseosos de escapar a la tiranía del vicio. Tal fué el caso, que ya he narrado, del Dr. Jacquet que en menos de un mes logró dejar la morfina después de una lucha ansiosa. La mayoría de los morfomanos se abandonan a la tiranía de una sustancia tan celosa que se venga cuando se la deja; y cuando quieren escapar de sus males recurren a la voluntad de otro, ya sea un médico o una casa de salud.

3) **Período de Estado:** Este período aparece después de 2 ó 3 semanas de ingestión; cuando la dosis ha pasado de 0gr.20 el malestar del morfomano es doble.

Una serie de sufrimientos debido a la **intolerancia del organismo al uso de la morfina**, y por otra parte sufre un conjunto de molestias sintomáticas de un **estado de necesidad morfínica**, es la **intolerancia del organismo a la supresión del tóxico**.

Se crea así en el enfermo una alternativa angustiada pues se da cuenta que el dolor es inevitable.

La inyección de morfina aún aumentada no le traerá más la felicidad de las 1.ªs inyecciones pues ha perdido su virginidad morfínica. Entonces, el enfermo no se inyecta más para gozar sino que lo hace para no sufrir. Este período de estado se caracteriza por **signos físicos y psíquicos**.

Como **signos físicos** tenemos: **miosis** o sea pupilas estrechas reaccionando perezosamente a la luz, tendencia a la miopía. **Palidez:** La faz 1º blanca, después terrosa que junto con la miosis le dan a la faz del enfermo un aspecto característico. Además la delgadez y debilitamiento de todo el cuerpo, conjuntamente con los cambios que se operan en su persona en el término de un día, es

decir, ahora abatido, desesperado, al rato feliz, viene de hacerse una nueva inyección de morfina.

**Aparato digestivo:** falta de apetito, lengua blanca y constipación tenaz.

**Todas las secreciones,** a excepción de los sudores, son disminuídas; sequedad bucal, crinas raras y decoloradas, sin albúminas, aunque se han descrito albuminurias morfínicas. La presencia del azúcar en la orina es más rara aún, a menos que se trate de una intoxicación sobreaguda. Claude Bernard ha demostrado que el opio posee el poder de exaltar la función glicogenética del hígado, disminuyendo la secreción biliar. Las **secreciones genitales** son también disminuídas. La morfínomanía trae generalmente la esterilidad en ambos sexos; la gravidez es rara y cuando aparece es frecuente que termine en aborto. Si llega a un nacimiento normal, el niño perece prematuramente (tuberculosis, meningitis, etc.). Si se demorfíniza a la mujer durante la gravidez el niño es sensible a esto; cuanto nace es frecuente tener que administrarle láudano para evitar su muerte.

El **prurito** y las **erupciones diversas** parecen ser consecuencia de la eliminación de la morfina por la piel. La **circulación** se encuentra deprimida con aceleración del pulso; la **respiración** es irregular. Hay tendencias al síncope. La **temperatura** es normal o más baja, la fiebre morfínica que se ha constatado a veces, parece ser la consecuencia de las inoculaciones sépticas.

Como **molestias neurológicas** encontramos: no poder soportar el ruido y la luz, sensación de calor y fatiga al menor esfuerzo, dificultad en la marcha, temblores, dolores, insomnio.

Sabemos además que el morfínomano es menos resistente a los traumatismos e infecciones; así la mortalidad operatoria es muy grande, además es más grave en ellos la erisipela, pulmonía, etc.

**Los signos psíquicos** del morfinismo en el período de estado consisten en un embotamiento de la **inteligencia** y en una anestesia profunda del sentido **moral** y de la **voluntad**. La **inteligencia** presenta el siguiente cuadro: atención distraída, falta de memoria, imaginación exaltada creando proyectos y planos que nunca se harán ni se concluirán. Cuando hay confusión mental hay que pensar que el enfermo ha hecho una asociación de la morfina con otro tóxico, como alcohol, cocaína, éter, veronal, etc.

