

DROGAS QUE ESCLAVIZAN:

LOS HÁBITOS DE OPIO, MORFINA, CLORAL Y HACHÍS.

POR H. H. KANE, MÉDICO,
CIUDAD DE NUEVA YORK.

«Están ebrios, pero no de vino; se tambalean, pero no de bebida fuerte». —ISAÍAS.

«¿Qué guerra tan cruel y qué asedio tan penoso,
para llevar el alma al cautiverio,
como el que ese feroz apetito procura?»

FILADELFIA:
PRESLEY BLAKISTON,
CALLE WALNUT, 1012.
1881.

Drogas que esclavizan: opio, morfina, cloral y hachís

H. H. Kane

1881

DE QUÉ TRATA

Manual médico de H. H. Kane sobre los hábitos del opio, la morfina, el cloral y el hachís, publicado en 1881. Describe la dependencia, los síntomas de abstinencia y los tratamientos que la medicina estadounidense de la época ponía en práctica.

FICHA

Temas

historia, ciencia, medicina

Época

Clásicos (hasta 1900)

Derechos

Obra en dominio público.

Fuente del original

Internet Archive

Edición

Traducción y maquetación de la Biblioteca de Pevgrow, 2026. Licencia CC BY 4.0 citando la fuente.

Drogas que esclavizan: opio, morfina, cloral y hachís

H. H. Kane

Internet Archive, 1881.

Traducción al español. Obra en dominio público o de acceso abierto.
Edición Pevgrow, 2026.

[I]lle simul manibus tendit divellere nodos, Clamores simul horrendos ad sidera tollit.”

Vireiwl, Aéneitd, Lib. II

The knotted coils he strains to tear apart,

Filling the air and heaven with horrid cries

«They are drunken, but not with wine; they stagger, but not with strong drink.”—IsaraH,

«What warre so cruelle, and what siege so sore,

To bring the sowle into captivitie, As that fierce appetite doth faine supplie!”

t8St1.

Entered, according to Act of Congress, in the year 1881, by In the office of the Librarian of Congress, at Washington, D.C.

coll. Nw

Press of WM. F. FELL & CO., 1220-1224 Sansom Street.

A Dy. Alexander J. C. Skene,

Professor of the Medical and Surgical Diseases of Women and the Diseases of Children, in the Lone IsLAND CoLLEGE HosPiTAL, BRooKLYN, N. Y.,

as a mark of the high esteem, both as regards his scientific attainments, untiring energy, and the largeness of his heart, in which he is held by his old pupil and sincere admirer,

iow = =: ~ ae P ey.

. - + + - « “a - ¢ P <; _ — © — 7 4 i. re a - -. a = « ea 4 > yn “: - = = é ra
2 ~ - < ~

. ' a cf x.

‘.. v. 5 Fe. aa « - “gi ‘ od S ¥ = = r=

La idea de escribir esta obrita me la sugirieron por primera vez las numerosas cartas recibidas de médicos del país y del extranjero, en las que se me pedían informes sobre diversos puntos relacionados con la sintomatología, el pronóstico y el tratamiento de los distintos «hábitos». Aunque manifestaban un vivo deseo de conocer los rasgos principales de los estados en cuestión, muchos revelaban una lamentable ignorancia de los simples hechos que a ellos se refieren.

Estos hechos he procurado presentarlos en la forma más completa y, a la vez, más concisa posible. Poco espacio se ha dedicado al estudio del hábito del hachís, debido a su rareza en este país.

Las afirmaciones sobre los peligros y peculiaridades de estos estados, aparte de lo que yo mismo he observado, se fundan en la literatura del asunto y en las cartas de cerca de mil corresponsales de diversas partes del mundo, a quienes aprovecho esta ocasión para devolver mi más cordial agradecimiento.

rot West Tenth Street, New York City.

«Después de mi muerte ruego encarecidamente que se haga público un relato completo y sin reservas de mi miseria y de su culpable causa, para que al menos algún pequeño bien se logre con tan espantoso ejemplo.»—CoLERIDGE.

Una maldición que se extiende cada día, que se complace cada día en un número creciente de víctimas, que enreda en sus horribles mallas a hombres tan grandes como Coleridge, De Quincey, William Blair, Robert Hall, John Randolph y William Wilberforce, además de miles de otros cuyo vicio es desconocido, debería exigirnos un examen profundo y científico.

Como ilustración del enorme aumento del uso del opio y la morfina en los Estados Unidos, las siguientes estadísticas tienen un interés doloroso, y debe recordarse que no se trata de un caso excepcional. En una de nuestras grandes ciudades, que hace veinticinco años contaba con una población de 57.000 habitantes, las ventas de opio y morfina alcanzaron respectivamente 350 libras y 375 onzas, o sea unos 43 granos de opio y 3 granos de morfina anuales por individuo, si se promediaba el consumo. La población es ahora de 91.000 habitantes, y se venden anualmente 3.500 libras de opio y 5.500 onzas de morfina. Mientras la población ha aumentado un 59 por ciento, la venta de opio ha aumentado un 900 por ciento, y la de morfina un 1.100, o sea un promedio de 206 granos de opio y 24 granos de morfina por cada habitante. Pero hay además ventas de 400.000 a 500.000 píldoras de morfina, que nos darían 170 onzas más de la droga. Una cuarta parte del opio vendido se consume en su estado natural, y las tres cuartas partes se elaboran en opiáceos, siendo el principal el láudano.

Lo siguiente es oficial de la Aduana de Nueva York:—

Importaciones de opio en los Estados Unidos durante diez años fiscales, que terminan el 30 de junio:—

071; 315.121 lbs. \$1.926.915 1072; 416.864 ‘ 2.107.341 1873, 319.134 “ 1.978.502 1874, 395.909 “ 2.540.228 1875, 132.541 * 939.553 1876, 388.311 “ 1.805.906 1877, 349.223 “ 1.788.347 1878, 430.950 ‘ 1.874.815 1879, 405.957 “ 1.809.696

Hechos como estos deben, a nuestro juicio, despertar la atención. Muestran una deriva espantosa. Hay una forma de intemperancia peor que la que proviene de las malas bebidas, aunque la elección parezca estar entre el diablo y el mar profundo:

«And in the lowest depth, a lower deep, Still threatening to devour us, opens wide.”

Los hábitos del opio y la morfina. Formación; General PRIDE IRONS a5 ae ois cc pee cv nana cana eau eagle cae dee senne VOI 17-26 Preparaciones empleadas. Modo de usarlas..... 27-83 Síntomas generales analizados y clasificados..... 34-45

Síntomas generales analizados y clasificados—Conclusión. 46-70

El tratamiento de los hábitos del opio y la morfina.

Consideraciones generales..5.:3s5<022 essai cdvescctaxteuneaeenes 106-129

Agentes empleados en el tratamiento del opio y la mor PTE RESO daca sau samen soe ensleden rarves snuasdiess accor 130-148

El uso combinado de Chile.oaccs conscsscenueoressccencotsetss 149-164

Efectos del cloral sobre los distintos sistemas y apa-PN isd naisneidea-nadiiaaices a enedatrenasaeunntaden Madikvceds 165-179

Efectos del cloral sobre los distintos sistemas y apa-TALUS OR rr OVI-CIUCEEs 5545 veneers eects ae eae Desa tieneey aoeeeeee 180-199

° CAPÍTULO XI.

Síntomas de la abstinencia del cloral—Tratamiento..... 200-205

CAPÍTULO Xi Theclashisch Elapit...c ccc ect tiree enc eee ee eee 206-218

COCR OR salle Pesos Sedo eee oe eee rae tc oieute teen aeas 219-221

Un grado más alto de civilización, que trae consigo un mayor desarrollo mental en todas las clases, mayores⁴ cuidados, deberes y conmociones,

parece haber hecho que el uso habitual de los narcóticos, antaño vicio comparativamente raro entre las naciones cristianas, se haya vuelto alarmantemente común.

El aumento de la tensión mental, el desarrollo de invernadero de las pasiones, la disminución del trabajo físico y el aumento del trabajo mental nos han ido dando gradualmente cuerpos en los que el elemento nervioso predomina en gran medida. Las personas que pueden clasificarse bajo el encabezamiento de «temperamento nervioso» aumentan cada día.

Las enfermedades son hoy tan distintas de las de hace un siglo como lo es su tratamiento. Mientras que el individuo medio hace ahora más trabajo mental en una hora que nuestros antepasados en seis horas, no somos ni la sexta parte capaces de soportar la tensión intelectual como lo eran ellos.

Nueve décimas partes de nosotros ni comemos, ni dormimos, ni hacemos ejercicio, ni nos bañamos, ni procreamos de manera adecuada. Todo es prisa y tumulto; poco descanso y mucho cuidado. Generación tras generación, nuestras naturalezas físicas van cambiando, y en los hijos de cada generación sucesiva vemos el predominio del elemento nervioso; una evolución gradual de aquella o aquellas peculiaridades que más prominentemente suscitan las exigencias de la vida individual y nacional de un pueblo.

Al encontrar el dolor, la «nerviosidad» y la histeria reclamando constantemente su atención, y que nada los alivia tan bien como el opio, o su alcaloide la morfina, que tiene seis veces la fuerza de la sustancia madre, el médico recurre a su uso cada vez más libremente, esperando, tan pronto como pasen los síntomas más angustiosos, seguir otro plan de tratamiento más permanente. El paciente, sin embargo, habiendo experimentado una vez el alivio, insiste en el uso ulterior de la droga, a veces finge enfermedad para procurársela, finalmente obtiene alguna por sí mismo, y en culpable secreto se desliza rápidamente hacia el hábito.

Algunos médicos son lo bastante débiles para poner los medios de satisfacer este apetito morboso directamente en manos del paciente. Este es

más especialmente el caso desde que el uso hipodérmico de la droga se ha vuelto común. Tan mágico es el efecto de este modo de administración, tan rápida y forzosa la acción de la droga, que muchas personas no descansarán hasta poseer y usar el instrumento.

Como las afecciones para las que más comúnmente se emplean el opio y la morfina se hallan principalmente en pacientes neurasténicos, y como estos pacientes están siempre dispuestos a entregarse a excesos, tanto en estimulantes como en narcóticos, no es sorprendente que el número de víctimas de esta esclavitud aumente cada día, tanto en la ciudad como en el campo. Además, las afecciones nerviosas van en aumento: dolor sin causa muy aparente, nerviosidad por las cosas más triviales.

Las neuralgias son más comunes. La locura también. El suicidio es cada día más frecuente.

Quienes no conozcan la verdad en este asunto se sorprenderán al saber que hoy hay miles de

personas educadas y respetables en todos los países y entre todas las clases, habituados confirmados; esclavos de un hábito más exigente que el más duro capataz, que detestan por encima de todo, y que sin embargo los ata con cadenas que son del todo incapaces de romper.

Todo debe ceder ante este vicio. Los negocios se descuidan o se desempeñan solo imperfectamente; los lazos familiares se rompen; la esperanza, la ambición, la felicidad, el respeto de sí mismo son palabras sin sentido; lo único que llena la mente es la satisfacción de esta pasión, que detestan, pero de la que no pueden apartarse.

Así, de día en día, de semana en semana, de año en año, siguen; no viendo—simplemente existiendo. Cada día, cada hora, cada minuto los ata más firmemente, hasta que al fin sienten su propia incapacidad para hacer frente al demonio que los ha dominado, y se abandonan, sin esperanza, con indolencia, al vicio. El arrepentimiento llega demasiado tarde.

El placer momentáneo, el breve período de excitación, la hora de vivacidad dan fruto mil veces; fruto cuyo sabor amargo debe durarles toda la

vida. Lo que al principio les daba placer se ha convertido ahora en el más absoluto tirano, imponiéndoles largas horas de dolor y angustia, abatimiento y desesperanza. No continúan su uso porque les dé placer, sino simplemente porque es lo único que, en dosis crecientes, puede salvarlos del tormento que él mismo ha impuesto; porque sin él están hundidos en un infierno viviente. La mente es incapaz de una acción saludable, el temperamento se agrava decididamente, la persona se ofende y vocifera furiosamente por cosas que en salud, o bajo la influencia del opio, no excitarían comentario alguno. Sufren terribles pesadillas. Están constantemente al borde de precipicios imaginarios, o cayendo, cayendo por alturas vertiginosas.

El sueño, si lo hay, es interrumpido, insatisfactorio y cargado de los más espantosos y torturantes sueños, en cuya trama y urdimbre se entretejen constantemente las más horribles visiones. Ahora son víctimas de algún terrible accidente, luego son arrastrados por alguna persecución maligna.

Se figuran que se ahogan, que son quemados en la hoguera, inhalando el nauseabundo olor de su propia carne quemada, sintiendo cómo se desprende de sus huesos doloridos.

Luego llega el despertar con un sobresalto o un grito. La gradual comprensión de que estas cosas no son reales; el sudor frío; el temblor de los miembros; la sensación de total agotamiento del que vuelven a hundirse en el sueño una vez más, para vivir de nuevo las agonizantes escenas de su imaginación enferma; despiertos y dormidos y contando los minutos como días, las horas como años, hasta que por fin llega la mañana.

