

- 1 -

"LAS TOXICOMANIAS: SU IMPORTANCIA SOCIAL Y EL CONCEPTO
MODERNO DE SU TRATAMIENTO".-

-----0000000000-----

AUTOR: JOSE ALBERTO ITZIGSONHN.-

PADRINO DE TESIS:

Profesor Dr. JULIO R. OBIGLIO.-

- Año 1952 -

MINISTERIO DE EDUCACION

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

NOMINA DE LAS AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD:

Rector:

Prof. Dr. CARLOS PASCALI.-

Vice-Rector:

Dr. PEDRO GUILLERMO PATERNOSTO.-

Secretario General:

D. CARMELO PUCCIARELLI.-

Secretario Administrativo:

.....

Contador General:

.....

CONSEJO UNIVERSITARIO TITULAR:

Prof. Dr. DIEGO M. ARGUELLO

Prof. Dr. RODOLFO ROSSI

Prof. Dr. JOSE F. MOLFINO.-

Prof. Dr. PEDRO GUILLERMO PATERNOSTO.-

Prof. Dr. CARLOS MARIA HARI SPE.-

Prof. Dr. HORIS DEL PRETE.-

Prof. Dr. BENITO PEREZ.-

Prof. Dr. EUGENIO MORDEGLIA.-

Prof. SILVIO MANGARIELLO.-

Prof. ARTURO CAMBOURS OCAMPO.-

Dr. CARLOS BIGGERI.-

Ing. Agr. MANUEL UCHA UDABE.-

Ing. Agr. JOSE MARIA CASTIGLIONI.-

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

-----00000000000-----

AUTORIDADES DE LA FACULTAD:

Decanos:

Prof. Dr. DIEGO M. ARGUELLO.-

Vice-Decanos:

Prof. Dr. RODOLFO ROSSI.-

Secretario:

Prof. Dr. FLAVIO J. BRIASCO.-

Oficial Mayor a Cargo de Prosecretaría:

D. RAFAEL LAFUENTE.-

-----00000000000-----

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES HONORARIOS:

Dr. Rophille Francisco

Dr. Greco Nicolás V.

Dr. Soto Mario L.-

-----000000000000-----

PROFESORES TITULARES:

Dr. Arguello Diego M. - Cl. Oftalmológica

Dr. Baldassare Enrique C. - F.F. y T. Terapéutica

Dr. Bianchi Andrés C. - Anatomía y F. Patológicas

Dr. Caeiro José A. - Patología Quirúrgica

Dr. Canestri Inocencio F. - Medicina Operatoria

Dr. Carratalá Rogelio F. - Toxicología

Dr. Carreño Carlos V. - Higiene y Medicina Social

Dr. Cervini Pascual R. - Cl. Pediatría y Puericultura

Dr. Corazzi Eduardo S. - Patología Médica Ia.

Dr. Christmann Federico E.B. - Cl. Quirúrgica IIa.

Dr. D'Ovidio Francisco R.E. - Pat. y Cl. de la Tuberculosis.-

Dr. Echave Dionisio - Física Biológica

Dr. Errecart Pedro L. - Cl. Otorrinolaringológica

Dr. Floriani Carlos - Parasitología

Dr. Gandolfo Herrera Roberto I. - Cl. Ginecológica

Dr. Gascón Alberto - Fisiología y Psicología

Dr. Girardi Valentín C. - Ortopedia y Traumatología

Dr. González Hernán D. - Cl. de Enf. Infecciosas y P.Tropical.-

Dr. Irigoyen Luis - Embriología e H. Normal.-

Dr. Lambre Rómulo R. - Anatomía Ia.-

PROFESORES TITULARES (continuación):

- Dr. Loudet Osvaldo - Cl. Psiquiátrica
Dr. Lyonnet Julio H. - Anatomía IIa.
Dr. Maciel Crespo Fidel A. - Semiología y Cl. Proped.
Dr. Manso Soto Alberto E. - Microbiología
Dr. Martínez Diego J.J. - Patología Médica IIa.
Dr. Mazzei Egidio S. - Cl. Médica IIa.
Dr. Montenegro Antonio - Cl. Genitourrológica
Dr. Monteverde Victorio - Cl. Obstétrica
Dr. Obiglio Julio R.A. - Medicina Legal.-
Dr. Othaz Ernesto L. - Cl. Dermatosifilográfica
Dr. Rivas Carlos I. - Cl. Quirúrgica.-
Dr. Rossi Rodolfo - Cl. Médica Ia.
Dr. Sepich Marcelino J. - Cl. Neurológica
Dr. Uslenghi José P. Radiología y Fisioterapia.-

-----000000000000-----

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES ADJUNTOS:

- Dr. Aguilar Giraldes Delio J - Cl. Pediatría y Pueric.
Dr. Acevedo Benigno S. - Química Biológica
Dr. Andrieu Luciano M. - Cl. Médica 1ra.-
Dr. Barani Luis Teodoro - Cl. Dermatosifilográfica
Dr. Bach Víctor Eduardo A. - Cl. Quirúrgica 1ra.
Dr. Baglietto Luis A. - Medicina Operatoria
Dr. Baila Mario Raúl - Cl. Médica 2da.-
Dr. Bellingi José - Pat. y Cl. de la Tuberculosis
Dr. Bigatti Alberto - Cl. Dermatosifilográfica
Dr. Briasco Flavio J. - Cl. Pediatría y Pueric.
Dr. Calzetta Raúl V. - Semiología y Cl. Propedéutica
Dr. Carri Enrique L. - Parasitología
Dr. Cartelli Natalio - Cl. Genitourrológica
Dr. Cástedo César - Neurológica
Dr. Castillo Odena Isidro - Ortopedia y Traumatología
Dr. Ciafardo Roberto - Cl. Psiquiátrica
Dr. Conti Alcides L. - Cl. Dermatosifilográfica
Dr. Correa Bustos Horacio - Cl. Oftalmológica.-
Dr. Curcio Francisco I. - Cl. Neurológica
Dr. Chescotta Néstor A. - Anatomía 1ra.-
Dr. Crocchi Pedro A. - Radiología y Fisioterapia.-
Dr. Dal Lago Héctor - Ortopedia y Traumatología
Dr. De Lena Rogelio E.A. - Higiene y Medicina Social
Dr. Dragonetti Arturo R. - Higiene y Medicina Social
Dr. Dussaut Alejandro - Medicina Operatoria.-
Dr. Dobric Beltrán Leonardo L. - Pat. y Cl. de la Tuberculosis.-
Dr. Fernández Audicio Julio César - Cl. Ginecológica.-

PROFESORES ADJUNTOS (continuación);

- Dr. Fuertes Federico - Cl. de Enf. Infecciosas y Pat.
Tropical.-
- Dr. Garibotto Román C. - Patología Médica 2da.-
- Dr. García Olivera Miguel Angel - Medicina Legal
- Dr. Giglio Irma C. de - Cl. Oftalmológica
- Dr. Giroto Rodolfo - Cl. Genitourológica
- Dr. Gotusso Guillermo C. - Cl. Neurológica
- Dr. Guixá Héctor Lucio - Cl. Ginecológica
- Dr. Gorostazu Carlos María C. - Anatomía Ira.
- Dr. Ingratta Ricardo N. - Cl. Obstétrica
- Dr. Imbriano Aldo Enrique - Fisiología Psicológica
- Dr. Lascano Eduardo Florencio - Anatomía y F. Patoló-
gicas.-
- Dr. Logascio Juan - Patología Médica Ira.-
- Dr. Loza Julio César - Higiene y Medicina Social.-
- Dr. Lozano Federico S. - Cl. Médica Ira.-
- Dr. Mainetti José María - Cl. Quirúrgica Ira.-
- Dr. Martini Juan Livio - Cl. Obstétrica.-
- Dr. Manguel Mauricio - Cl. Médica 2da.-
- Dr. Marini Luis C. - Microbiología.-
- Dr. Martínez Joaquín D.A. - Semiología y Cl. Proped.
- Dr. Matusevich José - Cl. Otorrinolaringológica
- Dr. Weillij Elías - Pat. y Cl. de la Tuberculosis
- Dr. Michelini Raúl T. - Cl. Quirúrgica 2da.-
- Dr. Morano Brandi José F. - Cl. Pediatría y Pueric.-
- Dr. Moreda Julio N. - Radiología y Fisioterapia
- Dr. Nacif Victorio - Radiología y Fisioterapia.-
- Dr. Naveiro Rodolfo - Pat. Quirúrgica.-
- Dr. Negrete Daniel Fugo - Patología Médica.-
- Dr. Pereyra Roberto F. - Cl. Oftalmológica.-

PROFESORES ADJUNTOS:(continuación).-

Dr. Prieto Elías Herberto - Embriología e F. Normal (a cargo del Curso).-

Dr. Prini Abel - Cl. Otorrinolaringológica

Dr. Penín Raúl P. - Cl. Quirúrgica Ira.