El **cuadro moral** es el siguiente: El enfermo se desinteresa progresivamente de sus afectos, deberes y honor. No conoce más ni parientes ni amigos, sólo tiene un Dios a quien rinde culto: la morfina. El deseo del veneno acapara su ser y subordina todos los otros instintos. Sobreviene en él un egoísmo feroz, se vuelve malo, perezoso y exigente. Un carácter notable y general es la tendencia a la mentira que tienen los morfínomanos, esto es aparte de la astucia que ellos deben desplegar para adquirir y conservar la droga.

La **voluntad** se anula, el enfermo asiste lúcido e impotente a su decadencia moral y física, todo esfuerzo penoso o acto de coraje para dejar el vicio, que se le ocurra, lo dejará para mañana.

4) **Período de caquexia.** — El morfinismo es una intoxicación relativamente benigna, crónica y curable casi hasta en su último estado. Si el enfermo ha controlado bien las dosis o posee una constitución física robusta, la salud general puede ser buena a pesar del aspecto agónico que presenta en el estado de necesidad. La verdadera caquexia comienza con las fallas de las funciones vitales: albuminuria, diarreas, vómitos, edemas, insuficiencia cardíaca con tendencia al colapso.

La muerte sobreviene por el hecho de una complicación en general; erisipela, gripe, neumonía, etc. O bien por tentativa de suicidio, lo más a menudo por dosis masivas de mor-

# BROMO MERCURIO

(dibromoxymercurifluorescesceína sódica)

## FARMACO URUGUAYO

Ovulos  
Bujías  
Tópico  
Solución acuosa  
Solución hidroalcohólica

Laboratorio Farmaco Uruguayo

EASTON Y Cía.

YI 1182

Montevideo

finca, que debido a su acostumbramiento puede llevar a la cura después de un coma prolongado.

**Abstinencia morfínica o amorfinismo.** — Cuando aparece el estado de necesidad, es una ocasión para el hombre bien equilibrado de deshacerse de un vicio del cual en estos momentos prevee las consecuencias, mientras que para el psicópata es un motivo imperioso de envenenamiento progresivo. Si se suspende la morfina bruscamente, durante varios días sobreviene una angustia que luego cede, genera en desarreglos orgánicos que pueden acarrear la muerte. Este estado de abstinencia se caracteriza por síntomas físicos y psíquicos. **Síntomas físicos:** estos signos son exactamente los contrarios del morfinismo, es decir: hipersecreción glandular, salivación, lágrimas, catarro nasal y brónquico. Diarreas acompañadas de vómitos ácidos y biliosos, siendo estos últimos síntomas las vías de eliminación de la morfina, especialmente el intestino. Hay excitación motriz y sensitiva, puntos dolorosos múltiples y cambiantes, el enfermo se queja de encontrarse como sobre espinas, insomnio rebelde, grandes espasmos y excitación sexual. En las pupilas aparece midriasis. Los más graves accidentes que sobrevienen son de carácter cardio-vascular; pulso a veces lento, otras veces rápido con intermitencias, tendencia al colapso y al síncope, a veces muerte súbita y otras después de un coma prolongado.

**Síntomas psíquicos:** El sistema nervioso alterado se manifiesta psíquicamente por inquietud, volubilidad, gritos, llantos, tendencia a las reacciones violentas tal como deseos de romper todo y de matar a todo el mundo. Se apodera del enfermo una angustia terrible e inquietud pues es el llamamiento del ser que se ve amenazado, su instinto de conservación le dice de su próximo fin. Es una verdadera tortura pues él sabe que con una sola picadura pasaría de los umbrales de la muerte a la calma paradisíaca que antes había saboreado. A veces se complican estos síntomas con alucinaciones con predominio visual, muy parecido al alcoholismo sub-agudo, es el "**delirium tremens amorfínico**" que se manifiesta por lucha contra enemigos imaginarios que le impiden apoderarse de la morfina.

El amorfinismo puede hacer del enfermo un alienado peligroso. En algunos individuos el amorfinismo se cumple con extrema facilidad bajo la influencia de estados psíquicos u orgánicos favorables, tales como el deseo de desintoxicación en vías de su próximo casamiento, etc.