Ni son mucho menores los tormentos del día que los de la noche. El estómago se rebela; la náusea es persistente y angustiosa; la saliva se acumula en la boca; hay un desfallecimiento en la boca del estómago; calambres severos de los intestinos; los labios y la garganta están secos y resecos; la lengua hinchada. Se presenta una tos seca e irritante. Los dolores ciñen el cuerpo y se extienden con intensidad agonizante por los miembros y hasta el rostro. El sistema muscular falla; la locomoción se acompaña de dificultad; el paciente se tambalea como un borracho; los músculos del rostro y de los párpados se contraen; las manos tiemblan

de tal modo que un vaso se les cae, y es imposible recoger un objeto pequeño. La circulación se ve afectada; la rubicundez y el escalofrío se alternan; los ojos están secos y sienten como si estuvieran llenos de arena. La mente divaga; sobreviene el delirio; se presentan la diarrea y el vómito, y a veces el colapso, y en ninguna parte puede hallarse un objeto más digno de compasión.

Es en este momento cuando el paciente, torturado más allá de todo poder de resistencia, vendería cuerpo, alma, cualquier cosa, por obtener aquel fármaco que, si bien no procura ningún placer nuevo, elimina estos males como por arte de magia.

Se toma una dosis. Una agradable sensación de calor se difunde por el cuerpo; la mente se despeja, las manos se vuelven firmes, el paso natural, los dolores se desvanecen, la náusea y la diarrea cesan, y la existencia vuelve a ser soportable.

Cada dosis debe ser un poco mayor que la precedente para obtener el efecto deseado. En algunos casos el aumento es muy lento, pero éstas son raras excepciones. Más raros aún son aquellos casos en que no es necesario aumento alguno.

He retratado aquí el sufrimiento de quien ha estado usando el fármaco durante un tiempo considerable, o durante un tiempo más breve en dosis grandes. Las cadenas, aunque al principio no irritantes, están sin embargo ahí, y cada dosis sucesiva las remacha con más fuerza.

Hay ciertos casos raros en que el opio parece, en lugar de causar daño, ser de positivo beneficio para la persona que lo usa. El doctor Joseph Parrish, observador veterano de estos casos, me escribió que había conocido varios. Uno es relatado por el doctor Golding Bird.* Una señora, probablemente histérica, tomaba morfina para el alivio de un dolor paroxístico en los lomos.

Lo había estado tomando durante varios años. En los dos últimos años había aumentado la dosis hasta diez granos, tomados tres veces al día. No había efectos adversos evidentes; las funciones se realizaban adecua-

damente, el apetito era bueno y no había enfermedad orgánica conocida.

La terapéutica de cualquier época está estrictamente en conformidad con la enfermedad o el síntoma más prominente de las gentes sobre las que ejercen los médicos. Esto es cierto de países enteros y de secciones de países, así como de las épocas.

Antaño, cuando era común que los médicos prescribieran opio, era este fármaco el que las gentes comían. Al ponerse de moda la morfina, fue prescrita en gran medida por la profesión, y las personas que formaban el hábito en aquel tiempo, por regla general, comían morfina. Los habituados de la época del opio también recurrían a ella, hallándola mucho más poderosa que la droga en bruto, mucho menos voluminosa, y suprimía la necesidad de provocar una respuesta al opio en el sistema quebrantado mediante el recurso a los estimulantes alcohólicos.

En la época en que vivieron De Quincey, Coleridge y Southey, el pueblo y la profesión sabían poco del hábito del opio, salvo entre las naciones extranjeras; los habituados eran pocos en número y, en consecuencia, cuando apareció el artículo de De Quincey, produjo una impresión muy decidida en el ánimo público; impresión aún no borrada, y que llevó consigo una incalculable cantidad de daño. Hombres y mujeres que nunca habían oído hablar de tal cosa, estimulados por la curiosidad, con la mente llena de las vivas pinturas de un estado de dicha soñadora, de un sentimiento de plena satisfacción con el mundo y con todo lo que los rodeaba, hicieron el experimento, se enredaron gradualmente en las mallas de seda de la fascinante red, que demasiado pronto se mostró demasiado fuerte para permitir romperla.

No hay cuestión en mi mente de que, al escribir sus «Confesiones», De Quincey dejó un gran deber en el lado de la verdad, y legó a las generaciones sucesivas una masa de ingeniosas mentiras; más placenteramente la ficción, vaporizando de un cerebro empapado de láudano. Necesitaba buscar alguna justificación para su vida de miseria voluntaria, para las esperanzas, ambiciones y perspectivas arruinadas de lo que podría haber sido una noble carrera, y ofreció la vida de sueño, el desarrollo

más pleno de la benevolencia y los muchos placeres tan fantásticamente retratados, como justificación, al menos en parte, de su pecado.

Ni sirve la confesión final del intenso dolor, la

abyecta miseria, el vacilar de la mente, el desmoronamiento del razonamiento y de la fuerza de voluntad, y la penumbra siempre acompañante e impenetrable de un infierno viviente, para contrarrestar plenamente los efectos nocivos de la pintura de los placeres del opio. El lector, confiado en su capacidad de detenerse antes de la línea siempre cambiante que divide la felicidad de la miseria, no se disuade en modo alguno de probar el experimento cargado de peligro. Conozco varios pacientes que comenzaron el uso del opio simplemente por leer este libro tan pernicioso.

Sobre las personas que viven en climas templados y fríos, este

fármaco no tiene ningún efecto de esa índole, con referencia al

asunto de los sueños, como sobre los orientales. Indolentes, sobrealimentados y, por razón de su modo de vida, asociaciones religiosas y hábitos de pensamiento, fantásticamente imaginativos, no es sorprendente que disfruten, mientras están bajo la influencia del fármaco, de sueños grotescos y, para ellos, placenteros. Si el opio causara sueños ajenos al cuadro conjurado diariamente por sus fértiles imaginaciones, sería en verdad más sorprendente. Que no produzca tales efectos en nuestra gente llana y trabajadora no es de extrañar.

Como ya he dicho, la preparación del fármaco empleado y la manera de usarlo en cualquier época ha estado exactamente en consonancia con la práctica de los médicos de aquel tiempo.

En los últimos años los médicos se inclinan cada vez más al uso subcutáneo de la morfina y, en consecuencia, el número de personas que usan habitualmente el fármaco de este modo aumenta diariamente. Ocho décimas partes de aquellos de quienes oigo y de aquellos que vienen a mí en busca de tratamiento usan el fármaco por vía subcutánea.

El doctor Charles Warrington Earle, de Chicago, en un muy hábil

y bien escrito folleto,* es de la opinión de que la mayoría de los habituados no usan el fármaco de este modo. En respuesta solo puedo reafirmar mi opinión recién expresada, y debo decir que la tendencia de estos pacientes a falsear, y su delicadeza al revelar su manera de usar el fármaco a los boticarios de quienes lo obtienen, deben tomarse en consideración. El doctor Earle basa sus conclusiones en 235 casos, cuyas historias se han obtenido principalmente de boticarios.

Entiéndase, sin embargo, que no sostengo que la mayoría de los consumidores de opio y morfina usen esta última droga con la jeringa hipodérmica. Simplemente digo que en mi experiencia esta manera de usar el fármaco está muy en aumento entre los habituados, y seguirá aumentando de año en año, del mismo modo que la morfina está reemplazando rápidamente al opio en la práctica de los médicos.

Esto se muestra bien en una de las tablas cuidadosamente preparadas por el doctor Earle:

Se usó morfina en. . . 120 casos.

Se usó tintura de opio en. . . 30.

Paregórico. . . 5. Elixir de McMunn. . . 2. Opio en goma. . . 2. Polvos de Dover. . . 2. Desconocido. . .

La edad en que este hábito es más común es de treinta a cuarenta, tanto en hombres como en mujeres. La siguiente tabla, que, como afirma el doctor Earle, es solo aproximativa, es interesante a este respecto:

* «The Opium Habit»; reimpresión de la Chicago Medical Review, octubre y 5 de noviembre de 1880.

Hombres— De 20 a 30 años 5 De 30 a 40 años 19 De 40 a 50 años 11 De 50 a 60 años 7 De 60 a 70 años. . . De 70 a 80 años. . . 1 Edad desconocida 22 Total 66 Mujeres—

De 10 a 20 años. . . De 20 a 30 años. . . 18 De 30 a 40 años. . . 26 De 40 a 50 años. . . 22 De 50 a 60 años. . . 14 De 60 a 70 años 4

Un tercio del número total, prostitutas, probablemente de 15 a 50. . . Edad desconocida. . . 14 Total. . . 169¹¹

Las mujeres son víctimas más frecuentes que los hombres, en la proporción de tres a uno. Esto se debe sin duda a que las mujeres, más a menudo que los hombres, padecen enfermedades de carácter nervioso, en las que se emplean remedios narcóticos a veces durante un largo período, y también a que en algunos casos lo usan en lugar de los estimulantes alcohólicos, siendo sus efectos menos notorios y

Tanto los hombres como las mujeres son por lo general de las clases superiores, en cuanto a inteligencia y cultura. En algunos casos, un fracaso comercial o un problema familiar ha sido el incentivo para recurrir al uso del fármaco. En algunos casos, el hecho de que el consumo de opio había arruinado las facultades mentales de la víctima,

o le había vuelto descuidado o negligente en sus relaciones domésticas, ha conducido al fracaso comercial o a la ruptura de los lazos familiares. La mayoría de los pacientes provienen de las clases medias, aquellas gentes que se afanan y se preocupan continuamente en el casi incesante empeño de «guardar las apariencias».

El hecho de que la mayoría de los consumidores de opio estén casados, sean viudos o viudas, probablemente se explique por la razón de que en la mayoría de los casos los pacientes entre quienes es más común se hallan justamente en la edad en que el matrimonio ha tenido lugar. En algunos el hábito se contrae antes, en otros después del matrimonio.

Conocí un ejemplo en que la esposa, una joven de dieciocho años, contrajo el hábito de usar el fármaco por vía subcutánea por el descuido de su médico. El marido comenzó entonces a usarlo él mismo, y hoy los dos están separados, la esposa parcialmente demente, el marido un habitudo confirmado y también un borracho alcohólico. Quien ve mucho de esta enfermedad se encuentra con algunos casos muy tristes.

PREPARACIONES EMPLEADAS.

Las siguientes son las diversas preparaciones usadas por los consumidores de opio y morfina— Opio en bruto.— De fuerza variable.

Tintura de opio, láudano.— 1 grano de opio por cada 25 gotas, o 1 grano de opio por cada 13 gotas medidas, ¹²mínimos.

Tintura de opio alcanforada (paregórico).— 1 grano por onza, o 480 gotas.

Elixir de McMunn.— De la misma fuerza que el láudano.

Polvos de Dover.— 1 grano de opio y 1 grano de ipecacuana por cada 10 granos del polvo.

Sales de opio, 1 grano de cualquiera de ellas, sulfato de morfina, acetato de morfina, equivale a unos 6 granos de opio.

El láudano era el favorito de De Quincey. Afirma que ha tomado hasta 8000 gotas en el curso de veinticuatro horas. Se atribuye a Coleridge haber tomado más.

Una paciente, una señora, a quien vi en consulta con el doctor

Brennan, de esta ciudad, tomaba media pinta cada mañana.

Sin ello estaba totalmente incapaz de conversar o de ser vista.

Muchos de los antiguos habituados de la vieja escuela usan el opio en goma, pero pocos la paregórica, y menos aún el polvo de Dover. Para obtener una cantidad suficiente de opio para el consumidor medio a partir del polvo de Dover, la ipecacuana, que se halla presente en igual cantidad, produciría náuseas y ofrecería un obstáculo adicional a su empleo. El opio pulverizado y el extracto de opio se han usado en forma de supositorios. Tal fue el caso de uno de mis pacientes, un caballero que padecía de inflamación crónica de la vejiga; tras algún tiempo abandonó el opio, usando en su lugar morfina, en dosis gradualmente crecientes.

Ya he dado la tabla del doctor Earle sobre la frecuencia relativa con que se emplean las distintas preparaciones.

Añado aquí su tabla de cantidades. De esta y de la preparación vendida, los boticarios de quienes obtuvo sus datos podrían juzgar con un grado razonable de exactitud.

Morfina—

21 personas usan de 1 a 3 granos cada día. 7 (9 (74 2 a 6 cé ee 12 ceé (a4 6 a Io (a4 ce Io ee ce Io a 15 ce (74 12¹³ (74 ¢ 15 a 20 a4 ce

il ae ¥% una dracma rd cs

6 # r dracma 2 cs 20 i. 1 botella por semana.

5 (4 2 as ce

I és 11 botellas cada mes.

Tr. Opio—

I5 personas usan 1 dracma cada día.

4 (a4 8 cé 6é

7 (74 4 (a3 cc 12 i. I onza *

4 ce 2 (a4 ce

I (<3 3 (a4 cé

T (a4 4 ce ce

Goma de Opio—

3 personas usan 10 granos cada día. 5 (a4 20 a4 (a4 I

Sut ee

dracma oe cé (74

ce (a4 ce c¢ c¢

eH NB NO

La morfina se usa por la boca, por el recto o hipodérmicamente. Conozco un curioso caso, que se detallará más ampliamente en otra ocasión, en el que la paciente, una señorita, tomó morfina primero subcutáneamente, luego por el recto y finalmente por la boca.