Dr. Polizza Amleto - Medicina Operatoria

Dr. Ruera Juan - Patología Médica Ira.-

Dr. Sánchez Héctor J. - Patología Quirúrgica

Dr. Taylor Gorostiaga Diago J.J. - Cl. Obstétrica

Dr. Torres Manuel M. del C. - Cl. Obstétrica

Dr. Trinca Saúl E. - Cl. Quirúrgica 2da.-

Dr. Tau Ramón - Semiología y Cl. Propedéutica.-

Dr. Tosi Bruno - Cl. Oftalmológica.-

Dr. Tropeano Antonio - Microbiología

Dr. Tolosa Emilio - Cl. Otorrinolaringológica

Dr. Vanni Edmundo C.F.U. - Semiología y Cl. Proped.

Dr. Vázquez Pedro C. - Patología Médica 2da.-

Dr. Votta Enrique A. - Patología Quirúrgica

Dr. Zabudovich Salomón - Cl. Médica 2da.-

Dr. Zatti Herminio L.M. - Cl. Enf. Infec. y P. Tropical

Dr. Rosselli Julio - Cl. Pediatría y Puericultura.-

Dr. Schaposnik Fidel - Cl. Médica 2da.-

Dr. Caino Héctor Vicente N. - Cl. Médica Ira.-

Dr. Cabarro Arturo - Cl. Médica Ira.-

-.-.-.-.-.-

A mis padres y a mi esposa.-

-.-.-.-.-.-

A los Señores Profesores Dres. D. JULIO
R. OBISLIO y ROGELIO CARRATALA, con todo
respeto.-

-----000000000000-----

LAS TOXICOMANIAS: SU IMPORTANCIA SOCIAL Y EL CONCEPTO
MODERNO DE SU TRATAMIENTO

- Introducción -

Las toxicomanías son tan antiguas como la historia de la humanidad. La práctica de ingerir drogas para procurarse un placer artificial, ha dejado rastros que se revelan en la investigación arqueológica, así como en el estudio de los pueblos primitivos contemporáneos. Se encuentran también estas prácticas a lo largo de todo el camino recorrido por nuestra civilización.-

En la Edad Antigua el alcohol y los narcóticos jugaban un papel importante en algunas ceremonias religiosas; en la ignorancia de la causa real del proceso de excitación, esto era interpretado muchas veces como manifestación de la presencia de una fuerza mágica en el individuo.-

En períodos ya más avanzados, los distintos tóxicos que tenían un carácter regional, se difundieron siguiendo las rutas de los grandes imperios, como el Romano, y este proceso de difusión continuó en la Edad Media, pese a la disolución de muchos vínculos culturales y comerciales.-

Posteriormente, los viajes y descubrimientos de la Edad Moderna, trajeron, junto al intercambio creciente de culturas y mercaderías, una difusión cada vez mayor del alcoholismo y de las toxicomanías. Puede servir como ejemplo la compra de Long Island, asiento actual de parte de la ciudad de Nueva York y cuyo precio, pagado a los indios, fué media dawajuana de Whisky. El alcohol fué a

la par de la viruela, el sarampión y la sífilis, uno de los elementos que estragaron a las poblaciones indígenas de América, Oceania y África.-

La peligrosidad del estado de excitación creados por el alcohol y las drogas, fué bien pronto aprovechado con fines militares y políticos. Desde la horda primitiva que se emborrachaba antes del combate, hasta el extraño ejército de criminales llamados adeptos del hashish o "hashashin", raíz etimológica de nuestra palabra "asesino". Esta secta fué creada por un caudillo curdo medieval, quién se valía de campesinos intoxicados con hashish para eliminar a los potentados rivales.

En el Siglo XIX, la producción y el comercio de estupefacientes llegó a un grado tal que originó guerras de la más cruda génesis económica.-

El más notable de estos conflictos, fué la llamada guerra del Opio, librada contra China en 1840 para obligarla a reabrir la importación de opio de la India.

En nuestro siglo, los alcaloides jugaron un papel importante en los planes de genocidio, como se denominó al exterminio nacional en masa.-

Fuó en especial durante la pasada guerra y en Manchuria y China, donde se difundió de exprofeso el hábito de fumar opio con el objeto de degradar y amingrar en número y fuerza, a los pueblos de esas regiones.-

Esta continua progresión histórica de las toxicomanías fué denunciada por filósofos y moralistas.- Las distintas legislaciones religiosas denunciaron el abuso

del alcohol y Mahoma llegó a prohibir, totalmente el vi.
no. Sin embargo, es recién nuestra época, la que junto
a una gravedad sin precedentes del problema, posee los
recursos terapéuticos y de organización, capaces de con-
trolar y llevar a una desaparición gradual a las toxi-
comanías.-

-----000000000000-----

RESUMEN DE LAS DROGAS MAS IMPORTANTES, DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LAS TOXICOMANIAS, Y DE SUS EFECTOS PRINCIPALES.-

Como paso previo al estudio de los modernos medios de lucha contra las toxicomanias, es menester una enumeración, aunque suscita de las principales sustancias de las cuales se valen los toxicomanos.-

Entre las más difundidas, figura el alcohol. Se lo halla por doquier en forma de bebidas destiladas y fermentadas, con o sin el agregado de esencias. Su abuso da lugar a manifestaciones agudas, sub-agudas y crónicas.-

Las manifestaciones agudas pueden revestir la forma de episodios de tipo maniaco, confusional, amnésico, delirante, oníricos, alucinatorios, cuya importancia es obvia, sin desmedro de la importancia de las formas sub-agudas y crónicas, psicosis de Korsacoff, formas dementiales, etc., que constituyen un porcentaje importantísimo dentro de los internados en los hospitales psiquiátricos.-

Además de sus manifestaciones sobre la psiquis, el abuso del alcohol predispone a todo género de enfermedades y de acuerdo a las estadísticas de las compañías de seguros, es la causa principal de la muerte prematura y una causa muy frecuente del accidente industrial.-

En la fisiopatogenia de la acción del alcohol, interviene por una parte la condición de veneno protoplasmático que afecta en especial al hepatón y a las grandes células piramidales de la corteza, y por otra, su

acción indirecta al reemplazar por su valor calórico, la ingesta de alimentos ricos en amino-ácidos y vitaminas.-

Las bebidas con esencias, tales como el ajeno, agregan a la acción del alcohol un efecto convulsivante y estupefaciente que configura el llamado síndrome de absinthismo. La marcada peligrosidad de estas bebidas ha determinado su prohibición en muchos países.-

Merece una consideración especial, la importancia del alcohol en los accidentes de tránsito, el llamado alcohol-accidente, de gran interés médico legal.-

En el accidente automovilístico intervienen como factores principales el conductor, la máquina y el peatón, además de otras circunstancias extrínsecas, tales como el estado de caminos, la visibilidad, etc. En el conductor importan en especial el carácter y sus condiciones psicofisiológicas. Un carácter maduro le permitirá controlar sus impulsos, moderar la velocidad, tomar en cuenta los reglamentos y la seguridad de otras personas. Una buena reacción psicomotriz, le permitirá reaccionar en forma atinada y justa en las situaciones de peligro. Resultan peligrosos tanto un conductor de altas dotes de carácter y psicomotricidad inferior, como otro de buenas condiciones psicofísicas pero limitado en su respeto por el prójimo y en el dominio de sus impulsos.-

En el peatón importan la capacidad de atención, la rapidéz de reacción y el respeto por las normas.-

Todas estas condiciones pueden ser alteradas y

anuladas por el alcohol. Con un automovilista que tiene alterados el tiempo de reacción, la atención, la apreciación de la velocidad y la precisión de movimientos, los accidentes se hacen mucho más probables, y esta regla abarca también al peatón.-

Las estadísticas policiales demuestran el alto porcentaje de alcoholizados entre los causantes de accidentes de tránsito, y es de interés médico legal el poder identificarlos. Para ello se recurre habitualmente a la toma de muestras de sangre, orina y saliva. Estos métodos tienen el inconveniente de requerir la presencia inmediata de un personal técnico, cuya tardanza puede originar demoras en la toma de las muestras y falsar los resultados. Ofrece ventajas el método creado por HARGER, LAMB y HULPIE, en los EE.UU. y aplicado por vez primera en la Argentina, por los Doctores CARATALA y VUCETICH. Este método consiste en el análisis del aire espirado, que se recoge en balones de goma de fácil distribución y manejo, al alcance del personal no especializado. Una vez remitida al laboratorio, la muestra de aire es hecha pasar a través de una mezcla de una solución de permanganato de potasio y ácido sulfúrico. El permanganato vira del rojo al amarillo grisáceo en presencia del alcohol. Esta técnica permite a la vez, un análisis cuali y cuantitativo.-