Las causas de las molestias físicas del amorfinismo se encuentran todavía en la obscuridad, hay sobre esto varias teorías. Marme dice que la morfina genera en los tejidos

un veneno que es su propio antídoto, el óxido de morfina, el cual ejerce su acción tóxica desde el momento que no es más saturado por nuevas dosis de morfina. Parece, sin embargo, poco probable que un compuesto de la morfina pueda desencadenar en el organismo un síndrome amorfínico; parece más probable que se trate de un serio proceso biológico, traducido por un desequilibrio humoral. Chartres y Morat han esbozado una teoría basada en investigaciones sobre este estado, con todos los recursos de la técnica moderna; ellos han visto que mientras el morfinismo modifica apenas la fórmula sanguínea el amorfinismo provoca una polinucleosis seguida de mononucleosis y de eosinofilia, disminución de la resistencia leucocitaria, hiperglobulia y aumento de resistencia globular. Estos autores encuentran analogía con ciertas enfermedades infecciosas agudas.

**Diagnóstico de la morfinomanía.** — Existen 2 problemas a determinar: a) reconocer el **morfinismo** y b) reconocer el **amorfinismo**.

a) El morfinómano se reconoce a pesar de sus reticencias y negativas por los siguientes síntomas que ya he detallado ampliamente: miosis, rostro pálido y terroso, aspecto prematuramente senil, inapetencia y adelgazamiento; y como ya lo he dicho, en psicología característica: indolencia, apatía, inactividad, inercia, pereza, fatalismo; el hecho de ausentarse a determinadas horas con un pretexto fútil lo que trae como consecuencia su aspecto cambiante, malhumorado, irritable y después alegre, feliz, alerta. La constatación de cicatrices de los pinchazos sépticos y abscesos en formación son caracteres que dejan poca duda; además, el reconocimiento de la morfina en la orina cuando la dosis ha pasado de 0gr.10 por día; la pesquisa en muelas y vestidos permitiendo encontrar obleas vacías, jeringas, recetas médicas. La vigilancia del enfermo puede hacernos conocer si frecuenta a algún farmacéutico, o amigos morfinómanos, etc.

b) ¿Cómo reconocer el amorfinismo? Se presentan casos muy difíciles de discernir. Existen casos en medicina legal donde el acusado alega ser morfinómano y no lo es, o bien exagera su estado, entonces suprimiendo bruscamente la morfina aparecerán la serie de síntomas físicos y psíquicos característicos del amorfinismo. En otros casos aparece un enfermo en estado de coma, ¿cómo saber si es coma morfínico o amorfínico? Pues si bien los síntomas de los dos estados son completamente contrarios, al llegar al coma tienen una sintomatología común. Se autoriza en estos casos administrar al enfermo una inyección de morfina que sea poco tóxica (0gr.01) y a la vez suficiente para disipar la duda; si se trata de un coma morfínico éste

se agravará, si se trata de un coma amorfínico el enfermo mejorará.

**Medicina legal.** — El morfinómano cuando está en su estado de necesidad o lo prevee es capaz de todas las infracciones de la ley: robo, manifestaciones violentas, pudiendo llegar hasta el crimen. Para su acusación y fallo es necesario discernir si se trata de un estado morfínico o amorfínico.

Si se trata de un **caso de morfinismo**, es generalmente una causa **atenuante**; pero siempre hay que tener en cuenta si el enfermo queda lúcido o no, siendo necesario un hábil interrogatorio, dado que estos toxicómanos son disimuladores y mentirosos, alegando que sus robos o infracciones son con el fin de adquirir el tóxico, lo que no es más que legítima defensa pedida por su instinto de conservación. Un ejemplo de ello, es la cleptomanía, enfermedad psíquica que ellos alegan poseer para excusar sus robos.

**Terapéutica.** — El tratamiento es de dos órdenes: cura del morfinismo y cura de la morfinomanía.

**Cura del morfinismo o demorfinización.** — Se puede obtener por tres métodos: **brusco**, **lento** o **rápido**.

Cualquiera que sea el método elegido es necesario internar al enfermo con su consentimiento, en una casa de salud, porque en el curso de la demorfinización está expuesto a accidentes que necesitan inmediata asistencia médica y además para vigilar estrictamente todos sus movimientos y costumbres; el enfermo deberá estar aislado, prohibiéndole toda visita o correspondencia.