Soy de la opinión de que la morfina, cuando se usa de forma continua, causa más daño tomada por la boca que tomada subcutáneamente. Es más, que el hábito es más difícil de romper, y las recaídas más propensas a ocurrir, en la primera que en la segunda clase de casos. El opio o la morfina por la boca, tras algún tiempo, ejerce un efecto directamente paralizante y anestésico sobre la ¹⁴membrana mucosa del canal alimenta-

rio, y da lugar a trastornos hepáticos y a veces a enfermedades graves. La inyección subcutánea de morfina ejerce indudablemente un efecto nocivo sobre las mismas superficies y órganos, pero no tan directamente como cuando se toma por la boca.

Entre las naciones orientales el opio se usa principalmente fumado. Como esto rara vez se ve en este país, salvo entre gentes de aquellos países, no nos concierne especialmente. Es más, un relato completo de estas prácticas puede hallarse en libros de viajes y otros tratados sobre esa rama especial del asunto.

Al doctor Alexander Wood, de Edimburgo, corresponde el mérito de haber descubierto primero y aplicado prácticamente la jeringa hipodérmica al tratamiento de afecciones dolorosas, más especialmente neuralgias. Los doctores Isaac E. Taylor y Washington, de esta ciudad, pretenden haberla usado en este país en 1839, mientras que el descubrimiento de Wood se hizo en 1843, y su primer artículo apareció en 1855. El instrumento de Wood fue traído por primera vez a este país en 1856, por el profesor Fordyce Barker, de esta ciudad. Entonces comparativamente desconocido, ahora está en posesión de casi todos los médicos del mundo. En mi obra sobre el uso hipodérmico de la morfina* hice, en el prefacio, la siguiente afirmación, cuya creencia se ha visto reforzada desde entonces: «No hay procedimiento en medicina que se haya vuelto tan rápidamente popular; ningún método de aliviar el dolor tan pronto en su acción y tan permanente en su efecto; ningún plan de medicación que se haya usado tan descuidadamente y tan thoroughly abused; y ningún descubrimiento terapéutico que haya sido tan gran bendición y tan gran maldición para la humanidad, como la inyección hipodérmica de morfina.»

El peligro de formar el hábito por el uso del fármaco de esta manera es indudable. Corresponsales, médicos de todas partes de este país, Inglaterra y Francia, lo afirman y detallan casos. Levensteint da muchos ejemplos en Alemania, y el doctor Loose, de Bremen, me envía el informe de un hábil trabajo leído por él ante una sociedad médica, en el que cita casos, deplora la rápida propagación de la práctica y aconseja una legislación especial sobre el asunto. Señala para aquel país lo que el doctor J. B. Mattison, yo mismo y otros hemos notado en los Estados Uni-

dos, a saber, que muchas de las víctimas son miembros de la profesión médica, de buena reputación. Ciento treinta y un médicos me informan de ciento ochenta y cuatro casos del hábito de la morfina, en todos los cuales se contrajo por el uso de la jeringa hipodérmica.

La mayor cantidad tomada en las veinticuatro horas por este método me la comunica el doctor W. F. McAllister, de la Oficina de Cuarentena, San Francisco, California: «Un médico, residente en esta ciudad, contrajo disentería en Shanhái, China, en el verano de 1873. Se usó morfina hipodérmicamente, y fue deslizándose hacia el hábito de usar

*«La inyección hipodérmica de morfina. Su historia, ventajas y peligros.»

+«El deseo morbosos de morfina», Londres, 1878.

Fic. 1.—Jeringa hipodérmica. Cilindro de vidrio con revestimiento metálico. Graduada en el vidrio.

Fic. 4.—Jeringa metálica simple, graduada en el vástago, con una tapa para cerrar firmemente el extremo de la aguja del barril, y un dispositivo por el cual la aguja puede llevarse en el vástago hueco. Este es un excelente instrumento. Todos los aquí mostrados fueron fabricados por Codman & Shurtleff, de Boston, y son duraderos, precisos y fáciles de limpiar.

EL HÁBITO DEL OPIO.

el fármaco de esta manera él mismo; el hábito resultó en su muerte en 1878. Fui llamado a verle profesionalmente en 1875. Residía en aquel entonces en Hong Kong, China. Consumía cada día setenta y dos granos de sulfato de morfina en tres dosis: veinticuatro granos por dosis.

Esto continuó haciéndolo hasta el día de su muerte.»

El profesor T. Gaillard Thomas, de esta ciudad, me relata dos casos fatales, en personas jóvenes, debiéndose la muerte a un agotamiento extremo, dependiente de una nutrición imperfecta y de una depresión gradual de los sistemas nervioso y circulatorio.

A consecuencia del escepticismo manifestado por algunos médicos en cuanto al peligro de contraer el hábito de esta manera, me siento obligado a instarles a la mayor cautela en el uso de este instrumento, especialmente en el caso de pacientes neurasténicos. He tenido tantos casos deplorables de esta clase traídos a mi conocimiento, ya como pacientes o por correspondencia, que no puedo dejar de sentir que este asunto es de gran importancia, y digno de más atención y cuidado de los que habitualmente se le prestan.

Ya he hablado de las dos maneras en que se forma el hábito del opio o de la morfina. Un paciente de temperamento nervioso, que padece alguna enfermedad dolorosa o espasmódica, es atendido por un médico, que le administra uno de estos fármacos, por la boca, por el recto o subcutáneamente. El alivio del sufrimiento es mágico, y persiste mientras dura el efecto del fármaco. Con el retorno del dolor viene el deseo natural de que se alivie, y como los narcóticos de que acabo de hablar se han hallado especialmente eficaces, el paciente desea su repetición. Esto puede continuar durante semanas y meses, hasta que la enfermedad, de la cual el dolor no era sino un síntoma, se cura, o puede que nunca se cure. En todo caso, el paciente despierta al conocimiento de que debe tener su narcótico. La vida sin él es insoportable, y en lugar de hacer un esfuerzo extremo de la voluntad, como algunos hacen, y abandonar entonces y allí su uso, la mayoría se deja arrastrar a este hábito de intoxicación diaria con opio. La mayoría de los habituados usan primero el fármaco para el alivio del dolor, y luego se encuentran incapaces de desprenderse de él. Algunos parecen estar constituidos de tal modo que una sola o unas pocas dosis de fármacos de esta naturaleza encienden en ellos un deseo irresistible de continuar su uso. Parece haber un anhelo morboso de algo que no se conoce, hasta que se prueba el narcótico. Cuando este apetito morboso se satisface y se fija, se convierte en el típico «deseo morboso de morfina». Será dipsomanía, morfinomanía, cloralomanía, hasheesh-manía, según que uno u otro fármaco se presente al paciente en el estado de anhelo. Algunas personas indudablemente nacen con, y algunas adquieren, este anhelo de algún narcótico o estimulante.

Una persona que conoce este hecho puede ver fácilmente cuán semejante a prender una cerilla a la pólvora es dar a estas gentes opio o morfina

en cualquier forma, y cuán inevitablemente la lectura de un libro como el de De Quincey crearía un anhelo y abriría el camino a una senda que tiene un final cierto en la servidumbre de toda una vida. Los tales son dignos de compasión, y merecen el trato más bondadoso y el cuidado más juicioso. Son como una persona que ha perdido un miembro, o que padece de un cáncer. En un caso carecen de cierto algo que debería estar allí, y que es necesario para el más libre, pleno y adecuado disfrute de la vida; en el otro caso —la tendencia adquirida o herencia— tienen una adición perniciosa al sistema que los amenaza con la muerte.

Compasión, pues, más que culpa, usando al mismo tiempo todos los medios legítimos para romper tanto el hábito como la tendencia.

Soy de la opinión de que una comprensión más clara y por consiguiente más completa de esta parte del asunto puede obtenerse clasificando los diversos efectos del uso continuado de la morfina o del opio bajo los encabezados de los distintos sistemas y aparatos, y he adoptado, por tanto, este método de presentar estas materias al lector.

(Estómago, hígado e intestinos.)

El primer efecto del opio o de su alcaloide morfina sobre el estómago es, en la mayoría de los casos, aumentar el apetito y causar una agradable sensación de calor y un sentimiento de contento general. Tras algún tiempo, sin embargo, especialmente si el fármaco se toma por la boca, el apetito se deteriora materialmente, los intestinos se vuelven estreñidos, hay una sensación de vacío en la boca del estómago, la circulación a través del hígado se ve interferida, sobreviene una inflamación catarral del intestino delgado y del estómago, la abertura del conducto biliar queda parcialmente obstruida por la membrana mucosa hinchada, y el resultado es una coloración más o menos decidida de la piel con la materia colorante biliar. Esto se debe, en parte, a la interferencia con las células en el correcto desempeño de sus funciones, indudablemente por medio de los nervios que a ellas llegan. Al mismo tiempo, el jugo gástrico disminuye en cantidad y se debilita, como es también el caso respecto de las secreciones intestinal y pancreática, la digestión de los alimentos se realiza imperfectamente, y en consecuencia resulta un estado de desnutrición, que se manifiesta en el desgaste de los músculos y la pérdida del

tejido adiposo bajo la piel, especialmente de la cara, el pecho y el abdomen.

A medida que la catarral gástrica aumenta, sobrevienen las náuseas y, por último, el vómito, que debilita aún más al paciente. Los trastornos del estómago, el hígado y los intestinos son mucho más comunes entre quienes usan la droga por la boca. He visto, sin embargo, pacientes que, usando morfina hipodérmicamente, han sufrido intensamente con ictericia, catarro de estómago, náuseas y vómitos. Cuando estos trastornos surgen en el curso del uso subcutáneo de la morfina, suelen ser de carácter muy agudo. Un caballero, de unos 32 años, llegó a mi conocimiento hace algunos meses, aquejado de hidropesía en ambas piernas, las cuales, desde la mitad de la pierna hasta los tobillos y alrededor de ellos, estaban cubiertas de colecciones de diminutas manchas rojas, evidentemente puntos en los que los vasos capilares sanguíneos se habían roto.

Un examen de su orina descubrió un treinta por ciento de albúmina y algunos cilindros tubulares de los riñones. También una cantidad decidida de morfina, y considerable sangre. Se le sometió a remedios tónicos; las piernas, previamente vendadas con ungüento de sulfato de hierro, fueron fuertemente vendadas. Al cabo de unas dos semanas la hidropesía disminuyó, las manchas desaparecieron y la salud general mejoró lo suficiente para permitirle un viaje de negocios al Oeste. Apenas se hubo acercado a su destino, sin embargo, cuando la hidropesía de las piernas reapareció, y el antiguo mal volvió con toda su fuerza. Además, se puso algo icterico, hizo su aparición el agua en el abdomen, y una náusea sumamente angustiosa le acosaba día y noche. Durante todo este tiempo logró realizar una cantidad inusual de trabajo literario, que requería tanto conocimiento como tacto. A su

regreso a Nueva York, se hallaba en un estado muy débil y debilitado. El estómago se rebelaba ante casi todo tipo de alimento, el vientre estaba distendido por el agua, la náusea era intensa, el vómito frecuente, y la orina de color subido, sanguinolenta y con cerca de un sesenta por ciento de albúmina.

Mientras estuvo en el Oeste se hizo un intento de disminuir gradualmente la cantidad de morfina, pero, debido a una grave enfermedad, fue abandonado. Tampoco consideré aconsejable intentarlo de nuevo hasta que la salud general estuviera mejor. Con hierro, en diferentes formas (dializado, píldoras de Bland y tintura muriática), estricnina, fósforo y genciana, mejoró gradualmente, y ahora justamente comienza el tratamiento por reducción gradual. Consume diariamente unos diez granos, usándolo subcutáneamente. Contrajo el hábito hace unos cinco años, por haberle sido administrado hipodérmicamente durante un grave ataque de reumatismo articular agudo. Hace dos años fue curado del hábito por un médico de esta ciudad, que siguió el plan de la privación súbita, con el resultado de casi matar al paciente.

Mientras viajaba por Alemania, con el propósito de reportar ciertos hechos para su periódico, fue súbitamente acometido de congestión cerebral, acompañada de intenso dolor y un estado de semiconsciencia. Un médico alemán que fue llamado, sin conocer la historia previa del hombre, le administró una inyección subcutánea de morfina, con el resultado de restablecer el hábito.

El líquido en el abdomen no es una complicación común, y cuando ocurre, empuja el estómago hacia arriba, interfiere con la circulación de la sangre en las vísceras de la cavidad abdominal y hace que las náuseas y el vómito sean aún más molestos.

Las heces evacuadas por los maníacos de la morfina son a veces de color de arcilla, por carecer de materia colorante biliar. La

ausencia de bilis en el canal intestinal permite la descomposición de los alimentos, con la producción de gases malolientes que regurgitan a través del estómago, o pasan por los intestinos. El estreñimiento es la regla. A veces alterna con diarrea severa. En una paciente que vi, las heces se acumulaban día tras día en los intestinos, hasta que resultó una impactación y la masa fue extraída, con la mayor dificultad, por medio de grandes enemas y el mango de una cuchara.

Esta señora había estado usando la droga, opio en bruto, solo durante ocho meses.