Interesa conocer las llamadas dosis "judiciarias" de alcohol, la proporción de alcohol en sangre lograda por los diversos procedimientos de obtención, que en algunos países como Suecia, Alemania, Suiza, están ofi

cializados. Se considera que la zona médico legal abarca de 0.2 a 0.4%, lo que equivale a una borrachera superficial 0.2 a 0.3% o embriaguez 0.3 a 0.4%. Con más de un 0.4% se provoca una embriaguez profunda que puede llevar al coma y a la muerte.-

Hay que tomar en cuenta que algunas personas predisuestas pueden presentar manifestaciones de incoordinación psicomotriz, con concentraciones de sólo 0.1%.
Opio y sus derivados: Después del alcohol, sigue en cuanto a difusión universal el opio y sus alcaloides naturales y sintéticos. La planta de la cual se extrae el opio, la adormidera, *Papaver Somniferum*, es originaria de Asia Menor y Egipto, donde era cultivada y utilizada en especial por los sacerdotes de Tebas, origen geográfico del adjetivo "tebaico" aplicado a los preparados de opio. Desde sus lugares de origen el uso del opio se difundió por una parte hacia Grecia y Europa Occidental y por otra, hacia Oriente. Hay que destacar que si bien hoy día la idea de fumar opio se relaciona de inmediato con China, éste país tardó relativamente mucho en contaminarse y fué víctima del Tráfico organizado por los europeos. Un ejemplo del peso de los intereses creados, es el problema que estamos considerando.-

A partir del descubrimiento de la morfina y de su ulterior difusión, siglo XIX, el opio fué reemplazado en los países occidentales por éste, el más importante de sus alcaloides naturales. El gran efecto analgésico de la morfina, fué la base de su enorme difusión terapéutica, lo que no deja de ser un arma de doble filo. El

célebre KRAEPELIN, dijo al respecto que si no hubiera médicos habría muchos menos morfímanos, lo que constituyó una advertencia contra el uso indiscriminado de la morfina.-

Los efectos de la morfina sobre el organismo, son múltiples, pero el que más interesa, desde el punto de vista de las toxicomanías, es la narcosis, acompañada de **ensueños agradables** y de la desaparición de los temores y angustias, que pueden aquejar al ser humano.

La dependencia de la acción del tóxico se constituye en forma más o menos rápida, según la predisposición. Esta dependencia, al principio predominantemente psíquica, se transforma pronto en una sujeción física a la droga. Los habituados resisten cantidades cada vez mayores del alcaloide, llegando a soportar cantidades capaces de causar la muerte de una persona no habituada.- El mecanismo fisiológico de esta tolerancia aumentada no se conoce bien aún, pero se han comprobado una serie de cambios metabólicos en el organismo de los habituados. Existe un aumento en la eliminación de las bases púricas y del ácido fosfórico, una mejor fijación del nitrógeno, perturbaciones en el metabolismo de las grasas, adelgazamiento, aumento del consumo de glucosa e hipervagotonia. Es característico el estreñimiento pertinaz, interrumpido por despeños diarreicos, estreñimiento que se debe al aumento del tonismo de las fibras musculares lisas, del tracto gastrointestinal.-

Han sido descriptas cuatro etapas en la sujeción

del individuo por las toxicomanías. La primera es la sensación de euforia, bienestar; la segunda, la habituación o sea la dependencia psíquica; la tercera, el estado de necesidad o dependencia física; la cuarta, el estado de abstinencia, que consiste en un cortejo de síntomas muy manifiestos que aparecen cuando no se suministra el tóxico en la cantidad y ritmo habituales.-

Los estados de necesidad y abstinencia pueden ser reproducidos experimentalmente en el perro, lo que confirma la importancia de los factores físicos en esta toxicomanía.-

En el hombre el estado de abstinencia ó síndrome de supresión, puede ser débil, moderado ó grave. Comienza con lágrimas, estornudos, bostezos, temblor y falta de apetito. Luego puede presentarse fiebre, polipnea, insomnio, diarrea y vómitos. Estos síntomas denotan la hiperexcitabilidad y el trastorno del sistema vegetativo, y se acompañan de un gran desasosiego psíquico. Los enfermos se quejan, gritan y pueden tornarse agresivos y peligrosos; se citan casos de muerte de enfermos constitucionalmente débiles, atribuidas a la intensidad de los estímulos vegetativos sobre el corazón.-

La peligrosidad de este síndrome de supresión, ha hecho que los tratamientos basados en la supresión brusca del tóxico, cedieran su lugar a los que emplean una supresión gradual. El plan de estos métodos será descrito al hablar de terapéutica.-

La vía usual de administración de la morfina, es la administración hipodérmica, lo que causa el aspecto ca-

racterístico de la piel de los habituados. Esta se presenta cubierta de cicatrices consecutivas a abscesos - causados por la falta de asepsia en las inyecciones. La eliminación del tóxico se hace principalmente a través de la orina, pero intervienen también otros humores, tales como la leche; las mujeres que amamantan pueden transmitir el tóxico a sus hijos, lo que es grave por la extrema sensibilidad del centro respiratorio de los lactantes, para la morfina. En la literatura médica se citan también casos de transmisión del tóxico por vía placentaria, con la aparición subsiguiente de un estado de necesidad en el recién nacido.-

Los otros alcaloides naturales del opio, tanto los pertenecientes al grupo fenantrénico, como los del grupo bencil-iso-quinolínico, tiene poca importancia en las toxicomanías. Se han citado algunos casos de habituados a la codeína pero son muy poco frecuentes.-

En cambio, los alcaloides sintéticos tienen mucha importancia, siendo el más peligroso de ellos la heroína, que tiene más adeptos en algunos países, como EE.UU. que la misma morfina.-

La heroína es la diacetil-morfina, y aunque su producción está muy restringida, puede ser obtenida por los toxicomanos en su propio domicilio, haciendo actuar al anhídrico acético sobre la morfina.-

Son característicos de la heroína la rapidez con que se llega a la habituación y la intensidad del efecto psíquico; el habituado a la heroína no tiene tendencia a la ensoñación y al reposo como el morfímano, sino que es presa de alucinaciones y muestra inclinación

a cometer actos violentos, lo que aumenta su peligrosidad.-

Otro derivado sintético de la morfina de importancia toxicológica, es el dilaudid ó di-oxi-morfinona, diez veces más activo que la morfina en la sedación del dolor y con un efecto euforístico menos evidente.- Estas características de dilaudid hicieron nacer la esperanza de poder emplearlo en sustitución de la morfina y sin los peligros de ésta. Infortunadamente, la experiencia posterior con el dilaudid demostró que éste también produce vicio y que su empleo debe estar sujeto a las mismas restricciones que el de la morfina.-

La búsqueda de analgésicos capaces de suplantar a la morfina llevó al descubrimiento de la Dolantina, y de sus derivados: Petidina, Dispadol, etc.-

La Dolantina es el ester etílico del ácido 1-metil-4-fenilpiperidina-4-carboxílico. Es un compuesto que produce una marcada acción analgésica y antiespasmódica, pero, a la par de sus derivados, produce también habituación y toxicomanía.-

Otro tanto, puede decirse del grupo de analgésicos derivados de la Metadona.-

Cocaína: Es éste otro de los tóxicos de difusión universal. Originario de nuestro continente, se la obtiene de las hojas de varias especies de arbustos del género Erytroxylón, en especial del Erytroxylón Coca, que crece en el altiplano de Perú y Bolivia. La cocaína es, por su estructura química, la Benzil-metil-ecgonina, y tiene aplicaciones terapéuticas importantes y bien co-

nocidas. Para el estudio de las toxicomanías interesa, en especial, su acción estimulante sobre el sistema nervioso; provoca una excitación que tiene un sentido descendente, comenzando por la corteza; euforia, alucinaciones, y terminando en la médula, donde su acción puede provocar convulsiones.-

La faz de excitación es seguida por un período de depresión, más duradero. Sus efectos sobre la psiquis difieren mucho de los de la morfina, y mientras ésta es buscada por la sedación y el alivio de la angustia que produce, el cocainomano busca la excitación, y el hábito ó dependencia psíquica, que crea la cocaína, es más difícil de desarraigar que el hábito morfínico.-

La cocaína crea también una dependencia física, cuya base fisiopatológica no se conoce y que, otro aspecto de contraposición a la morfina, no puede ser reproducida mediante la experimentación en animales.-

Esta dependencia física es menos marcada que la morfínica, y el síndrome de abstinencia mucho menos grave, lo que permite una suspensión brusca de la droga.- Los efectos psíquicos de esta toxicomanía son sumamente graves. Los habituados suelen ser presa de alucinaciones, frecuentemente en la forma de micropsias y zoopsias y de una alucinación táctil, que les hace creer que hay una multitud de insectos que caminan sobre su piel.