**Supresión brusca.** — Es una terapéutica brutal que tiene valor sólo para individuos jóvenes y vigorosos débilmente intoxicados (1). El 1.º día y los 2 ó 5 siguientes, pasan sin accidente notable pues el enfermo ha tenido cuidado de hacerle su adios a la morfina inyectándose una dosis suplementaria.

Luego aparecen reacciones violentas, gritos, rotura de objetos a su alcance, amenazas, furor, tendencia al suicidio, alucinaciones fugaces, diarreas coleriformes y síncope. Deben dársele al enfermo inyecciones tónico-cardíacas de esparteína y aceite alcanforado a altas dosis. Este método tiene la conveniencia de la rapidez; el período agudo no pasa de 6 días. Pero tiene 2 graves inconvenientes: es **penoso** y **peligroso**, recordando que el profesor Westphall murió en el curso de una demorfinización brusca o también llamada *snot-alemán*. Es sobre todo peligrosa para los individuos que tienen insuficiencia cardíaca o cardio-renal.

**Supresión lenta.** — Consiste en disminuir centígramo por centígramo la dosis de mor-

fina. Es el método menos bueno debido a que se necesitan semanas y a veces meses para conseguir la cura, lo cual trae como consecuencia la supresión de la resistencia moral del enfermo, además es tan penoso el principio como el fin de la demorfinización.

**Supresión rápida.** — Este procedimiento no exige más de 8 días a 1 mes y es el más aceptado entre los médicos y los enfermos. Las técnicas son diversas, pero entre ellas la más aconsejable es la siguiente: Suprimir en la 1ª inyección la mitad o los 3/4 de las dosis habituales y en las subsiguientes, disminuir progresivamente la dosis dando siempre el mismo número de inyecciones cada día y en las mismas horas, de preferencia antes de las comidas y del sueño para prevenir la anorexia y el insomnio. Como medicación se dará al enfermo aguas alcalinas contra las diarreas y los vómitos, y suero glucosado en caso de accidentes coleriformes. Contra el colapso, inyecciones de tónicos cardíacos como esparteína y aceite alcanforado. Además son indicados los diuréticos tales como cafeína, urotropina y teobromina y baños calientes de preferencia con un desinfectante, sobre todo cuando hay abscesos y baños de sol, los cuales favorecen la diuresis y la respiración.

Es muy necesario no tener al corriente al enfermo de los sufrimientos que le acometerán.

No se deberá recurrir como coadyubantes ni a los hipnóticos ni a los medicamentos sustitutivos tales como cocaína, heroína, etc.

**Cura de la morfinomanía.** — Es una cura mucho más difícil pues es muy frecuente la recidiva. Esta cura es mucho más radical cuanto la enfermedad tiene causas ocasionales ya sea una enfermedad, etc., pues cuando se trata de un psicópata que ha llegado a este estado por curiosidad, gusto por los tóxicos, etc., es sumamente difícil la cura. Más aun cuando la causa persiste, tal como enfermedad dolorosa, o bien cuando hay **asociación de tónicos** con cocaína, veronal, cloral o perversiones diversas asociadas. Después de la abstinencia, el médico debe contribuir con sus consejos y debe mantenerse aún por una larga temporada en una casa de salud; enseguida es necesario recomendarle alejarse de las causas de su enfermedad y cambiar de vida con ocupaciones regulares, influencia moral de parientes y amigos, higiene física y mental.

**Profilaxia de la morfinomanía.** — Es necesaria una profilaxia social y una profilaxia médica. Como **profilaxia social** existen todas las leyes concernientes a la venta de estupefacientes, y al control de recetas con estupefacientes.

Sería aun más eficaz si a esto se acompañara con una educación apropiada de los

(1) Consiste en la supresión total de la morfina.



jóvenes enseñándoles los perjuicios de tales hábitos.

**La profilaxia médica** consiste en prevenir la morfomanía terapéutica, no ordenando más que con reserva los opiáceos y en particular la morfina, dar inyecciones de morfina en casos graves, casi mortales; no dejar nunca que el enfermo mismo se haga sus inyecciones, ni los que lo rodean.