Este estreñimiento por el estado endurecido de las heces produce irritación, catarro intestinal y a menudo hemorroides acompañadas de una erupción eczematosa alrededor del ano.

La pirosis, no por un exceso de jugo gástrico, como tan a menudo se supone, sino por una fermentación ácida de los alimentos, no es un síntoma poco común.

Algunos pacientes siguen durante años sin perturbación de los intestinos, el hígado y el estómago, más allá de un ligero catarro y algo de ictericia, pero estos males seguramente llegan tarde o temprano.

En muchos casos, a medida que disminuye el apetito por la comida, el apetito por los estimulantes alcohólicos lo reemplaza. Una señorita, de veinte años, antiguamente paciente mía, tras usar la droga subcutáneamente durante tres años, perdió el apetito y subsistió durante casi ocho meses a base de cerveza de barril, unas pocas galletas y un poco de pan tostado. Consumía alrededor de un galón de cerveza al día. Durante este tiempo disminuyó algo la cantidad de morfina usada (ocho granos, reducidos a seis granos, en veinticuatro horas) y ganó en peso y salud. Al cabo de este tiempo, sin embargo, sobrevino un grave trastorno gástrico, y yació durante meses en un estado precario. Ahora está curada del hábito.

Los estimulantes alcohólicos son usados por algunos habituales para aumentar el efecto de la morfina, lo que hace hasta cierto punto. Se engañan a sí mismos con la creencia de que así podrán reducir la cantidad de morfina usada, pero en la mayoría de los casos esto es una falacia. Quienes prefieren el láudano y el paregórico al opio o la morfina a menudo lo hacen por la cantidad de alcohol contenida en estas preparaciones. Conocí a un caballero, hace algunos años, ahora muerto, un ministro episcopaliano, que se volvió adicto al uso de estimulantes alcohólicos. Sus excesos eran tan frecuentes y tan degradantes que se consideró necesario expulsarlo de la iglesia. Escarmentado por el golpe, pero sin querer abandonar por completo su hábito, se valió del expediente de usar grandes cantidades de láudano, obteniendo así el efecto tanto del opio como del alcohol. Murió unos dos años después, por tomar una dosis excesiva, al final de una juerga, la primera y última en los dos años.

Su lápida es un monumento a esperanzas truncadas, ambición insatisfecha, una vida malgastada, y señala una moraleja muy elocuente a quienes le conocieron. Que un hombre cuente bien el costo antes de tomar servicio con un amo que solo se satisface con una vida arruinada, aquí y en el más allá.

Los efectos de estas drogas sobre la piel pueden dividirse en los relativos al color, la sensación y la nutrición. El tinte cetrino, cadavérico, que tan a menudo se ve en los casos avanzados, se debe en parte a la decoloración por las materias biliares, que no son excretadas debidamente por el hígado, y en parte a un estado de desnutrición, que tan a menudo se ve en personas que sufren de enfermedad cancerosa. En caso de haber una seria interferencia con el funcionamiento de los riñones, el color cetrino se vuelve menos definido, diluido lo expresa bien, y

tiene un aspecto más parecido al del mármol blanco viejo.

En este caso el tejido se siente pastoso y «empapado», y en puntos una depresión hecha en la piel por la presión del dedo permanece. Hay también hinchazón bajo los párpados y los ojos están legañosos y llorosos. Cuando no hay hidropesía la piel suele estar seca y áspera, aunque a veces bañada por un sudor frío y agotador, cuyo olor es a menudo muy ofensivo. Un consumidor de morfina u opio, previamente mal nutrido, a veces parece mejorar, echando carne rápidamente. El aspecto, a menudo mejor visible en el rostro, es muy engañoso, y se debe, en la mayoría de los casos, a una ligera hidropesía. A veces se ve unas semanas después de que estos pacientes comienzan a usar estimulantes alcohólicos, especialmente cerveza. Pronto pasa, dejándolos con un aspecto más delgado y más miserable que antes.

En aquellos casos en que el hábito no ha progresado mucho, la piel suele volverse más roja y más gruesa que lo natural, y está salpicada aquí y allá de pústulas.

En un caso que recientemente he tenido a mi cuidado, el de una señorita que nunca había usado estimulantes y que solo había usado morfina, y eso subcutáneamente,

durante diecisiete meses, se presentaba un estado hinchado y enrojecido de la nariz, exactamente como el que se ve en los viejos borrachos. Dos semanas después de suspenderse la morfina, la nariz comenzó a disminuir de tamaño y el color a desaparecer, y el estado quedó completamente curado al cabo de tres semanas.

No se usaron aplicaciones locales.

La pérdida de elasticidad de la piel es un cambio común. Que la nutrición está seriamente interferida se ve por esta alteración, la pérdida de tejido adiposo, la circulación desequilibrada, que da unas veces frialdad y palidez, otras rubor y calor excesivo, y la secreción variable. Una persona rolliza y bien nutrida que comienza el uso

de la morfina pierde aquellos contornos de salud causados por el desarrollo adecuado del sistema muscular y la distribución normal de grasa bajo la piel. El rostro y la forma cambian ambos, y ciertamente para peor.

Estos cambios se deben indudablemente a una doble acción de la morfina; la que ejerce sobre el canal alimentario, impidiendo la digestión y asimilación adecuadas de los alimentos, y la que ejerce sobre los nervios que regulan el suministro de sangre que pasa a la piel.

Las erupciones, tras un tiempo, aparecen en diversas partes del cuerpo, más especialmente el rostro, el pecho y la espalda. Suelen ser pustulas, con bases duras e induradas; a veces papulares. El herpes zóster o «culebrilla» se produce ocasionalmente, y va acompañado de un picor sumamente intolerable; menos a menudo la púrpura hemorrágica. En el caso del caballero literato ya mencionado, esta estaba presente, como también lo estaba el sangrado de los riñones. Cuando ocurre, el sistema debe estar muy agotado y la sangre en muy malas condiciones, condición que normalmente requiere mucho tiempo o grandes dosis de la droga para producirse.

Otro síntoma dependiente de la nutrición desordenada de la piel es la caída rápida o lenta del cabello que ocurre en algunos pacientes. Por mucho que se usen restauradores del cabello y tónicos del cuero cabelludo en estos casos, el cabello, una vez que ha comenzado a caer, conti-

nuará haciéndolo hasta que mejore la salud general. Cuando se ha suspendido la droga ocurre una abundante caída del cabello, seguida de un nuevo y lujurioso crecimiento. En efecto, despejar y reconstruir parece ser la regla en cada tejido. Se ha notado cambio de color del cabello en algunos casos.

Aquellas afecciones de la piel debidas al uso de soluciones sucias y agujas sucias cuando la droga se administra subcutáneamente serán tratadas plenamente en breve.

La sensación se altera de diversas maneras. A veces hay un estado de hiperestesia, siendo el menor toque intensamente doloroso, y el contacto de la ropa causando una irritación decidida. Ocasionalmente un miembro entero o parte de un miembro o porciones del tronco o del rostro se sienten «entumecidos o muertos».

A veces hay una serie de sensaciones punzantes o cosquilleantes que son muy irritantes, ya que ellas y el entumecimiento son a menudo considerados por los pacientes como precursores de la parálisis. La sensibilidad al frío es a menudo extrema. Esto y las heces muy duras de color de arcilla se ven también en la diabetes sacarina, y en cada caso en que las he notado se encontró azúcar en mayor o menor cantidad en la orina del paciente. Cuál sea la conexión no puedo decirlo, pero es digna de un estudio más profundo.

El uso continuado de opio o morfina tiene un efecto decidido sobre el aparato sexual. Uno de los primeros cambios que se notan en las mujeres es la escasez, luego la irregularidad y, finalmente, el cese total de la menstruación. En algunos casos se observa un período ocasional, pero por regla general la suspensión es decidida y permanente hasta que se abandona el hábito. Ocasionalmente la menstruación ocurre cuando se cambia de una preparación a otra, o de un modo de administración a otro.

En uno de mis pacientes, que no estaba en tratamiento por ello, pero que era un habitué, la menstruación se presentó, tras tres años de cesación, al cambiar del uso de láudano por la boca al de morfina por la piel. Ocurrió, sin embargo, solo una vez.

En el caso de la joven señora casada ya mencionada, cuando se cambió de las inyecciones subcutáneas a las rectales, el flujo se restableció y se presentó, aunque de manera irregular, durante casi un año.

Levenstein, que ha realizado algunas investigaciones y experimentos interesantes y valiosos sobre esta materia, cree que esta menopausia anormal se debe a la inactividad de los ovarios. Dice:

«Según la teoría de Pflueger, en los casos de amenorrea debida al deseo morboso de morfina, el crecimiento de las células ováricas se detendría de un período mensual a otro y, en consecuencia, habría una falta de estímulo en los nervios ováricos, causando por un lado la ruptura de los folículos de Graaf y produciendo, por otro, un estado congestivo de los órganos generativos por acción refleja. Por lo tanto, la morfina actuaría sobre los ovarios del mismo modo que sobre las demás glándulas secretoras, es decir, los privaría de función bajo su influencia continuada. Es probable, por tanto, que el flujo menstrual no aparezca por no tener lugar la ovulación; esto también explicaría la esterilidad.»

Acompañando a esta condición de no menstruación hay siempre esterilidad. Que esto se debe al uso habitual de la morfina lo prueba el hecho de que estas mujeres han dado a luz un hijo o hijos antes de que se iniciara el uso de la droga, y han vuelto a quedar embarazadas y llegado a término tras abandonar el hábito. Sin embargo, mientras la menstruación ocurra, existe la posibilidad de que la mujer quede embarazada.

En la mayoría de los casos la sensación se pierde finalmente, aunque suele estar aumentada durante los primeros meses de uso de la droga. Una paciente mía, una señora que había usado morfina por la boca durante dieciséis años, halló su potencia viril durante y al final de ese tiempo en modo alguno disminuida. Si acaso, aumentada. Su dosis de morfina era de diez granos. No había menstruado durante mucho tiempo. Este fue el único caso en que probé el plan de Levenstein de suspender la droga de inmediato, y ciertamente nunca volveré a probarlo.

Con la supresión de la menstruación, sobrevienen a veces los síntomas habituales que acompañan a la supresión de esta función en los no habituados.

Levenstein afirma que las señoras que padecen leucorrea se curan a menudo de este padecimiento con el uso habitual de la morfina; el flujo reaparece, sin embargo, tan pronto como se rompe el hábito, y causa dolores semejantes a los del parto.

Cierto es que la mayoría de las pacientes femeninas, al romper el hábito, sufren una leucorrea intensa, hayan tenido o no tal flujo antes de comenzar el uso de la droga. Una de mis pacientes, que usaba seis granos diarios por vía subcutánea, tenía un flujo leucorreico antes de comenzar el uso de la morfina, sobre el cual una habituación de cuatro años no tuvo efecto curativo ni modificador. Tan pronto, sin embargo, como se rompió el hábito, el flujo aumentó mucho en cantidad y cambió de carácter, volviéndose más tenaz.

El cierre espasmódico de la boca de la vagina al intentar introducir el dedo o un espéculo lo he observado en dos casos. También desaparece fácilmente tras abandonarse el uso de la morfina.

Una mujer que quede embarazada en el curso temprano de su adicción a este hábito abortará, en la mayoría de los casos, antes de llegar a término, especialmente si la cantidad usada es grande. Levenstein ha notado el hecho de que las esposas de hombres adictos al uso habitual de esta droga en grandes dosis no habían llevado nunca a término hijos en los últimos dos años, aunque fueran jóvenes, sanas y hubieran dado a luz antes de que el marido se convirtiera en habitué.

No hay duda en mi ánimo de que el uso excesivo de esta droga por uno o ambos progenitores, pero especialmente por la madre, en caso de que esta pueda llevar su hijo a término, modificará desventajosamente el desarrollo físico, mental o moral del niño así nacido. Un médico del Sur me cuenta el caso de una señora que comenzó el uso del opio al inicio de su embarazo. Dio a luz un niño de tamaño regular que creció con una salud regular, aunque no robusta, y menstruó a la edad debida. Es, sin embargo, muy simple e infantil, todavía juega con muñecas, aunque es una joven, es muy excéntrica y rehúye la compañía de los jóvenes. La madre, que aún vive, dejó de menstruar a los 30 años y no ha vuelto a menstruar desde entonces, unos veinte años. Durante los últimos dos o tres años ha estado usando sesenta granos de opio en goma al día.

El doctor Alonzo Calkins relata varios casos en que los hijos de tales padres eran deficientes física o intelectualmente. Doy solo uno de ellos: «En una investigación presidida por el doctor Macnish se puso de manifiesto que un niño de cinco años de edad, aunque en apariencia de solo otras tantas semanas, nunca había podido caminar ni mucho menos articular un sonido articulado. La madre, durante su gestación (según se probó), había tomado morfina, usando una dracma al día en los meses inmediatamente anteriores a su fallecimiento. Un niño nacido antes de que el hábito se hubiera fijado mostró un desarrollo normal y el aspecto de salud general.» Se relata otro caso en que ambos progenitores eran «sanos y robustos por constitución original y también por hábitos de vida, con la excepción de que la mujer había, durante un período muy considerable, practicado el uso regular de morfina y en gran exceso. Un infante nacido sujeto a las contingencias solo tenía una organización física muy imperfecta, con débiles indicios intelectuales.»