En los cocainomanos es característica la tendencia hacia todo género de desviaciones sexuales, y una incidencia elevada de criminalidad.-

La cocaína se absorbe por aspiración nasal ó se

inyecta por vía subcutánea. La aspiración nasal provoca una vasoconstricción local, que lleva a la isquemia y luego a la perforación del tabique. La inyección subcutánea provoca como en el caso de la morfina, numerosas cicatrices y escaras.-

La destrucción de la droga se hace principalmente en el hígado, lo que hace que ciertos enfermos, como los cirróticos se tornen muy sensibles a la cocaína, y puedan tener episodios de intoxicación aguda, mortal.- Esto no es muy infrecuente, dada la asociación común de la cocaína y otros alcaloides con el alcohol.-

Además de esta forma cosmopolita del vicio cocaínico, propia de ambientes depravados, existe otra forma de ingesta continuada del alcaloide, que juega un rol importante en la vida de ciertas poblaciones indígenas de Sudamérica. Estas se encuentran en el área de influencia de la antigua cultura quechua, en especial en Perú, Bolivia y el Norte de nuestro país. Está muy difundido en estas poblaciones el hábito de coquear, que consiste en mascar las hojas de coca junto con un cocimiento alcalino que permite la liberación de sus alcaloides. En los medios más ricos se la masca junto con bicarbonato de sodio.-

La coca anestesia la mucosa bucal, aleja la sensación de hambre y de fatiga. Bajo su efecto, los indígenas pueden realizar esfuerzos físicos extraordinarios, pero éste un rendimiento usurario, y como ese sobreesfuerzo por lo común no se acompaña de una alimentación suficiente y de un reposo adecuado, los efec

tos a largo plazo llegan a ser desastrosos.-

La coca ha sido una especie de pantalla tendida entre las poblaciones indígenas y la realidad tanto tiempo oprimente de su situación. De esa manera, ha cumplido en forma colectiva, el papel que otros tóxicos - juegan en las existencias individuales.-

Este juicio sobre el hábito de coquear, no es unánime, hay algunos investigadores que lo juzgan útil en el medio geográfico en que viven estas poblaciones, pero la mayoría cree lo contrario y opinan que el espectáculo de las largas filas de peones indios que esperan pacientemente su ración de coca, está destinado a desaparecer a medida que el progreso y la justicia - penetren más y más profundamente en el suelo sudamericano.-

Entre los anestésicos locales sintéticos, buscados como sustituto de la cocaína, hay algunos como la percaína que tienen importancia para la toxicomanías; la percaína es una sustancia diez veces más activa y - cinco veces más tóxica que la cocaína, y que ha sido usada por algunos toxicómanos ante la imposibilidad de - procurarse ésta.-

Hashish ó Marihuana: Este tóxico, que no es un alcaloide, se obtiene de las flores femeninas del cáñamo, *Cannabis indica* y *sativa*, y produce efectos psíquicos muy peculiares. Después de ingerirlo se produce una reducción del campo de la conciencia, un libre flujo y reflujo de ideas y estados eufóricos ó depresivos según las distintas personalidades. Hay una disminución del

control intelectual y se facilita la comisión de actos violentos y crímenes sexuales, lo que le confiere importancia médico-legal.-

A diferencia de la morfina, la marihuana no produce dependencia física ni fenómenos de abstinencia, pero la dependencia psíquica, hábito, es muy fuerte.-

Los habituados al hashish suelen reunirse en sociedades ó "clubs" para ingerir el tóxico, lo más común es fumarlo, y crear en conjunto un ambiente que favorece la supresión del control intelectual de la conducta que es lo que se busca.-

El hábito de fumar hashish, muy difundido ya de antaño en Medio Oriente, es hoy común en muchos países dada la facilidad de producción del cáñamo. Es un problema muy serio en Méjico y en los EE.UU., y comienza a serlo también en nuestro país. Al respecto, cabe destacar una noticia policial reciente, que denunciaba la existencia de cultivos clandestinos de cáñamo, dentro del área de la Capital Federal.-

Barbitáricos: Son éstos, otro de los grupos de drogas de difusión mundial, que crean gran número de habituados. Esta secuela, ignorada al principio es hoy innegable, habiendo prueba del desarrollo de fenómenos de tolerancia y dependencia entre los adeptos a estas drogas, por otra parte, de tan fácil adquisición.-

Se distinguen tres formas de uso abusivo de los barbitáricos: una, la más común, es el empleo de dosis terapéuticas excesivas, en cantidad o duración, debida la mayor parte de las veces, a que el enfermo se medi-

ca por sí solo. Estas dosis excesivas traen aparejadas las distintas manifestaciones de la intoxicación barbitúrica crónica, somnolencia, trastornos de los reflejos, trastornos digestivos, dermatopatías, etc.- Una segunda forma es el uso de los barbitúricos mezclados con los alcaloides o reemplazando a éstos, cuando no se los puede obtener. La tercera forma es la verdadera toxicomanía barbitúrica, basada en sus efectos hipnóticos y sedantes.-

El conocimiento de estas formas de empleo abusivo, determina la necesidad de que el uso de los barbitúricos sea siempre indicado y controlado por el médico, sin quedar librado al criterio del enfermo ó de los fabricantes.-

También se aconseja el agregado de pequeñas dosis de ipeca a cada sello de barbitúrico, en forma tal, que al tomarse varios sellos y sumarse varias de estas dosis de ipeca, se produciría el vómito. Con este recurso, se pueden impedir la ingesta abusiva, la intoxicación accidental y el suicidio con barbitúricos, muy frecuente.-

Aminas simpaticoriméticas: Son éstas, llamadas también aminas despertadoras, otro de los grupos de medicamentos sobre los cuales, debe recaer la atención médica, por cuanto entrañan el peligro de la producción de hábito, con efectos nocivos sobre el organismo.-

Su estructura química general, consiste en la unión de un núcleo bencénico y de una cadena alifática de tres a seis carbonos que tiene siempre un grupo ami

no en el carbono número dos. La posibilidad de modificar el núcleo bencénico ó la cadena alifática, con el agregado de oxidriles o cadenas laterales, conservando o aumentando los efectos fundamentales; explica el gran número de aminas despertadoras existentes. De éstas, algunas como la efedrina son naturales, y la mayoría: bencedrina, propadrina, Kefrina, paredrinol, etc., son sintéticas.-

La más usada es la bencedrina ó fenil-isopropilamina. De sus sales es especialmente conocido el sulfato de bencedrina ó Actemin, y de sus derivados, el derivado d-metil conocido como Pervitina ó Estimulex.-

El efecto de estas sustancias sobre el organismo es múltiple, aumentan el metabolismo, ocasionan hipertensión y taquicardia; pueden ser causa de angustia, insomnio, estados nauseosos, diarrea, dermatopatías, etc. Pero su efecto principal y que determina comúnmente su empleo, es la **excitación** del sistema nervioso, **excitación** que es seguida de depresión al cabo de un plazo - medio de ocho horas. Esta capacidad de estímulo tiene su aplicación racional en la terapéutica de enfermedades tales, como la narcolepsia, parkinsonismo post-encefálico, astenia grave y depresiones fisiógenas ó por drogas; pero tiene un empleo frecuente y peligroso como estimulante intelectual. Con ese objeto las aminas despertadoras son empleadas por estudiantes, trabajadores nocturnos, y por combatientes, las llamadas pastillas Stuka de los aviadores y tanquistas alemanes. Este empleo como estimulante intelectual no es racional, ni en

forma esporádica ni mucho menos en forma habitual.- En primer lugar, la excitación que crean estas drogas, crea una sensación subjetiva de potencia que no se acompaña de un mayor rendimiento intelectual objetivo, y esta excitación es reemplazada luego por una depresión que induce a repetir el medicamento. Se puede llegar así a una dependencia ó hábito psíquico que se acompaña de todas ó algunas de las manifestaciones secundarias ya citadas, y de la minusvalía que significa el que la actividad y ánimo estén supeditadas a la ingesta de una droga.-

Además de las drogas citadas, que son las que tienen una mayor difusión, cabe señalar algunas cuyo empleo como tóxicos euforísticos es predominantemente regional. Así, por ejemplo, el éter, anestésico de uso universal, que tiene también adeptos en todo el mundo, pero que prevalece por causas circunstanciales en Islandia y en algunas regiones del Báltico.-

Por sus manifestaciones, el éter es semejante al alcohol, pero sus efectos, son más rápidos y muy graves.