**FUMADORES DE OPIO.** — Los árabes privados del alcohol por Mahomet, habrían sido los primeros comedores, bebedores y fumadores de opio. En el siglo XV ellos introdujeron estos hábitos entre los chinos quienes a su vez lo propagaron por todo el Extremo Oriente. Actualmente se cuentan, 800 millones de individuos fumadores de tabaco y 400 millones de individuos fumadores de opio. Después este uso ha invadido algo las grandes ciudades occidentales, Londres, Hamburgo, Tolón, Marseille, etc. En París en 1914 se contaron más de 1200 fumadores de opio clandestinos. Por su modo de acción el opio está de acuerdo con los gustos asiáticos, pues su nirvana tóxica les trae la pasividad física que ellos gustan.

El fumador utiliza de ordinario el chandoo, que es el opio modificado y refinado por operaciones complejas entre ellas la fermentación, el opio se mejora envejeciendo, entre los mejores está el de Benarés y el de Junnan. **El material** que usa el fumador es todo un arsenal: pipas, torno, agujas, potes, lámparas, fuentes, pinzas, camas, kimonos, etc.

La pipa del fumador de opio tiene un tallo generalmente de bambú de 50 a 60 cms. de largo y una hornalla de 4 a 6 cms. de diámetro con una estrecha abertura destinada a recibir la bolita de opio. El material de que están hechos varía según la situación económica del fumador, las hay de cuerno, de ambar, marfil, oro, cobre, estaño, ébano, etc.

La **manera de obrar** del fumador es la siguiente: tendido sobre un sofá o cama o sobre una alfombra él toma en la punta de una aguja de metal (acero, plata, oro o platino) una pequeña cantidad de chandoo contenido en un pote especial; la pone sobre la llama de una lámpara de aceite teniendo cuidado que no hierva, llevándola a consistencia pastosa, la bolita se hincha, se dora y expande un perfume fuerte y penetrante. En este momento el fumador lleva la bolita a la hornalla de su pipa y retira despacio la aguja, la cual deja una perforación en la bolita. El fumador enciende entonces su pipa con la llama de la lámpara y apoyando su cabeza, de una aspiración o dos está fumada su pipa. Preparar una pipa a punto es todo un arte, así los fumadores, en Extremo Oriente, son generalmente asistidos por muchachos muy entrenados.

Una pipa carga de 1/4 a 1/2 gramo de

opio, los **pequeños fumadores** fuman de 10 a 20 pipas diarias; los **medianos** de 20 a 50 y los **grandes** de 50 a 100.

Se cuentan casos de pasar de 200 pipas diarias. El residuo del chandoo que queda adherido a la pipa es raspado y recogido, **es el dross**, o "chandoo del pobre", 4 ó 5 veces menos costoso pero mucho más tóxico pues contiene la mayor parte de la morfina, además apomorfina e hipomorfina.

El primer **dross** trae una embriaguez turbulenta, a menudo penosa, entrecortada por período de excitación brutal y fulminante. A menudo se agrega al **dross** el baschich. (1).

**Etiología.** — Las causas ocasionales de esta práctica es ante todo por contagio y sobre todo por la disposición psíquica del individuo. Algunos autores sostienen que la práctica de fumar una dosis moderada de opio (10 a 20 pipas diarias) no es más nocivo que el uso del tabaco, pero debemos recordar que el opio trae un **estado de necesidad más rápido** y más imperioso que el tabaco. El Asia paga al opio un tributo de miseria y muerte sólo comparable a los estragos por el alcohol en Europa. Los síntomas se agravan cuando se trata del **dross** y el hachich que generalmente es mezclado a aquel, dan reacciones violentas que pueden llevar a cualquier delito y al crimen.

Anímicamente se explica la nocividad de la fumada de opio por la inhalación de la morfina, sin embargo, sólo se inhala 1/8 de ella pues la temperatura de combustión del opio (250°) destruye una gran parte de ella y forma bases pirídicas.