Mediante experimentos cuidadosamente realizados en animales (perras y conejas preñadas), Levenstein halló que el uso continuado de morfina producía invariablemente el aborto, naciendo muerto el feto.

Con la cesación de las menstruaciones las mamas suelen reducirse de tamaño, y la voz adquiere un tono más masculino.

En el hombre, la primera indicación de un efecto sobre los órganos sexuales es el aumento del deseo; este, sin embargo, cede tarde o temprano a una impotencia parcial o total. El hecho, notado por Levenstein, respecto a la rareza de la concepción y el parto en las esposas de los habitués, ya se ha mencionado. Si la cantidad de opio o morfina usada es pequeña, la impotencia puede no sobrevenir durante varios años.

Algunos conservan la capacidad de erección parcial o completa, sin emisión. En aquellos casos en que hay incapacidad de impregnar a la mujer, existe indudablemente un deterioro de la potencia funcional de los testículos. En un caso que vi, los testículos estaban marcadamente atrofiados.

En dos casos tuve la fortuna de poder examinar el líquido seminal pocos días después de haberse roto el hábito.

Estos enfermos, como es habitual en la convalecencia, se veían perturbados por erecciones y emisiones nocturnas. En ambos casos los zoospermos eran pequeños y se presentaban en cantidad inferior a la normal. En un caso, en el que fue posible, debido a que el enfermo había sido previamente instruido, pude examinar este fluido una o dos veces por semana durante cerca de dos meses. Cada examen sucesivo mostraba un número mayor de zoospermos, y cada muestra parecía hallarse, al parecer, mejor desarrollada que la precedente.

Incluso las dosis grandes dejan a veces de producir la impotencia.

Un joven de veinticinco años, que llevaba más de tres años tomando, por vía subcutánea, diez granos de morfina, es un masturbador confirmado y parece tener emisiones frecuentes.

La albuminuria, por lo común pasajera, no es resultado raro del uso prolongado de la morfina. El depósito, tras aplicar calor y ácido nítrico, puede variar desde una vigésima hasta una septuagésima parte por ciento del volumen. En algunos casos aparece y desaparece, mostrándose un día como una nube ligera y brumosa, y otro como un depósito mensurable. La albuminuria y la diabetes se hallan con mayor frecuencia en los enfermos que usan la droga por vía hipodérmica. En algunas raras ocasiones se encuentran en la orina cilindros epiteliales, granulosos, hialinos y sanguíneos, así como células renales libres, al parecer sanas. Tal era el caso del caballero literato de quien se habló en el segundo capítulo. Esto no indica enfermedad orgánica del riñón, pues tras la supresión de la droga la albúmina y los cilindros desaparecen gradualmente.

El peso específico de la orina varía según el estado corporal del enfermo, el tiempo y la cantidad de líquidos ingeridos. Si hay azúcar, el peso es alto; si hay albúmina, muy bajo. En las mujeres nerviosas e histéricas hay un peso bajo con exceso de fosfatos alcalinos. En casi todos los casos el ácido úrico aumenta después de haberse usado la droga por algún tiempo, la urea disminuye muy notablemente, debido probablemente a la escasa cantidad de alimento ingerido, al estado congestionado y desordenado del hígado y a la impedida metamorfosis de los tejidos. Los

cloruros se hallan siempre algo, a veces notablemente, disminuidos en cantidad.

Levenstein concluye, de sus observaciones en enfermos y de sus experimentos en animales, en quienes el uso continuado de morfina produjo albuminuria, que esta afección se debe a la presión sanguínea variable en los vasos renales a través de los nervios que los abastecen.

Contrariamente a la experiencia de Levenstein, he hallado azúcar en la orina de algunos (cuatro) de mis enfermos. Ésta, como la albuminuria, fue permanente en un caso, y aparecía y desaparecía en los otros tres. Su presencia era indudable, pues reducía el cobre del licor de Fehling (previamente probado) y respondía a las pruebas de fermentación y de bismuto. En tres de los casos desapareció tras suspender la morfina. El cuarto enfermo sigue aún en tratamiento.

Levenstein halla que el envenenamiento agudo por morfina, en hombres y animales, va siempre acompañado de azúcar en la orina.

La estranguria y la retención de orina son ocasionalmente resultado del uso prolongado de la droga.

La albuminuria de la manía morfinica se acompaña a veces de hidropesía de los pies y de los miembros, menos a menudo del abdomen y de los sacos pleurales. Cuando así ocurre, el caso es grave, y se necesitará tiempo para decidir si no hay verdadera enfermedad orgánica de los riñones, en cuyo caso la ruptura del hábito podría causar la muerte por convulsiones.

Es cosa rara hallar una enfermedad real de los ojos que pueda atribuirse directamente al abuso de la morfina. Es habitual hallar la retina algo congestionada. A veces se quejan de visión borrosa y de visión doble. Se ven a veces moscas volantes, o manchas que flotan ante los ojos. Una enferma mía, que había sido miope durante cuatro años, tiempo durante el cual había usado la droga por vía subcutánea, afirma haber recobrado por completo la vista desde que se rompió el hábito.

Las pupilas están, por regla general, contraídas y regulares, ocasionalmente de tamaño normal e irregulares.

La locomoción rara vez se ve afectada durante la persistencia del hábito, salvo por debilidad. Se observa a veces contracción de músculos aislados, como el orbicular de los párpados de un ojo. Cuando las dosis de opio o de morfina llegan a ser muy grandes, la coordinación se ve a veces perturbada. En los casos avanzados se halla atrofia de los músculos, así como temblor de las manos.

La respiración rara vez se ve afectada. En algunos casos hay falta de aliento al caminar aprisa o al subir un largo tramo de escaleras. Existe a veces una bronquitis de grado leve, así como una tos corta y seca, que parece provenir principalmente de la irritación de la garganta.

La circulación se ve a menudo afectada, pero sobre todo por mediación del sistema nervioso; testigos son el rubor del rostro y los sofocos de calor por todo el cuerpo, seguidos de un sudor frío y agotador. Hay a menudo una acción irregular y debilitada del corazón, y congestión del cerebro. La albuminuria ya mencionada se debe, con toda probabilidad, a una afección de los vasos de los riñones, por los nervios que los abastecen. La sangre misma, debido a un estado general de desnutrición y de digestión imperfecta, está indudablemente deteriorada. En algunos casos los vasos se rompen, produciéndonos manchas purpúricas en el cuerpo y hemorragia de los riñones y de los intestinos. La hidropesía, que a veces ocurre, se debe, en la mayoría de los casos, a la presión sanguínea variable y a un estado enfermizo de las paredes de los vasos, que permite la fácil transudación del elemento acuoso de la sangre. La cefalalgia, el rubor del rostro, los sofocos de calor y cosas semejantes, por supresión de las menstruaciones, se observan durante el período temprano de la adicción a la morfina, pero más tarde no se manifiestan sino los síntomas nerviosos consiguientes a este estado.

Al principio del uso de la morfina los efectos sobre el ánimo son simplemente los de una agradable exaltación, un sentimiento de perfecto contento, benevolencia hacia todos, aumento de la locuacidad y estímulo de las facultades imaginativas.

El sueño va precedido de un período de lujosa somnolencia, fecunda en agradables recuerdos y magníficas anticipaciones. Hay un destierro total del dolor y de la inquietud. Es, en verdad, la vida ideal de un soñador.

dor, moldeada y modificada según el temperamento y las tendencias intelectuales del individuo.

Con el avance del tiempo, sin embargo, se advierte que la duración de estos períodos se acorta, y es necesario, para obtener el mismo agradable resultado, aumentar la cantidad de la droga. Ha de tomarse también con mayor frecuencia. El sueño, cuando llega, es menos profundo, los ensueños no tan agradables.

Si el enfermo deja pasar la hora acostumbrada de la droga, la falta se siente al punto y se muestran los primeros síntomas de rebeldía. Se toma una dosis mayor y más crecida para acallar al demonio rebelde que los gobierna, y de nuevo viene el placer, aunque no tan satisfactorio como al principio.

Las horas de libertad respecto del tirano se hacen cada vez más cortas, el sueño se niega a venir, graves dudas llenan el ánimo, el temperamento ya no es ecuánime y agradable, sino irritable y caprichoso, los dolores se muestran en diversas partes del cuerpo, las noches son largas horas de tormento, la conversación se vuelve una carga, se muestra la suspicacia, el deseo de estar solo es avasallador, los buenos sentimientos se embotan, la benevolencia es reemplazada por el egoísmo, el estímulo y la exaltación mentales por el torpor. Se descuida a los amigos, los libros que antaño interesaban ya no interesan, los pasatiempos hastían el gusto, los lazos de familia, antaño tan gratos, se vuelven gravosos, y la vida un espacio lóbrego, marcado sólo por la hora en que ha de tomarse la droga. Los días se llenan de arrepentimiento, las horas se adornan con propósitos que no bien se hacen se quebrantan,

«¡Oh dolorosa impotencia de la débil resolución!»,

las noches son años de miseria y angustia, preñadas de horrores que ni lengua ni pluma alcanzan a pintar.

He aquí el lamento de uno, ya libre de su servidumbre:* «La víctima de la morfina habita, una vez ida la primera exaltación, en un reino de fantasmas y de sombras. Vi visiones más terribles de lo que puede imaginarse. Sentí dolores que no pertenecen a lesión mortal alguna. He gritado mi terror, pero el grito no hizo sino despertar una miríada de demo-

nios que hasta entonces habían dormido sin que yo los viera. Cuatro meses de adicción a la morfina bastaron para llevarme a esta tierra de horrores, adonde ninguna alegría llegó ni ha llegado desde la creación del mundo. Mis días los pasaba en complacencias. Solo en mi despacho, en un sillón, podía, con poesía e interesantes obras terapéuticas, arreglármelas bastante cómodamente para pasar las horas. Pero que un enfermo me llamara fuera de casa, y mi abatimiento y desconsuelo eran casi insoportables. Me atormentaba un continuo conflicto conmigo mismo. Consciente de la debilidad de mis esfuerzos por emanciparme, seguía planeando algún

* The Personal Experiences of an Ex-opium Habitué.—N. Y. Medical Record, p. 399, Vol. x111.

nuevo modo de ataque, con la desmayada esperanza de poder vencer al demonio leteo cuyos músculos eran fuertes como el acero, y sin embargo sabía, al sucederse día tras día y semana tras semana, que en cuanto a toda esta guerra mental se refería, no podía traerme ayuda alguna en mi espantosa servidumbre.

»Ninguna oscura imaginación puede pintar los horrores que rodeaban aquellas noches de tormento que pertenecieron a los dos últimos meses de mis doce meses de adicción a la morfina. Ni una sola hora de las que pasé en la cama entre la medianoche y el mediodía conocí el sueño normal. En sueños que parecían más vívidos que la realidad, entraba en cavernas lóbregas y caminaba durante horas sobre cadáveres podridos, viéndome a veces forzado a pisarlos y a quedar anegado en hedores repugnantes. Veía rostros en la extraña oscuridad, a veces mil a la vez, y cada uno estaba hecho de llama rojo-sangre; centelleaban y se apagaban. Mi cerebro presa de pesadillas era perseguido y acosado por cuanto puede existir en un vasto infierno de fantasmas.»

A propósito, lo siguiente de «El profeta velado de Khorassan» de Moore:

«Espantoso era ver la mirada lívida, el aspecto pétreo de horror y desesperación que algunas de estas víctimas moribundas dirigían a aquel Demonio burlón, cuyo velo, ahora alzado, les mostraba, mientras contemplaban en la agonía de la muerte, no la luz tanto tiempo prometida, no

la frente cuyo resplandor había de salir, todo conquistador, todo redentor, sino rasgos más horribles que cuantos el Infierno trazara jamás sobre su propia prole; ningún Demonio del Yermo, ningún Ghoul de cementerio, sorprendido a la luz del bendito sol, desgarró jamás la vista humana con lineamientos tan inmundos, tan feroces como los que el Impostor ahora, en mueca burlona, muestra:

»“Ahí, sabios Santos, contemplad vuestra Luz, vuestra Estrella; quisisteis ser engañados y víctimas, y lo sois. ¿Basta? ¿O he de, mientras un estremecimiento vive en vuestros sapientes pechos, engañaros todavía?”»

Así es: llevados hasta el borde mismo de la tumba, estas víctimas aborrecen la droga que un día amaron. El negocio se ha ido, la familia está destrozada, los amigos perdidos, el sentido moral embotado o destruido, la mente incapaz de acción sana, el cuerpo arruinado, y no ven esperanza aquí ni en lo venidero.

Mentirán y robarán, harán casi cualquier cosa por obtener la droga con la cual y sin la cual se hallan finalmente en un verdadero infierno. El rostro se vuelve cetrino y fofo, los ojos legañosos y sin expresión, y el resultado final es la muerte o la locura. Algunas personas siguen usando estas drogas durante años antes de que sobrevengan los síntomas aquí descritos; otras se ven así afectadas en pocos meses.