El arsénico es empleado como estimulante en algunas regiones montañosas, Tirol, donde existen personas que dicen tomar a diario una cantidad que dañaría a cualquiera no habituado. El efecto a largo plazo de esta práctica, puede ser sumamente nocivo.-

Los alcaloides de la belladona y del beleño, tienen un efecto de estimulación central, borrachera atropínica, utilizada en algunas regiones para la obtención de la euforia; en Europa oriental, la expresión, hartado -

con beleño, equivale a persona que dice o comete actos disparatados o sin hilación entre sí.-

---oooOooo---

GENESIS Y CONDUCTA DE LOS TOXICOMANOS

Es este otro problema, de grandes alcances fisiológicos, psicológicos y sociológicos, cuyo encare, aunque fuera a grandes rasgos, es previo al planteo de los medios de lucha.-

En el estudio de la personalidad de los toxicómanos, se destaca la influencia de los factores personales y sociales; éstos son los mismos polos entre los cuales se desarrolla el estudio de la criminogénesis.- El toxicómano es un ente antisocial, que agrede a su comunidad en varias formas, ya sea dañándose a sí mismo, como ser social, difundiendo el vicio o al ser llevado por la toxicomanía a la comisión de delitos de orden común.-

Los factores de orden personal, han sido interpretados sucesivamente en función de estigmas físicos de degeneración, de estigmas psíquicos aislados y de constitución y personalidad psicopáticas. Se denomina personalidad psicopática a la estructura temperamental y caracterológica de ciertos individuos, que aunque presentan un padrón intelectual, incluso elevado algunas veces, exhiben a través de su vida, disturbios de conducta de naturaleza antisocial o que chocan con las normas éticas. Estos disturbios de conducta datan de la primera infancia y se consideran debidos a trastornos congénitos, lo que los distingue de los trastornos, llamados

procesual s, neurosis o psicosis, que aparecen debidos a factores endógenos o exógenos que actúan en un momento dado de la evolución extrauterina, con o sin la existencia de una predisposición.-

Los factores sociales han sido interpretados como acciones del medio familiar, escolar, profesional, y como resultante de los procesos sociales de orden general.-

Las distintas escuelas difieren mucho en la valoración relativa de estos elementos, pero en su mayoría coinciden en que las noxas de orden social conducen a individuos a una actitud desviada, tanto más fácilmente cuando su personalidad es más vulnerable, como resultante de una constelación de elementos congénitos ó ambientales; y en función de la intensidad de las dichas noxas.-

El estudio exhaustivo de cada toxicómano, sólo puede hacerse valorando todo este conjunto de factores, de lo que surgen normas para una terapéutica que obre en múltiples sentidos a la vez.-

Cabe destacar aparte, la relación entre las toxicomanías y las psicosis. Hay psicóticos que se hacen toxicómanos y a su vez las toxicomanías, en especial el alcoholismo, son causas importantísimas de psicosis. Pero no se puede equiparar toxicomanía con alienación, y es muy objetable la práctica de tratar a los toxicómanos en institutos psiquiátricos comunes, consecuencia de la falta de provisiones especiales para el caso.-

En la conducta de los toxicómanos se destaca la -

tendencia a hacer nuevos adeptos, un contagio interpersonal que se vincula con frecuencia a las relaciones de tipo sexual. En algunas toxicomanías, marihuana y cocaína, juegan un papel muy importante los centros de reunión de habituados. Esta es la difusión que podría llamarse espontánea, importante pero de alcances mucho menores que la difusión comercial, organizada en una escala vastísima por los traficantes de drogas.-

Esta difusión comercial, destinada a la explotación económica de los toxicómanos, es comparable a una cadena con varios eslabones. El primero y más importante, es la producción en gran escala de estupefacientes, que alcanza cantidades mucho mayores que las exigidas por las necesidades científicas y terapéuticas. Esta sobreproducción abastece al tráfico ilícito de drogas y crea una legión de delincuentes que viola fronteras y organiza la distribución internacional. Los traficantes explotan a sus víctimas cobrándoles precios exorbitantes por las drogas. Los toxicómanos, ya sea por la fuerza de la dependencia psíquica ó por el temor a los fenómenos de abstinencia, llegan a los grados más bajos de degradación moral e incluso al delito, para poder procurarse su tóxico.-

Es esta una secuencia de causas y efectos que transforma a los toxicómanos en delincuentes potenciales, y hace que sean abarcados por el concepto, tan importante, de la peligrosidad predelictual, concepto sobre el que se volverá a insistir más adelante.-

LUCHA CONTRA LAS TOXICOMANIAS.-

De lo antes expuesto se desprende, que cuando un médico trata a un toxicómano, no tiene ante sí sólo a un enfermo, sino también a un ser influenciado por organizaciones delictuosas que lo explotan y tratan de hacerlo persistir en su enfermedad. Las armas terapéuticas del médico son débiles, si no se ven acompañadas de una acción orgánica de orden nacional e internacional, - - son a su vez indispensables.-

La lucha contra las toxicomanías implica pues, - una faz médica y otra de carácter público y social. Para exponer el alcance de la faz médica, se puede tomar el ejemplo de la lucha contra el alcoholismo, que que tiene en su haber logros de importancia.-

La lucha contra el alcoholismo ha reunido ya mucha experiencia y en su desarrollo se idearon distintos métodos, que pueden clasificarse en:

- a) Pedagógicos.-
- b) Psicológicos.-
- c) Internación con alimentación adecuada y supresión del alcohol.-
- d) Tratamiento medicamentoso en sus distintas formas.-

El primero de éstos métodos, el tratamiento pedagógico, se incluye entre los de orden público y social, y será considerado junto con ellos. El segundo, ó método psicológico, incluye las distintas técnicas de la psicoterapia, psicagogia, sugestión, hipnosis. Con estas técnicas se logran algunos resultados, pero en la mayoría de los casos no bastan por sí solos y necesitan sumarse al conjunto de los métodos en uso. Algunos casos de

dipsomania requieren incluso, un tratamiento psiquiátrico; para encerrarlos hay que distinguir la falsa dipsomania, accidental, de la dipsomania verdadera ligada a una inferioridad psíquica constitucional y de la dipsomania sintomática, que puede deberse a la neurosis obsesiva, a los síndromes maniaco depresivos y a la P.G. P.- ^

El método basado en la internación con alimentación adecuada y supresión del alcohol está destinado a cumplir dos objetivos fundamentales: corregir las desviaciones metabólicas causadas por la carencia de vitaminas y aminoácidos consecutivos a la ingesta abusiva de alcohol, en desmedro de otros alimentos, y lograr el desacostumbramiento progresivo de los habituados. Con este método se pueden lograr algunos resultados inmediatos benéficos pero su alcance es limitado por distintas razones. Una objeción es que la supresión del alcohol, para ser bien tolerada requiere una serie de medidas terapéuticas auxiliares bastante complejas; si se hace sola, puede dar lugar a estados de excitación e incluso al Delirium tremens. Además, toda internación que no se acompañe de reeducación, gimnasia, laborterapia, durante un largo lapso de tiempo, corre el peligro de resultar inútil, pues los pacientes tratados en forma incompleta, suelen reincidir cuando vuelven a su medio y enfrentan nuevamente un conjunto de factores morbígenos.- El método expuesto es útil en cuanto puede ser integrado en un plan terapéutico más completo y de mayores alcances.-

Los tratamientos medicamentosos son parte irremplazable de todos los esquemas completos de tratamiento. Con algunos se trata de contrarrestar los efectos inmediatos del alcohol, y con otros de provocar una aversión persistente a su ingesta ó un estado orgánico de sensibilización.- Entre los medicamentos del primer grupo se encuentran la estriquina que se emplea para combatir los efectos depresivos, el cloruro de calcio que se usa por su efecto antitóxico y antishock, la emetina que obra aumentando las secreciones con efecto desintoxicante y la insulina que se emplea para sedar los estados de excitación. La insulina se emplea habitualmente en forma del sub-coma insulínico, no siendo necesario llevar al coma, como en algunos tratamientos psiquiátricos.- El tiempo de empleo de estos medicamentos, no está sujeto a una norma uniforme y depende mucho de cada caso.-

Los medicamentos destinados a producir aversión ó sensibilización a la ingesta de alcohol, son muchos e integran diferentes métodos. Entre éstos figuran el de los reflejos condicionados, el del suero de vejigatorio, la alcohol ó etiloterapia, la seroterapia alcohólica indirecta, el del rodanato y el del antabuse, además de algunos otros de menor trascendencia.-

El método de los reflejos condicionados se basa en las concepciones ya clásicas de Pavlov y fué aplicado al tratamiento del alcoholismo por su discípulo Markovnicov, en el año 1934.-