**Efectos clínicos.** — Son en su conjunto comparables a los que, ya he dicho, de la morfina. El fumar opio es la forma de opismo menos tóxica y también la más eufórica y estimulante para la imaginación. **Euforia.** Salvo las 1.ªs inhalaciones que traen malestares análogos a los primeros cigarrillos, viene un estado que se caracteriza por sensación de ligereza, de inmaterialidad, de fuerza intelectual y psíquica, bienestar, olvido de los males, impresión de que todos los deseos son satisfechos. La imaginación se exalta de manera desigual según los gustos y aptitudes del fumador. El oído y la vista se vuelven muy delicados y extremadamente sensibles.

La intoxicación crónica, puede llevar a un estado de demencia. La caquexia es profunda, un adelgazamiento extremo con la cara descarnada y lívida, los ojos en miosis intensa, los labios violetas, la boca sin dientes, la palabra débil y pastosa, marcha penosa, ape-

(1) Entonces la embriaguez se manifiesta por una locura que hace que el enfermo corra por las calles matando a las personas que encuentra, es lo que se llama "correr el Amok".

tito y sueño casi nulo, la capacidad sexual está abolida. Primero hay una constipación rebelde y luego aparece diarrea, a la miosis del principio sigue una midriasis que es la señal de una muerte próxima, lo más amenudo por síncope cardíaco.

La decadencia moral es paralela a la física; impulsivo, mentiroso, ladrón, olvida todos sus deberes y cuidados corporales; el fumador de opio agoniza en la miseria abandonado de los suyos y generalmente se suicida fumando hasta la muerte.

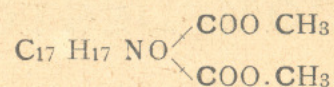
En cuanto a **Medicina legal, tratamiento y profilaxia** de los fumadores de opio es casi lo mismo que he dicho para los morfínomas.

**Comedores y bebedores de opio.** — La opiofagia se encuentra sobre todo entre los musulmanes, en occidente sólo se observa como consecuencia de una terapéutica analgésica en el curso de una afección dolorosa crónica (neuralgia, reumatismo, etc.). Los opiófagos en Asia Menor son llamado thériakis, ellos usan píldoras llamadas "de la alegría" entre los persas, y "Presente de Dios" entre los árabes, generalmente asociado en ellas el opio a sustancias aromáticas, eufóricas y afrodisíacas. Los bebedores de opio generalmente son bebedores de láudano en Europa; en Persia ellos consumen kokenaar que es una decocción de cápsulas de amapolas.

El opio tomado por ingestión es más somnífero y ejerce una acción electiva sobre el intestino; no produce alucinaciones ni delirio, en los casos que ésta se produce es debido al haschich que es el responsable de esa

excitación violenta y egresiva.

**Heroínomanía.** — La heroína, como sabemos, es la diacetil-morfina



que es menos hipnótica y más convulsivante que la morfina. Posee una toxicidad 5 veces más elevada que aquella y trae un acostumbramiento más rápido y un estado de necesidad más imperioso. Ha nacido la heroínomanía de haber sido propuesta como sustituto de la morfina en el curso de la demorfinsación.

Es el analgésico electivo de la disnea producida por el asma; no tiene fase inicial de intolerancia, a la disnea da lugar una euforia respiratoria; pero en pocos días se acostumbra el enfermo y va creciendo la dosis que puede alcanzar hasta 0gr.20. Los síntomas físicos y psíquicos son los mismos que en la morfínomanía pero más fuertes.

La cura se hace substituyendo la heroína por la morfina y luego se hace una demorfinsación.

**Bibliografía.**—

"Nouveau traité de Médecine" por Roger, Widal y Teissier. — Tomo VI.

"Opium, morphine et cocaïne" por Bronardel.

"The confessions of an english opium-cater" por Thomas de Quincey.

"Toxicologie" por Ogier y Kohn Abrest.

"Toxicologie" por Barthe.

## Surtido completo de Artículos para Laboratorio

Unicos importadores de los microscopios de  
E. LEITZ-WETZLAR (Alemania)

Colorantes y reactivos de:  
Dr. Glübler y Co. - Leipzig  
E. MERCK, Darmstadt

**CARLOS STAPFF & Cía.**

URUGUAY 826

MONTEVIDEO