Llegados a esta etapa, no pueden sustraerse a su terrible obcecación. Sombríos y sin esperanza, el mundo y las gentes que lo habitan dejan de interesarles. Un paciente a quien vi hace algunos años, un joven español, padecía de enajenación a causa del uso de la morfina. Hora tras hora permanecía sentado doblando, redoblando y cortando papel en pequeños trozos con una vieja lanceta. No hablaba con nadie, no reparaba en nadie. Esto continuó durante meses. Finalmente fue enviado a un manicomio, y al registrar su baúl se hallaron unas dos docenas de frascos de morfina, así como la mayor parte del baúl llena de estos diminutos recortes de papel. Nunca he podido averiguar qué fue de él.

Una paciente mía, de edad bastante avanzada, guardaba trozos de estafío, viejos retazos de trapos, tapones de vidrio de botellas y cosas seme-

jantes, dándoles gran valor. Se reía de corazón de su colección y los arrojó una semana después de su emancipación.

A veces se manifiesta una sensiblería empalagosa hacia el sexo opuesto; a veces, un pudor fingido o una directa aversión.

SÍNTOMAS GENERALES ANALIZADOS. 03

En la mayoría de los casos estas personas son sumamente hurañas, especialmente en lo tocante a los asuntos concernientes a su habituación; a menudo también en cosas triviales, donde la falsificación es absurda y absolutamente sin excusa.

Ocasionalmente hay una pérdida de conexión entre las ideas al hablar, incoherencia y necedad. El habla es, por regla general, lenta y algo arrastrada, y a menudo se interrumpe para humedecer los labios, que se vuelven secos y resecos. A veces se quejan de dolor severo en la cabeza y en la región del corazón, también en el «riñón».

En algunos casos, más especialmente en los de una organización intensamente nerviosa, el abuso prolongado del opio o de la morfina produce un estado caracterizado por excitación cerebral, análogo al del *delirium potatorum*. Estas personas son, sin embargo, menos violentas, y la afección suele desaparecer en poco tiempo, sin tratamiento.

Sobre el sistema nervioso los efectos del opio y de la morfina son los más manifiestos. Tomados al principio para aliviar el dolor y los trastornos de este sistema, teniendo su acción principal sobre él en todo momento, su uso continuado reacciona con mortífera intensidad.

Se observan sacudidas de músculos aislados, temblor de las manos y de la lengua al sacarla, y ocasionalmente parálisis de un párpado. Los dolores que sobrevienen no tienen carácter distintivo, como los que provienen del abuso del cloral.

El picor de todo el cuerpo o de partes de él es a veces muy molesto. El herpes zóster (culebrilla), una erupción que sigue la distribución de los filamentos nerviosos sobre el tronco, ocurre ocasionalmente, así como también la urticaria (erupción de ortigas). El mismo trastorno por el

cual se tomó la droga al principio se agrava o se perpetúa, en algunos casos.

Esto fue notado por primera vez por el Dr. T. Clifford Allbutt*, de Inglaterra, y he visto lo mismo en algunos casos.

En el estado de delirio que a veces ocurre, las pupilas, por lo general contraídas, son ocasionalmente irregulares y dilatadas.

Todo el sistema nervioso está desconcertado, o más propiamente, demasiado tenso, de modo que vibra ante pequeñas cosas que en estado de salud pasarían inadvertidas. Se sobresaltan al caer un libro o al cerrarse una puerta.

Las mujeres histéricas siguen teniendo sus ataques acostumbrados, a veces en forma agravada.

La siguiente historia clínica interesante me ha sido enviada amablemente por el Dr. Judson B. Andrews:—

Una mujer,[†] de treinta años de edad, soltera, costurera, sin tendencia hereditaria a la enajenación; era de una organización altamente nerviosa y excitable, emocional e irregular en el sentimiento; a veces alegre y vivaz, y luego sombría y deprimida. Su salud durante su vida temprana fue delicada, aunque no sufría de ninguna forma definida de enfermedad. A la edad de veinte años, en abril de 1862, fue acometida por un dolor en la cabeza. Fue de corta duración, pero muy severo, y durante su continuación la paciente deliraba. Ataques del mismo carácter, tanto en la severidad del dolor como en la perturbación mental, han ocurrido desde entonces, a intervalos de uno a tres meses.[‡] En 1864 tuvo reumatismo agudo, y en 1865 un severo ataque de difteria.

Después de que la enfermedad local de la garganta hubo aparentemente cedido, sobrevino vómito, que se repitió cada pocas horas durante unas cinco semanas. Para aliviar esta condición y

* Practitioner, 1871.

† American Journal of Insanity, julio de 1872.

‡ Por la historia posterior de la paciente, especialmente mientras estuvo en el asilo, nos inclinamos a creer que estos ataques de delirio tenían lugar en los períodos menstruales.

procurar sueño, se emplearon con éxito inyecciones hipodérmicas de morfina durante aproximadamente una semana, y la paciente recobró rápidamente su salud. Unos dos años después de esto, o en julio de 1867, tuvo un ataque de inflamación de los intestinos y del peritoneo, y durante cuatro semanas estuvo delirante la mayor parte del tiempo. Mejoró algo en salud, pero durante los cuatro meses siguientes tuvo frecuentes ataques de frenesí, durante los cuales a menudo amenazaba con quitarse la vida y la de su madre, y se volvía muy difícil de controlar.

En octubre siguiente había mejorado hasta el punto de pasar de la vigilancia inmediata de su médico. Poco después de esto él averiguó que ella estaba usando inyecciones hipodérmicas de morfina, para aliviar el dolor en sus miembros y en diferentes partes de su cuerpo. Cito de su carta:—

Se me informó que la estaba usando (la morfina) en grado considerable, y acudí de inmediato a explicarle los efectos y el peligro que conlleva la práctica. Creo que se hicieron todos los esfuerzos posibles para persuadirla de que desistiera, pero todo fue en vano. Era astuta y taimada, y casi siempre discurría algún plan para conseguir la morfina. Ha usado hasta dos dracmas en una semana, en uno o dos casos bien autenticados. La cantidad habitual era de una dracma por semana. Usó poca, si alguna, durante tres o cuatro meses antes de ser enviada al asilo, pues le era muy difícil conseguirla. Se ha comportado de manera muy extraña desde su primera enfermedad. Ha sido verdaderamente un misterio que nadie podía resolver.

Su madre dice:—

Que durante años se ha quejado de dolor, y se apretaba la mano a ambos lados de la cabeza, con la exclamación: «¡Oh, madre, madre, me voy a morir!» Que durante seis años se ha quejado de tal sensibilidad en la cabeza que cuando ella pasaba la mano sobre ella, al alisar el cabello de su hija, esta gritaba: «¡Oh, madre, no; me duele tanto!» Que cinco años

atrás, en 1867, se vio obligada a llamar en su ayuda, pues la paciente amenazaba y tenía la intención de quitarse la vida. Que tanto antes como después de que comenzara el uso de la morfina, su conducta era peculiar y errática; que era emocional y se alteraba fácilmente por nimiedades. Que después de que se conoció el hábito de la morfina, su conducta durante muchos años anteriores fue atribuida erróneamente a esta causa.

Pocas semanas antes de ser enviada al asilo pasó a un estado agudamente maniaco, en el que estaba insomne, comía poco e irregularmente, perdió carne y fuerzas rápidamente, y quedó bastante débil. Destruía la ropa, se arrancaba el cabello, era ruidosa, incoherente y violenta; se oponía a los cuidados, vagaba de un lado a otro, y era controlada con dificultad. En este estado fue admitida en la institución, el cinco de mayo de 1871.

Fue llevada a la sala y puesta en cama. El examen reveló cicatrices y manchas equimóticas, que cubrían casi todo el cuerpo que podía alcanzar con su propia mano. Afirmó que había empleado las inyecciones hipodérmicas durante tres años y medio, una vez, y gran parte del tiempo dos veces, al día, haciendo en total unas dos mil inyecciones; que durante los últimos meses de su continuación había usado dracma y media de morfina por semana; que introducía la aguja perpendicularmente a la superficie, y a menudo la llevaba a toda su longitud dentro de los tejidos.

Durante dos días estuvo insomne y no retuvo ningún alimento. Se administró entonces cloral, en dosis de treinta granos, que fue tolerado por el estómago, y aseguró el sueño. El vómito se hizo gradualmente menos frecuente y pronto cesó. Comía bien, ganó carne y fuerzas, todos los síntomas maniacos cedieron, y en veinte días estaba levantada y andando por la sala. La menstruación, según dijo, había estado suprimida durante dos años. Como se quejaba de dolor

SÍNTOMAS GENERALES ANALIZADOS. ay |

en la espalda y otros síntomas que por lo general la precedían, se le puso al uso de cápsulas de apiol, y el 24 de junio comenzó a menstruar, pero el flujo era escaso, y acompañado de mucho dolor.

Durante el mes siguiente ganó constantemente en fuerza mental, y se volvió bastante robusta. En la época del siguiente período menstrual el seno derecho se hinchó hasta un tamaño extraordinario, de modo que nos vimos obligados a suspenderlo con tiras adhesivas. Estaba duro y extremadamente sensible al tacto.

Este estado de hinchazón y sensibilidad se extendía en una estrecha cresta hasta la columna. El estado del seno se supuso al principio debido a la acción simpática del órgano con la renovada actividad de la función menstrual.

Durante dos semanas se emplearon aplicaciones, sin éxito, para aliviar el dolor y la tensión. En este momento, el 13 de agosto, la paciente, al pasar la mano sobre el seno, descubrió un punto elevado justo bajo la piel, que, al presionarlo, producía una sensación de punzada. Se practicó una incisión sobre él, y se extrajo una aguja rota. El 15 se extrajo otra aguja. El seno estaba ahora inflamado y extremadamente sensible. El 28 de agosto se sacó otra aguja. El 29 de agosto comenzó de nuevo la menstruación. El flujo fue abundante, y al instante se volvió delirante. Estaba habladora, inquieta, profana y obscena, y se arrancaba el cabello. Continuó en este estado unas doce horas, y, según declaró al día siguiente, estaba completamente inconsciente de lo que había ocurrido.

Desde este momento hasta el 28 de septiembre, se extrajeron diariamente del seno de una a cinco agujas. La menstruación ocurrió entonces de nuevo, y se caracterizó como antes por un ataque similar de perturbación mental. Después de esto, durante los meses de octubre y noviembre, se extrajeron agujas de diversas partes del cuerpo; del seno

izquierdo, de las paredes abdominales, del monte de Venus, de los labios y de la vagina. De estas últimas, algunas atravesaban la uretra y hacían la micción difícil y dolorosa; otras atravesaban la vagina, quedando uno u otro extremo incrustado en lados opuestos. Algunas se extrajeron de los muslos, de la pierna, hasta el tobillo, de las nalgas, de alrededor del ano, de la espalda hasta tan alto como entre los hombros. El mayor número extraído en un solo día fue doce.

En una ocasión se administró éter, pero la dificultad experimentada para ponerla bajo su influencia, y la perturbación mental producida por él fueron tan grandes que no se recurrió a él de nuevo. Durante todo el período, hasta su enfermedad final, conservó su carne, aunque comía y dormía irregularmente, bajo el uso de tónicos y sedantes. Estaba en un estado mental variable, a veces irritable, petulante, quejumbrosa, intentando crear malestar entre los ayudantes, y exigiendo cuidados y atenciones innecesarios. Otras veces estaba anormalmente alegre, jovial, agradable, y pródiga en alabanzas hacia todos los que la rodeaban.

Durante los dos primeros meses se sintió comparativamente poco dolor en la extracción de las agujas. La piel estaba engrosada, áspera y seca, y casi insensible, debido al uso prolongado y distribuido de las inyecciones. Después, sufrió agudamente, y a menudo rogaba, con lágrimas, que se pospusiera su extracción de un día para otro.

Aproximadamente un mes antes de la muerte tuvo un ataque de neumonía localizada, que afectaba la porción inferior del pulmón derecho.

Iba esto acompañado de respiración estridulosa, espasmo de la glotis, globus hystericus, llanto y otras manifestaciones histéricas. Siguió un ataque semejante al reumatismo muscular, caracterizado por gran dolor e hiperestesia de la superficie. El brazo derecho estaba hinchado, caliente

y extremadamente sensible. Sosteníase sobre una almohada y se le mantenía bañado en lociones anodinas. Perdió el apetito y el sueño, quedó muy abatida y renunció a toda esperanza de curación. Su lengua se tornó seca y pardusca, el pulso rápido, las secreciones fétidas y el ánimo muy débil. Sobrevinó una diarrea y las evacuaciones del vientre y de la vejiga se hicieron involuntarias. Quedó inconsciente y finalmente en estado comatoso, y murió el 25 de diciembre de 1871.

No se extrajeron agujas durante las dos últimas semanas; 286 fueron sacadas de su cuerpo en vida; 11 se hallaron en los tejidos después de la muerte; 3 salieron por el recto durante la enfermedad; haciendo un total de 300 agujas y fragmentos.

De este número, 246 eran enteras y 54 eran partes de agujas. Una era una aguja de máquina de coser del núm. 7, y varias estaban dobladas. Variaban en tamaño desde el núm. 4 hasta el núm. 12. En cuanto a su posición en el cuerpo, se distribuían aproximadamente así: en la mama derecha 150; en la mama izquierda, 20; en el abdomen, 60; en los genitales, 20; en los muslos y piernas, 30; en la espalda, 20.