Este método consiste en administrar bebidas al

cohólicas junto con sustancias emetizantes o que provoquen algún otro efecto igualmente desagradable; en esta forma, el alcohol se transforma en señal condicionada que desencadena el efecto de dichas sustancias. Para que este reflejo condicionado pueda fijarse, son requisitos indispensables la repetición de los ensayos y la elección de un momento oportuno para el tratamiento. Los reflejos condicionados se elaboran con mucha mayor rapidez cuando el estado orgánico del cerebro es bueno y resulta inútil intentarlos en un alcohólico crónico, sin un tratamiento reconstituyente previo.-

Las sustancias empleadas en calidad de excitantes incondicionados son la emetina, la ipeca y algunos **lípidos** vegetales, como emetizantes, y la pilocarpina por la marcada diaforesis y sialorrea que produce.- De todas ellas, la más usada es la ipeca, de la que se emplea una dosis de 4 cg. en un vaso de vino, dos veces por día. En los casos favorables al cabo de una semana el paciente no puede beber vino sin vomitar. El tratamiento debe ser repetido cada seis meses, porque los reflejos condicionados se extinguen si no son reforzados periódicamente. Para la conservación de estos reflejos es también muy importante el estado orgánico general y el del cerebro.-

El método del suero de vejigatorio fué introducido por De Medina, de Alejandria. Consiste en lineamientos generales en provocar ampollas cutáneas mediante la aplicación de vesicantes y en la reinyección posterior del contenido de esas ampollas. El vesicante más

comúnmente empleado es el emplasto de cantárida, comúnmente de 6 a 8 cm. de superficie, que se aplica en una región aseptizada de la piel de la espalda, y se deja en permanencia 15 a 20 horas. Los emplastos provocan ampollas llenas de líquido, que es punzado y vuelto a inyectar al paciente. Las ampollas curan sin trastornos y el líquido inyectado, que contiene productos de desintegración tisular, debidos a la acción del vesicante, obra como antígeno inespecífico y estimula la reacción del organismo contra los tóxicos exógenos, como el alcohol.-

La seroterapia alcohólica indirecta, es un método que aún pertenece al terreno experimental. Sapelier y Dromier han realizado experiencias en Francia, inyectando alcohol a caballos y obteniendo así un suero cuya inyección crea un terreno sensibilizado frente al alcohol. También hay experiencias importantes realizadas en nuestro continente, trabajos de O'Eygers en San Pablo, con aguardiente de caña.-

Entre los métodos de sensibilización hay que citar también la autohemoterapia, que se realiza haciendo ingerir un litro de vino tinto de 10 grados de gradación alcohólica y extrayendo 10 cc. de sangre venosa que se reinyecta por vía intramuscular. Las inyecciones se repiten dos veces por semana, durante un período de tiempo variable según la reacción del enfermo.-

Los métodos expuestos hasta aquí son de resultados inconstantes y han defraudado muchas de las esperanzas iniciales. La adquisición más notable lograda hasta

el momento actual, es la alcohol o etiloterapia. El agente terapéutico empleado es una solución al tercio - de alcohol de 95 grados en suero glucosado al 30%, que se administra en forma de inyección endovenosa. El tratamiento tiene una duración de ocho días de acuerdo al siguiente esquema: en los dos primeros, se aplican dos inyecciones diarias de 30 a 40 cc. una por la mañana - y la otra por la noche. En los días subsiguientes, se conserva la misma frecuencia de aplicación pero se disminuyen progresivamente la dosis de cada inyección, que en el tercer y cuarto días es de 20 a 30 cc., en el quinto y sexto de 10 a 20 cc. y en el séptimo y octavo de 10 cc.-

Este tratamiento es aplicable a los episodios agudos y sub-agudos y a los casos crónicos. En los primeros calma al enfermo y lo hace accesible a la psicoterapia. En los casos crónicos provoca la desaparición de los síntomas que aquejan al enfermo tales como pinitas matinales, temblores, pesadillas, etc., y sensibiliza al organismo haciendo más difícil la reincidencia posterior al tratamiento.-

Las contraindicaciones de la etiloterapia son - la demencia, la cirrosis y los estados orgánicos muy deficientes.-

El método del redanato o sulfocianato de potasio consiste en hacer ingerir esta droga antes de la ingestión de alcohol, en forma tal, que al ser eliminado por la saliva altere en forma desagradable el - gusto de la bebida alcohólica. Los resultados de este

método son muy inconstantes.-

En un período reciente se creyó haber resuelto el problema de la terapéutica del alcoholismo, mediante la introducción en ésta del Antabuse ó disulfuro de tetraetilazonio. Esta droga obra inhibiendo una enzima llamada alcohol dehidrogenasa, que se encuentra en el parénquima hepático.-

Al ser inhibida esta enzima la transformación del alcohol en anhídrico carbónico y agua no es completa, y gran parte del mismo queda en el estado de acetaldehida. Este cuerpo existe normalmente en la sangre en proporción de 0,25 mg. por mil, su aumento ocasiona una serie de manifestaciones desagradables, que son las que se pretendió utilizar con el fin terapéutico de crear repugnancia al alcohol. Pero estas manifestaciones, hiperpnea, vaso dilatación periférica en cara y cuello, vértigos, taquicardia, que en su conjunto constituyen el llamado "el rojo" del Antabuso, pueden acompañarse de otras mucho más graves como angina de pecho y coma, habiéndose registrado incluso algunos casos de muerte. Esta peligrosidad, unida a la inconstancia de la sensibilización que provoca frente al alcohol, ha hecho que esta terapéutica sea rechazada por muchos especialistas, pese a la entusiasta aceptación inicial, por parte de algunos de ellos.-

Las objeciones fundamentales hechas al empleo del Antabuso, inconstancia de la acción terapéutica y efectos peligrosos, son aplicables también a otros dos agentes terapéuticos ensayados, el hongo *Coprinus atramentarius* y la Cianamida cálcica.-

Para mayor claridad de lo expuesto en el Tratamiento del alcoholismo, se agrega la reseña de cuatro casos clínicos.-

Las dos primeras corresponden a aplicaciones de etiloterapia, que han sido realizadas en la Clínica del Dr. D. ROGELIO CARRATALA, y en las cuales ha colaborado el autor de ésta Tesis.-

Las dos últimas han sido atendidas en el Sanatorio "La Chapelle", sito en Ramos Mejía. En el tratamiento de los últimos episodios de estos enfermos, en los cuales ha sido aplicado el tratamiento corriente del alcoholismo, colaboró también el autor de la Tesis, bajo la dirección del Dr. BORZI.-

La inclusión del último de los cuatro casos, tiene por objeto resaltar la extrema dificultad de muchos de estos tratamientos, por la concurrencia de elementos psicopáticos en las toxicomanías.-

-----0000000000-----

Primer Caso: Un ingeniero de 55 años de edad, fuerte bebedor por espacio de más de 20 años. Sus antecedentes familiares y personales, no presentan nada de particular.-

Al iniciarse el tratamiento, presenta marcadas alteraciones psíquicas. Disminución de la atención, la voluntad y la memoria; gran excitabilidad, su facies es la de un psicopata. En la esfera neurológica presenta parestesias, en los miembros superiores, tendencia a la polineuritis. Sueño irregular. Inapetencia. Pérdida de peso.-

Se inicia el tratamiento con las inyecciones endovenosas de alcohol de 95º, diluido al tercio en suero glucosado al 30%. Los primeros tres días se administran 50 cc. mañana y tarde. Los días 4to, 5to., 6to. y 7mo., del tratamiento, 40 cc. mañana y tarde. Los días 8vo., 9no. y 10º, 30 cc. mañana y tarde; los días 11º, 12º y 13º, 20 cc. mañana y tarde y, finalmente, los días 14º, 15º y 16º, 10 cc. mañana y tarde.-

Desde los primeros días del tratamiento, comienza a notarse la mejoría del enfermo. Su semblante se humaniza, mejoran su atención y su memoria y decrece la irritabilidad. Paulatinamente recobra el apetito y regulariza el ritmo del sueño. Al final del tratamiento se atenuan las parostesias, y el enfermo comienza a aumentar de peso. Manifiesta haber perdido la apetencia para el alcohol.-

---oooooOooooo---

Segundo Caso: Señora de 43 años de edad. Fuerte alcoholista. Bebedora de bebida blanca y licores, en las comidas y fuera de ellas. Su hábito tiene también más de 20 años de evolución. Presenta gran decaimiento, abulia, pérdida de todo interés vital, marcada disminución de peso.-

Se le aplica el tratamiento de acuerdo al mismo esquema que el caso anterior. A su terminación presenta una marcada mejoría psíquica y física, y lo que es muy importante, una pérdida total de la apetencia por el alcohol.-

- - - - -

Amos casos han sido observados periódicamente,

en la Clínica del Dr. D. ROGELIO CARRATALA, y al cabo de tres meses no se había presentado aún ninguna recidiva.-