De las extraídas después de la muerte, 5 se hallaron en la mama derecha y 3 en la izquierda; una en un pequeño absceso en la región epigástrica, y otra en la región ilíaca derecha, con la punta hiriendo el peritoneo, que estaba descolorido por el orín; y una en la parte superior del lóbulo inferior del pulmón izquierdo.

La presencia y posición de las agujas se indicaban a la paciente por la sensación de punzada ocasionada por los movimientos musculares. Fueron extraídas en algunas ocasiones al principio, cortando sobre ellas. Esto resultó ser un procedimiento doloroso y, a causa de los movimientos de las agujas en los tejidos, difícil. La hemorragia de los vasos pequeños daba a veces algún trabajo. Después, por manipulación, se engancharon los extremos de las agujas entre el pulgar y el índice, y las puntas, forzadas a través de la piel, se asían y las agujas se extraían

con pinzas. A veces se requería mucha fuerza para sacarlas. Cambiaban de posición con bastante facilidad, y con frecuencia se desplazaban de una a dos pulgadas en un día. Producían poca irritación local o molestia fuera de la sensación de punzada, y no parecían haber contribuido en grado notable a producir el resultado fatal.

En cuanto a la presencia de este gran número de agujas en el organismo, no pudo obtenerse información alguna. La paciente negó repetida y persistentemente tener conocimiento de haberlas introducido, ni por el estómago ni a través de la piel. Su madre, que visitó el Asilo, no pudo arrojar luz alguna sobre el asunto, y lo ignoraba por completo hasta que se lo informamos. Recordó, sin embargo, la circunstancia de que la paciente compró, en una ocasión, diez papeles de agujas, y solo podía dar cuenta de dos de ellos. No fueron obtenidas ni introducidas mientras estuvo en el Asilo. Estaba bajo estricta vigilancia, y no tenía medios de obtener número alguno de agujas, y las extraídas estaban todas oxidadas y

llevaban evidencia de haber estado largo tiempo en el cuerpo. El estómagο fue examinado minuciosamente después de la muerte, y se hallaba en perfecto estado de salud, sin evidencia de acción inflamatoria previa alguna.

La única teoría que nos parece en absoluto sostenible es que fueron introducidas a través de la piel mientras ella estaba bajo la influencia de la morfina, administrada hipodérmicamente, y mientras padecía de histeria. Que algunas se hallaran en posiciones en que la paciente no habría podido insertarlas, puede explicarse por sus movimientos en los tejidos, que fueron observados tan a menudo durante la vida de la paciente.

El estado enfermizo del cerebro y de sus membranas era causa suficiente para explicar la acción y conducta mentales anormales de aquella que había sido «verdaderamente un misterio

que nadie podía resolver». Cerramos este notable caso con una transcripción del examen post mortem.

Autopsia.—Rigor presente; cuerpo bien nutrido; superficie anterior densamente sembrada de pequeñas cicatrices; abdomen cubierto de una gruesa capa de grasa. Un pequeño absceso en la pared abdominal, a dos pulgadas por encima del ombligo, de tres pulgadas por una y media, estaba lleno de pus y contenía una aguja.

Un segundo absceso, a dos pulgadas por encima y a la derecha de la sínfisis del pubis, inmediatamente bajo el ligamento de Poupart, contenía otra aguja. Esta presionaba el peritoneo, que, aunque descolorido por el orín, no estaba inflamado.

De la mama derecha se extrajeron una aguja entera y cuatro rotas, y de la izquierda una entera y dos rotas.

Cabeza.—La aracnoides opaca y engrosada sobre el hemisferio derecho. El hemisferio izquierdo estaba cubierto por una delgada capa de pus, contenida en el espacio subaracnoideo. Marcada depresión de las circunvoluciones en el vértice de ambos hemisferios.

La sustancia cerebral estaba más firme que lo normal. Los ventrículos estaban vacíos, y el plexo coroideo⁴¹ contenía numerosos quistes peque-

ños en su superficie, llenos de suero.

Tórax.—El lóbulo inferior del pulmón derecho estaba hepatizado. Se halló una aguja entera en la parte superior del lóbulo inferior del pulmón izquierdo.

Abdomen.—El hígado estaba blando y graso, y el bazo aumentado; los riñones eran normales. El estómago fue sometido a un examen crítico. Se halló normal, y no había evidencia de que las agujas se hubieran introducido en el organismo por aquel órgano.

El sistema vascular, por mediación de los nervios, queda profundamente afectado, como ya se ha mostrado.

El espasmo de los músculos de la vejiga y del recto está a veces presente, y en algunos casos es angustioso y dura considerable tiempo.

Ocasionalmente se hallan síntomas semejantes a los producidos por la malaria. Levenstein, que fue el primero en llamar la atención sobre esto, dice: «La fiebre intermitente, a consecuencia de un deseo morboso de morfina, parece deberse a cierta disposición neuropática, pues no se manifiesta en muchos pacientes, aunque hayan tomado grandes dosis del fármaco, y durante años seguidos. Fue, sin embargo, imposible fijar otra causa para el desarrollo de la fiebre intermitente que el uso de la morfina, ya que los respectivos pacientes vivían en regiones libres de malaria, y ninguno de los demás miembros de la familia que vivían en las mismas condiciones mostró síntoma similar alguno.

»Podemos distinguir un tipo leve y un tipo grave de fiebre intermitente, cuando es provocada por un deseo morboso de morfina. Ambas formas se asemejan a la verdadera fiebre palúdica, en cuanto que los primeros paroxismos, que ocurrían a intervalos regulares, parecían desaparecer tras el uso de la quinina, volviendo, sin embargo, muy pronto, aunque el febrífugo se administrara continuamente; que, además, mejoraban con el cambio de aire, pero sobrevenían de nuevo por las causas más simples, como pasear en barca, errores de dieta, etc.

»Los síntomas característicos de esta fiebre son los mismos que los causados por la malaria: sensación de frío, hasta escalofríos regulares, cefa-

lea, opresión, calor y sudor.

»Difieren entre sí en este respecto, que en el momento en que se suspende la morfina, los ataques desaparecen sin tratamiento alguno, aunque hayan existido largo tiempo.

»En algunos casos la fiebre intermitente se presenta de manera errática. El paciente, en tiempos irregulares, experimenta un ataque de fiebre, con frío, calor y sudor. Estos

ataques ocurren de tres a seis veces, a largos intervalos, sin mostrarse en adelante ya más, o solo tras un gran lapso de tiempo. En la mayoría de los casos, los ataques de fiebre intermitente, en el deseo morboso de morfina, muestran un tipo terciano, rara vez cotidiano. Son a veces ante-, a veces post-ponentes. Los ataques duran de cuatro a diez horas, y van seguidos de un estado normal.

»Los paroxismos desaparecen solo en casos excepcionales, sin que se suspenda la morfina. En este caso los pacientes se quejan de experimentar una sensación incómoda, principalmente de carácter agotador, a la hora habitual de los ataques.

»Los ataques febriles van acompañados de afecciones neurálgicas de los distintos nervios, principalmente en la región de los nervios supraorbitario, intercostal y cardíaco. La temperatura está aumentada en todos los casos, variando de 38,5° a 40° C. (101,3° F. a 104° F.). El bazo está generalmente aumentado. El ataque va seguido de sedimentos en la orina. En las formas más graves de intermitentes los pacientes deliran cuando la fiebre ha alcanzado su máximo, no pueden mantenerse en la cama y pueden volverse maníacos. Ambas formas causan gran debilidad y agotamiento, que duran durante los intervalos.»

He visto solo dos casos que pudieran clasificarse en absoluto como tales. En uno no había fiebre, y el escalofrío venía cada mañana al amanecer, durante tres mañanas, faltó una mañana y ocurrió de nuevo a la siguiente. Iba seguido de sudor profuso, que duraba todo el día. En el otro caso, el de la señora que había usado el fármaco por la boca durante dieciséis años, había fiebre y alguna neuralgia intercostal, que ocurría cada dos días, durante diez días, pero no seguida de sudor. Unas pocas dosis de

quinina la cortaron. Fue por esto por lo que fui llamado por primera vez a atenderla,

pues su marido creía que padecía fiebre palúdica. En ninguno de estos casos había aumentado alguno del bazo. Descubrí entonces que era una morfinómana, para su disgusto y la sorpresa de su marido, que nunca lo había sospechado. Los dos casos siguientes son los que da Levenstein como ejemplos:

CASO I.—FIEBRE INTERMITENTE A CONSECUENCIA DE MORBOSO

M. H., estudiante de derecho, de 24 años, enviado a la Institución por el doctor Ewald en 1874, padecía de reumatismo articular agudo cuando se le administró la primera inyección de morfina. Tras su recuperación, aunque no se veía obligado a ello por el dolor, continuó las inyecciones varias veces al día, aumentando las dosis, por la sola razón de que se sentía exaltado por ellas. Los principales síntomas que de ello resultaron fueron pérdida de apetito, emaciación progresiva, pérdida de fuerzas y aumento del sudor, que con frecuencia hacía que el paciente quedara empapado estando en una habitación fría y completamente quieto.

Antes de su ingreso en la Maison de Santé padecía ataques febriles, que sobrevenían cada dos o cuatro días, a distintas horas del día, de la manera siguiente: primero había una sensación de frío durante media hora, seguida de calor y sudor profuso. Este último iba acompañado de los síntomas generales de todo ataque febril, estando presente también el aumento del bazo.

Estado actual.—El paciente es un hombre alto y musculoso; el examen de los órganos internos no muestra condición anormal alguna, excepto un bazo aumentado. Pupilas de tamaño medio, iguales, reactivas bien. El 10 de diciembre de 1875, por la tarde, el paciente recibió la última inyección de morfina.

12 de diciembre. El paciente durmió por la noche. En el curso del día solo se siente un poco soñoliento. El rostro está rojo, la piel húmeda. Hacia la tarde hay náuseas, presión en el epigastrio, gran inquietud y

dolor de estómago. El paciente se mueve en la cama, se queja de cefalea, no puede dormirse. Tres deposiciones blandas.

22 de diciembre. El paciente no ha dormido durante la noche, tres deposiciones blandas, vomitó una vez. Se queja de vértigo, inquietud y palpitación del corazón. Por la mañana hay un escalofrío seguido de calor y sudor profuso. Vómitos, diarrea. Hasta la tarde se sintió muy postrado y agotado. Entre las 3 y las 5 de la tarde se levantó. Pronto, sin embargo, volvieron los síntomas de la mañana, y el dolor en las rodillas, el agotamiento y la inquietud le obligan a acostarse.

23 de diciembre. Ha dormido de 2 a 5 de la madrugada con interrupciones. Sudor profuso, náuseas, intenso deseo de morfina, frecuentes paroxismos de estornudos. La enfermedad cesó en el curso del día. A las 8 de la tarde se administraron 30 granos de cloral.

24 de diciembre. Solo tres horas de descanso. Se siente deshecho. Una deposición blanda. Muchos estornudos; deseo de morfina. A las 9 de la tarde se administraron 45 granos de cloral, pero fueron inmediatamente devueltos.

25 de diciembre. El paciente apenas ha descansado. Una deposición floja. Ha estornudado con frecuencia. Emisión de semen. Gran postración, incluso en la postura horizontal; mejillas rojas; continúa el ansia de morfina durante todo el día. Apetito escaso. A las 10 de la noche, 45 granos de cloral.

26 de diciembre. Ha dormido bien durante la noche, solo se despertó dos o tres veces. Presión en el estómago, dolor de cabeza y palpitación del corazón sobrevienen de vez en cuando en el curso del día. A las 11 de la noche se administraron 40 granos de cloral.

27 de diciembre. Sueño inquieto, muy interrumpido. El paciente se paseó por la habitación al despertar. Durante el día se quejó de una fuerte presión en la cabeza.

28 de diciembre. El paciente ha dormido unas tres horas. Estornudos. El color rojo del rostro de los días pasados persistía aún hoy. Aunque

cansado, no lograba descansar. Dos deposiciones flojas. Por la mañana se le administró un baño caliente con ducha fría.

29 de diciembre. El paciente ha dormido cerca de ocho horas. La cabeza no está aún bien. Estornudos severos. Se siente mejor en sí mismo. Hacia la tarde, sin embargo, sobrevino una sensación de inquietud en las piernas. Tres deposiciones flojas.

1 de enero de 1876. Salvo que el sueño es inquieto, el paciente se siente bien.

3 de enero. Durmió solo desde las 3 de la madrugada; antes corrió de un lado a otro de manera inquieta. Tres deposiciones flojas. Por la tarde, baño caliente con ducha fría.

13 de enero. Las funciones corporales se hallan todas en estado normal. Salud general buena. No ha habido nuevos ataques de fiebre.

14 de enero. El paciente abandonó la Institución. No ha tenido recaída.

Orina. — La gravedad específica varió de 1,012 a 1,020. Se observó reducción de óxido de cobre.

CASO II — FIEBRE INTERMITENTE A CONSECUENCIA DE UN ANSIA MORBOSA DE MORFIA. (IMPOTENCIA. TRASTORNO DEL HABLA. ALBUMINURIA.)

El capitán B., enviado a la Institución por el cirujano mayor Dr. Peltzer, había estado usando inyecciones de morfina a consecuencia de dolores severos por una herida de bala en 1871.