-----0000000-----

Tercer Caso: Individuo del sexo masculino, de 44 años de edad, casado, de profesión carnicero.-

Antecedentes familiares: padre alcoholista, muerto a los 72 años de congestión pulmonar. Madre fallecida a los 32 años de escarlatina. Cinco hermanos sanos.-

Antecedentes personales: nada de particular. Cursó hasta segundo año del Colegio Nacional, abandonando los estudios por altercados con el padre. A partir de los 20 años, se transforma en un bebedor habitual de caña, coñac y vermouth.-

Se interna por primera vez el 7-IV-42, con un episodio de alucinaciones visuales y táctiles y gran excitación. Su examen físico revela una facies abotagada, rubefacta. Pulso irregular. Hígado agrandado y trastornos polineuríticos en los miembros. Es dado de alta el 5 de mayo de 1942.-

Tiene otras intervenciones en julio de 1949, en agosto de 1950 y la última en Abril de 1952. Se presenta con gran excitación, pituitas matinales, vómitos, hepatomegalia y parestesias en pierna y pie.-

El tratamiento usado en cada uno de estos episodios, ha sido: una inyección diaria de suero glucosado hipertónico. Una inyección diaria de extracto hepático y otra inyección diaria de 0.04 g. de emetina,

que al cabo de 7 días es reemplazada por una inyección diaria de betaxina. Dos **autohemotransfusiones** por semana. Se le indica una dieta lacto-vegetariana.-

La duración media de las internaciones es de 2 meses. En su transcurso se nota un retroceso casi total de los síntomas, persistiendo los trastornos de la memoria. Los resultados inmediatos son buenos, pero en el último período las recidivas son frecuentes.-

El estado de la personalidad del enfermo no revela mayores alteraciones, tiene un comportamiento normal, pero bebe por entristecerse ante las dificultades.

-----oooooooo-----

Quarto Caso: Sexo masculino, de 44 años de edad, sin profesión. Ha heredado una buena posición económica.-

Antecedentes familiares: Padres fallecidos, ninguno de ellos fué bebedor. Siete hermanos, el menor fallecido a los 15 años de reumatismo agudo. Los restantes presentan distintos trastornos de conducta.-

Antecedentes personales: Hemorragia a los 20 años. Toma en abundancia. Ha sido morfínmano y cocainómano.- La cocainomanía le fué inducida por una mujer. Sus narcomanías fueron tratadas en tres establecimientos, con buen resultado, pero el alcoholismo persiste. Casado a los 28 años. Se separó de su esposa a los 33; la separación tuvo por causa la conducta irregular del enfermo.-

Estado actual: Mayo de 1952. Facies inexpresiva.- Palabra tartagosa. Hepatomegalia e insuficiencia hepática. Nefropatía crónica. Su examen psíquico revela una

personalidad de tipo esquizoideo, confirmada por el psicodiagnóstico miokinético del Dr. MIRA y LOPEZ. Como está excitado, se lo seda mediante una serie de **sub-comas insulínicas**.- Luego se le aplica un tratamiento semejante al caso anterior. La excitación cede lentamente y la palabra se hace más fácil. Sin embargo, persisten la hepato y la **nefropatía**.-La facies se mantiene rígida e inexpressiva.-

En este caso el pronóstico es malo, por el agregado de profundos trastornos caracterológicos y de conducta.-

-----000000000000-----

En los casos de narcomenías, el tratamiento médico consiste esencialmente en reglar y conducir la supresión. Esta debe ser progresiva en los casos en que existe el síndrome físico de abstinencia, derivados opíacos, y puede ser brusca en aquellos en los cuales el problema es predominantemente psíquico, adictos a la cocaína y a la marihuana.-

En los habituados a la morfina y a la heroína el síndrome de abstinencia, ya citado, puede ser de extrema gravedad y torna al enfermo inmanejable. Los métodos más usados de supresión toman en cuenta esta circunstancia y exigen para su desarrollo un período de diez a quince días, durante los cuales se realiza la supresión gradual de la droga y se ejerce una vigilancia continua sobre el paciente.-

En un momento dado, que en la morfina corresponde de ordinario al descenso de la dosis diaria a menos de -

30 mg. comienza el síndrome físico de supresión, que se agrava en los tres o cuatro días siguientes para decrecer luego. En este período se recurre a sedantes como los barbitúricos, el hidrato de cloral, los bromuros y la escopolamina, empleándose también la escopolamina - junto a la atropina y a la belladona, para contrarrestar los trastornos vegetativos, comúnmente de tipo vago tónico.-

Es este un tratamiento riguroso, que sólo puede - llevarse a cabo en establecimientos especializados. El problema de la vigilancia es difícil, porque es imprescindible impedir que los pacientes se procuren su tóxico habitual y porque aunque éstos tengan buena disposición y cooperen al principio del tratamiento, no se puede contar con ellos mientras se desarrolla el síndrome de supresión.-

En cuanto al efecto a largo plazo de estos tratamientos de supresión, está sujeto a las limitaciones - generales del tratamiento puramente médico de las toxicomanías. El porcentaje de reincidentes es elevado y hace resaltar la necesidad de las medidas de orden social, cuyo concepto y alcances se exponen a continuación.-

MÉTODOS PÚBLICOS Y SOCIALES DE LUCHA

Los primeros ensayos de lucha contra las toxicomanías, se basaron en la educación, haciendo una difusión en vasta escala de los peligros que ellas implican, valiéndose de las escuelas, hospitales y sindicatos obreros. Se crearon instituciones especiales destinadas a dar un apoyo económico a la prédica. Así, en

muchos países europeos, hubo ligas antialcohólicas que sostenían restaurantes muy baratos a condición de que no se tomara en ellos ninguna bebida alcohólica.- En EE.UU., se crearon sociedades de toxicómanos reformados que se propusieron contrarrestar con su proselitismo positivo, al proselitismo negativo de los habituados.-

Pero estos ensayos, aunque valiosos, no dieron muchos resultados, porque atacaban sólo los efectos, sin ir a las causas eficientes, a la raíz.-

La experiencia de esos fracasos, y la enorme difusión del alcoholismo y de las narcomanías consecutiva a la primera guerra mundial, llevaron a la ideación de medidas de lucha más profundas, de orden estadual.- Este fué un paso adelante pero sus primeros ensayos - terminaron también en fracasos. Es conocido el ejemplo de EE.UU., donde la implantación de la ley seca sólo sirvió para alentar al contrabando y como efecto secundario dió lugar al consumo de alcohol metílico con una secuela de cegueras y envenenamientos mortales.-

Se comprendió que el camino hacia la solución definitiva del problema, es arduo y largo.-

El que escribe estas líneas tuvo oportunidad de apreciar directamente el alcance de las toxicomanías - como enfermedad social, en circunstancias de excepción. Primero, trabajando como auxiliar sanitario en los campos de recepción de refugiados hebreos, en Marsella, Francia. Luego, en el curso del año 1949, trabajando como practicante en el hospital psiquiátrico militar de Sarafend, Israel.-

En los campos de recepción de Marsella, el problema de las toxicomanías presentaba dos aspectos principales: uno, el de los toxicómanos, por otra parte poco numerosos, y en su mayoría personas a quienes las duras experiencias pasadas habían quebrantado la moral; el segundo, mucho más grave, era la existencia de traficantes de drogas, que sin tener ninguna relación con los refugiados, se mezclaban con ellos para pasar desapercibidos y poder salvar más fácilmente las fronteras. Allí se sentía con agudeza la falta de una política que golpeará al contrabando de tóxicos en su fuente de origen; en la producción excesiva que se desborda en el tráfico internacional y en cierta medida lo crea. Las aduanas y las policías especiales pueden ser más o menos eficaces, pero es muy difícil tapar todos los resquicios por donde puede filtrarse este tráfico.-

En los hospitales militares, el problema fundamental era la ubicación a darse a los toxicómanos. Un toxicómano no puede ser tratado en forma satisfactoria en un hospital psiquiátrico común. La toxicomanía no supone por sí sola alienación, y la convivencia con psicóticos puede ser desastrosa para los toxicómanos que engloban a muchas personas predispuestas. El aislarlos en pabellones especiales representaba un paso adelante, pero al mismo tiempo creaba problemas técnicos porque esos pabellones exigen, dieta, cuidado general y tratamiento muy distintos a los del resto del hospital, y también porque un pabellón aislado dentro

de un hospital no permite el desarrollo de todos los medios terapéuticos en la misma medida que un instituto especial para los casos de esta naturaleza.-

Esta no es una problemática exclusiva de la psiquiatría de guerra, abarca también los problemas de tiempo de paz, y en la mayoría de los países, el que hacer con los toxicómanos, es un problema aún no resuelto. Hay una experiencia múltiple que habla a favor de institutos especiales para toxicómanos.-

De modo que al trabajar, aunque por corto tiempo, en el terreno concreto de la lucha contra las toxicomanías, se vislumbra ya la necesidad de aunar medidas de orden internacional, con directivas adecuadas dentro de cada país.-

Dentro del enfoque internacional, la Organización de las Naciones Unidas posee, como parte integrante de la Organización Mundial de la Salud, un Comité de expertos en los problemas relativos a las toxicomanías. Este Comité al que integra en el presente, el Profesor Titular de Toxicología de nuestra Facultad, Dr. **D. ROGELIO CARRATALA**, tiene en estudio el realizar una convención internacional sobre las drogas capaces de engendrar toxicomanía. La lista de sustancias a considerar es extensa y abarca entre otras, las siguientes: Derivados del opio con más de un 20% de morfina y sus sales, preparados que incorporan en forma disimulada derivados opiáceos o sustancias transformables en morfina, preparados de hoja de coca con más de 0.1% de cocaína, esteros de la ecgonina y sus sales, derivados -

de la piperidina del grupo de la dolantina, derivados del grupo de la metadona, derivados de la anfetamina, derivados de Cannabis, barbitáricos, etcétera.-

El Comité estudia la conveniencia de obligar a la designación uninominal de cada producto, para un mejor control, y una medida importantísima destinada a limitar la producción de opio y cocaína en cada país. El límite a fijarse sería de 450 mg. de opio y 7 mg. de cocaína por persona y por año. Se juzga que estas cantidades bastan para los usos terapéuticos y científicos, y que ese límite eliminaría la superproducción que abastece al tráfico internacional de tóxicos.-

Se descuenta que ambas medidas han de chocar con una fuerte oposición, por parte de intereses creados.-

Dentro del marco de cada país, hay que resolver problemas inmediatos, y mediatos. Dentro de los primeros hay dos muy importantes: uno, el tipo de esta institución a crearse, y otro, la disyuntiva entre la internación voluntaria o compulsiva de los toxicómanos.-

Se considera que los institutos más adecuados serían establecimientos tipo granja, donde podría llevarse a cabo junto al tratamiento medicamentoso, una re-educación moral y física e los internados. Se recomienda la internación en pabellones separados de los narcómanos y de los alcoholistas, porque plantean algunos problemas diferentes de terapéutica y también se recomienda separar en ambos tipos de enfermos a los casos recalcitrantes de los más recientes y más fáciles de curar.-

En esos institutos se daría un lugar muy importan

te a la gimnasia, la laborterapia y la educación profesional con miras a facilitar la adaptación ulterior de los internados al medio social.-

El trabajo en equipo propio de tales establecimientos, facilitaría el estudio de cada uno de los internados como caso individual, permitiría el adelanto de la investigación científica y la consecución de nuevas armas terapéuticas.-

El problema de la internación compulsiva de los toxicómanos es debatido, por el temor de que ésta podría prestarse a abusos y violar el principio de la libertad individual; sin embargo, son muchas las voces autorizadas que la sostienen, y sus razones fundamentales son las siguientes: los toxicómanos son personas que pueden cometer actos antisociales y dañar al medio en que viven en varias formas, ya sea perjudicando su propio valer, como entes sociales, ó difundiendo las toxicomanías, o cometiendo delitos para poder procurarse las drogas, ó dando pábulo al mantenimiento de la organización de traficante de drogas, en este sentido el aislamiento compulsivo tendría la virtud de aislar totalmente al enfermo del proveedor, y con el alejamiento de los clientes desaparecerán a su vez los traficantes.-

Por todas estas posibilidades de dañar al medio social, los toxicómanos quedan comprendidos dentro del concepto de la peligrosidad predelictual o estado de peligro sin delito. Estado éste, cuyo reconocimiento jurídico permitiría a la sociedad defenderse de lo que son sus enemigos potenciales y encarar otro aspecto en la profilaxis del delito.-

En la República Argentina existe un importante antecedente relacionado con este problema y es el proyecto de ley sobre el "Estado de Peligro sin Delito", redactado por figuras del prestigio de Merio Rojas, Carlos de Arenaza, Eusebio Gómez y el Dr. Seeber. El proyecto fué presentado al Parlamento Nacional en 1928 y rechazado en 1933, lo que no implica una pérdida de su valor actual.-

El proyecto citado incluía entre otros a los ebrios y toxicómanos habituales, siendo preciso destacar que la internación compulsiva prevista por él, no tendría el carácter de una pena y no implicaría por sí sola la pérdida de los derechos civiles. Por otra parte, la internación de los alcoholistas consuetudinarios y narcómanos, estaría sujeto a las mismas normas de procedimiento y de responsabilidad profesional, que la internación de psicóticos.-

En cuanto a los problemas de solución mediata, engloban a los múltiples factores de orden material y moral que obran sobre los toxicómanos, y se confunde con la problemática de la humanidad en general. Sus alcances desbordan con mucho a los límites de este trabajo.- Sin embargo, resulta oportuno citar a qui, las palabras del pensador italiano MANTEGAZZO:

"El hombre puede y debe vivir sin alcohol y estupefacientes, pero hay que darle una vida sana y un juicio bien equilibrado".-

-----ooooooooo-----

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1) Carratalá R.; "Toxicomanías y Delincuencia. Psiquiatría y Criminología", 1939, pág. 103.-
- 2) Carratalá R.; "Tratamiento Experimental de las Toxicomanías por auto-seroterapia con suero de vejigatorio". Rev. de Psiquiatría y Criminología, 1937 - pág. 725.-
- 3) Carratalá R.; "Empleo de la auto-suero-terapia con suero de vejigatorio en el Tratamiento de las Toxicomanías". Rev. de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal", 1935 - pág. 362.-
- 4) Carratalá R.; "Lucha contra el alcoholismo y las toxicomanías". Jorn.Méd., julio 1950, pág. 239.-
- 5) Carratalá R.; "Le délit dans la fabrication et la vente des drogues qui produisent toxicomanie". Annales de Médecine Légale et de Criminologie, nº4, Abril 1951 - pág.131. En castellano: Rev.de Psiquiatría y Criminología, 1950, pág. 321.-
- 6) Carratalá R.; "El tratamiento del alcoholismo. Nuevas Consideraciones acerca del empleo del Antabuse." La Prensa Méd.Arg., 18 de agosto de 1950, pág. 1908.-
- 7) Carratalá R.; "El tratamiento del alcoholismo con Antabuse. Trascendencia de la acetaldehida". La Prensa Méd.Arg., 30 de junio, 1950.- pág. 1435.-
- 8) Carratalá R.; "Trascendencia del alcoholismo y de factores individuales en el accidente auto

- novilístico. Consideraciones médico-legales". Fichero Médico Terapéutico, nº 21, 1946, pág. 23.
- 9) Carratalá R.; "Artificiosa necesidad normal de excitantes. Las aminas desportadoras. La benzedrina". Archivos de Medicina Legal, 1946 Julio-Agosto, pág. 217.-
- 10) Carratalá R.; "Terapéutica del alcoholismo. Trascendencia de la etiloterapia y de la laborterapia". Actualidades Médicas, Diciembre 1945, pág. 27.-
- 11) Carratalá R.; "Importancia del diagnóstico químico y de un tratamiento racional del alcoholismo en la profilaxis del delito." Rev. de Psiquiatría y Criminología, 1944, pág. 335.-
- 12) Carratalá R.; "La benzedrina frente a la acción del alcohol". La Semana Médica, 1945, pág. 196.
- 13) Carratalá R.; "Un nuevo peligro moderno: las aminas despertadoras. Tentativa de suicidio con Estimulex". Semana Médica, 1943, pág. 935.-
- 14) Carratalá R.; "Necesidad de crear clínicas específicas para toxicómanos". Revista Oral de Ciencias Médicas, 31 de agosto, 1943, pág. 329.-
- 15) Carratalá R.; "Tratamiento del alcoholismo por el alcohol". Semana Médica, 1943, pág. 420.-
- 16) Carratalá R.; "Estudio sobre la Solantina". La Prensa Méd. Arg., 1942, pág. 1599.-
- 17) Carratalá R.; "Tratamiento del alcoholismo experimental".-

- 18) Rojas Merio: "Proyecto de Ley sobre Toxicomanías".
"Archivo de Medicina Legal", 1942, pág.
339.-
- 19) Goodman y Gilman: "Bases farmacológicas de la Te-
rapéutica", Ed. 1943.-
- 20) Hira y López E.: "Psiquiatría". Tercera Edición -
Tomo I, Cap. XVIII. "Los tipos de perso-
nalidades psicopáticas".-

-----0000000000-----

Juan A. Higinio

Doc 53 folios.
[Handwritten signature]

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



[Handwritten signature]
RAFAEL P. ROSA
PROSECRETARIO

[Handwritten mark]