Durante un tiempo su médico tratante disminuyó la droga, pero pronto, por consejo de este último, compró una jeringa y adquirió la morfina, primero en una botica y después en una tienda donde vendían productos químicos; se inyectaba gradualmente hasta veinticuatro granos al día. Varias veces su esposa intentó detener las inyecciones o al menos disminuir la dosis, pero esto se seguía de vómitos, diarrea y pérdida del sueño, de modo que el médico recomendó de nuevo su uso continuado.

Las principales dolencias del paciente, por las cuales, el 20 de diciembre de 1875, solicitó su admisión en la⁴⁶ «Maison de Santé», eran: el apetito

es malo, los intestinos están tan estreñidos que a veces no se alivian en ocho días. De tiempo en tiempo el paciente sufre de micción desordenada, teniendo que esforzarse bastante tiempo antes de que pase la orina. Muy frecuentemente había congestión hacia la cabeza, y durante el sueño temblor de los músculos de la cara y las extremidades. De vez en cuando sufría de vértigos y dolor de cabeza. Se siente mal, principalmente por la mañana. Impotente desde hace tres años.

Se veía obligado a recurrir a bebidas alcohólicas como estimulantes, pero no era un borracho. Desde el 12 de septiembre hasta fines de octubre de 1874, el paciente había tenido un escalofrío que duraba dos horas diarias, seguido de media hora de calor y de dos o tres horas de transpiración profusa. Grandes dosis de quinina tomadas diariamente durante un período de tres semanas se dice que curaron la fiebre; es digno de notarse que el paciente suspendió el uso de la morfina durante el último período de los ataques febriles. Al reanudarlo, se presentaba el mismo ataque característico cada semana o quincena al principio; gradualmente, sin embargo, los intervalos libres se hicieron más cortos, y en el momento de su admisión en la Institución la intermitente había vuelto de nuevo al tipo cotidiano. Un tratamiento con grandes dosis de quinina durante varios meses, empleado por su médico tratante, no resultó de provecho. El paciente es bastante alto; músculos y tejido areolar subcutáneo muy bien desarrollados. Rostro rojo. Ojos brillantes. Temblor de manos, ligero grado de dificultad al hablar. El paciente muestra gran vivacidad al hablar; sus facciones se mueven rápidamente; sus movimientos son vivos. El examen físico de los órganos torácicos y abdominales no muestra condición anormal alguna, excepto un considerable agrandamiento del bazo.

La morfina fue suspendida de inmediato.

21 de diciembre. El paciente tuvo una noche inquieta, se siente extenuado y deshecho; bostezo, se queja de frío, pérdida de apetito, fuerte dolor de cabeza al mover la cabeza, y dolores en la espalda; a esto sigue náusea y por la noche vómito. Transpiración profusa.

22 de diciembre. El paciente estuvo muy inquieto en la noche; se levantó de la cama, corrió de un lado a otro, se acostó de nuevo, transpiró co-

piosamente, pidió morfía. La abundante transpiración duró hasta el mediodía y estuvo acompañada de afluencia de sangre a la cabeza. El paciente sufrió de vértigos y se sintió muy cansado. Apetito escaso. Arcadas frecuentes, pero sin vómito.

23 de diciembre. El paciente ha dormido poco. Tres deposiciones flojas por la mañana. Síntomas iguales a los del día anterior. Nuevos síntomas: sacudidas en las extremidades, excitación, sensibilidad a la luz y dolores epigástricos. Para eliminar este último síntoma, los sinapismos al estómago, las cataplasmas calientes y las ventosas (cuatro veces) tuvieron éxito. Vómitos frecuentes.

24 de diciembre. El paciente solo ha dormido unas pocas horas. Muchos estornudos; ocho deposiciones flojas. En el curso del día se sintió bien.

25 de diciembre. Han vuelto los dolores y la presión en la región del estómago y tuvo también palpitación del corazón, estaba muy extenuado y sufría de tenesmo. Dos emisiones seminales.

26 de diciembre. Cuatro deposiciones flojas, escalofríos, se siente incómodo.

28 de diciembre. El paciente solo ha tenido dos horas de descanso. Manos y pies ardientes. Ocho deposiciones; durante el día se sintió débil, se queja de formicación en las manos y los pies.

29 de diciembre. La sensación incómoda continúa durante todo el día. El rostro del paciente era de un tinte rojo oscuro; se quejaba de hiperestesia en los pies y de frío. Mientras leía una carta de su esposa comenzó a llorar, aunque el contenido no mostraba razón alguna para que lo hiciera. Apetito bueno. Dos deposiciones flojas.

30 de diciembre. Durmió desde las 3 hasta las 7 de la mañana. Dos deposiciones flojas. Muchos estornudos, presión en el epigastrio, apetito escaso.

3 de enero de 1876. Durmió desde las 12 hasta las 4 de la madrugada, después de correr de un lado a otro de manera inquieta. Formicación en manos y pies.

6 de enero. Condición general satisfactoria. Apetito aumentado.

14 de enero. El paciente ha continuado recuperando sus fuerzas. Funciones corporales normales. Ha vuelto la potencia sexual.

Orina. — Durante las primeras semanas de abstinencia de la morfina la orina contenía albúmina.

El paciente abandonó la Institución el 22 de enero, en perfecta salud. No ha tenido recaída.

Neuralgia de una mitad del rostro, en todo semejante a la hemicránea palúdica, la he visto en dos casos. En ninguno había otros síntomas de afección palúdica. Ambos casos cedieron a la quinina y el arsénico.

La supersensibilidad de la piel, a veces de todo el cuerpo, más a menudo de un miembro, o una sensación de entumecimiento, no es rara.

Un hecho que había notado antes de comenzar el estudio especial de esta materia es que aquellos comedores de opio que viven más allá de la mediana edad suelen morir de parálisis. En cuatro casos lo he visto. En los cuatro casos las personas tomaban láudano.

INYECCIÓN SUBCUTÁNEA.

Hay ciertos peligros que acompañan al uso temporal o continuado de la morfina por medio de la jeringa hipodérmica que merecen cuidadosa atención, a fin de que, si es posible, se les ponga remedio. El primero es la producción de absceso e inflamación.

La mayoría de quienes usan la morfina de este modo tienen malas cicatrices. La piel está engrosada, enrojecida y cubierta de decoloraciones azuladas y rojizas. Abscesos que se están formando, formados o que comienzan a cicatrizar, se encuentran aquí y allá. Úlceras y escaras se ven a veces. Quistes se encuentran ocasionalmente. Manchas aisladas de inflamación erisipelatosa y gangrena se hallan en algunos casos. En el grabado adjunto (pág. 73) se muestra la condición de la piel en un enfermero del Hospital Bellevue, que era un habitué. La fotografía de la cual se hizo el grabado fue tomada poco tiempo antes de la muerte. Tengo ahora otros pacientes que están bastante igual de mal cicatrizados. En el

caso de una joven dama casada, la piel, en todo lugar donde el vestido cubría el cuerpo por delante, y las extremidades por completo, estaba cicatrizada, contraída y descolorida, como si hubiera sido malamente quemada y luego punzada por todas partes con tinta de la India.

Dujardin Beaumetz (citado por Bartholow*) relata un caso en que estas lesiones resultaron en la muerte.

Estos abscesos se deben, en la mayoría de los casos, a (a) descuido al inyectar, (b) agujas o jeringas sucias, (c) una solución sucia o demasiado ácida, y (d) una condición baja del sistema general, que predispone a la inflamación y la supuración ante la menor irritación.

Nunca he visto sino un habitué que tuviera una solución clara de morfina, y él la preparaba fresca cada día.

Abundante testimonio en cuanto a la producción de inflamación y absceso por las causas arriba mencionadas puede hallarse en mi pequeña obra sobre la «Morfina hipodérmicamente».

Aquellos pacientes que ejercen gran cuidado en cuanto a la limpieza y la manera de inyectarse rara vez se ven molestados por abscesos. Así, un paciente mío había usado morfina subcutáneamente en gran cantidad, durante más de seis años, inyectándose cada vez, y eso varias veces al día, en un punto de uno de los muslos, que podía cubrirse con un pequeño platillo de té, y nunca ha tenido aún ni inflamación ni absceso.

En efecto, algunas personas que no ejercen cuidado alguno en mantener limpia la jeringa o la solución, están libres de esta molesta complicación. Tal caso es relatado por el Dr. Roberts Bartholow, como sigue: «Uno de los sujetos más inveterados que he encontrado jamás era un hombre que vivía en las soledades de Texas, quien usaba una jeringa hipodérmica de vidrio, que había sido rota muchas veces y remendada con sucesivos depósitos de lacre, hasta que solo la vieja aguja oxidada quedaba a la vista, y sin embargo escapó a todos los accidentes.»

La solución de Magendie es la que más comúnmente se usa. Es de la fuerza de dieciséis granos de sulfato de morfina por onza de agua, añadiéndose unas gotas de ácido para disolver la droga. La solución prepa-

rada según el plan del Dr. H. M. Keyes es excelente. Se conserva por largo tiempo sin alterarse.

Él escribe como sigue: «Algunos años ha, mientras estaba adscrito al Hospital Roosevelt, en la ciudad de Nueva York, tras repetidos experimentos con diversos reactivos y anti-fermentos, me convencí de la practicabilidad de preparar una solución de sulfato de morfina, de la fuerza de la de Magendie, sin el auxilio de ácido, excepto el salicílico, y este no como disolvente, sino como preventivo de la descomposición, preparando una solución que, cuando está debidamente preparada, dio perfecta satisfacción tras años de uso, sin causar nunca abscesos, como sucede frecuentemente cuando se usan los ácidos minerales, y que al llevarse en el bolsillo durante meses se halla en tan perfecta condición para el uso como cuando recién preparada.

»Las siguientes instrucciones, si se siguen, darán el resultado deseado:

Sulfato de morfina, 256 granos. Ácido salicílico, 8 granos. Agua destilada, 16 onzas líquidas.

»Calentar el agua en una cápsula de porcelana, sobre una lámpara de alcohol, hasta alcanzar el punto de ebullición; añadir los polvos y remover con una varilla de vidrio hasta que se disuelvan. Filtrar por papel de filtro grueso, mientras está caliente, y guardar en una botella de vidrio verde con tapón de vidrio.»

Algunos médicos emplean el ácido carbólico, otros el hidrato de cloral, otros el ácido benzoico y otros el cloroformo como agentes conservadores. Cualquiera de estas sustancias, presente en cantidad suficiente para impedir la descomposición y el enturbiamiento de la solución por minúsculos crecimientos vegetales, es propensa a ser irritante. En mi primera obra sobre la morfina se hallará una lista completa de las soluciones usadas en este y otros países.

El erisipela resulta a veces del uso subcutáneo de la morfina.

Las agujas de la jeringa se rompen a veces dentro de la carne. Es, sin embargo, un accidente raro.

El método de practicar la inyección tiene, sin duda, alguna relación con la aparición del absceso. El plan habitual consiste en pellizcar un pliegue de piel e introduciendo rápidamente la aguja, inyectar lentamente la solución debajo de él.

Algunas personas prefieren hundir la aguja profundamente en el tejido muscular. Se afirma respecto de este plan que el absceso rara vez ocurre, y ciertamente hay menor probabilidad de herir una vena.

Lo siguiente está tomado de mi libro sobre «La morfina hipodérmicamente», e ilustra muy por completo otro peligro que a veces acompaña al uso del fármaco de este modo:

De tiempo en tiempo han aparecido en diversos periódicos médicos, nacionales y extranjeros, artículos que detallan ciertos síntomas alarmantes que siguen inmediatamente a la inyección subcutánea de dosis moderadas de morfina.

Tales accidentes han sido atribuidos por la mayoría de los autores a la penetración de una aguja en una vena, con el consiguiente paso súbito del fármaco a la circulación; por algunos, a la inyección de una burbuja de aire en la vena; por otros, al temor que acompaña al miedo de la operación y al pinchazo de la aguja; y por otros aún, a la rápida absorción del remedio cuando no se punza vena alguna.

Cuál de estas hipótesis sea la correcta es difícil decidirlo por ahora; quizá cada una haya sido un factor en determinados momentos o en determinados casos. El peso de la opinión parece favorecer la idea de la entrada súbita del fármaco en la circulación por la punción de una vena. Mediante un cuidadoso estudio de algunos de estos casos podremos acaso llegar a una conclusión definitiva.

El doctor M. E. Woodling, de North Branch, Minn., escribe: «Mi primer caso en que se ensayó la inyección hipodérmica de morfina dio por resultado lo siguiente: Paciente hombre grande, fuerte y de robusto aspecto. Se quejaba de dolor en el trayecto del nervio ciático y de lumbago. Se le practicó la inyección detrás del trocánter mayor, estando el paciente sentado; administrada lentamente. Me volví para dejar la jeringa sobre la mesa, cuando el paciente pareció vacilante, se irguió con bastante ra-

pidez y persistencia, y se deslizó de la silla, cayendo cuan largo era, supino, sobre el suelo, pálido y con respiración ausente.

Estaba ahora perfectamente límpido. Ninguna respuesta al sacudirlo o a las preguntas. Pronuncié la palabra «respire», en voz alta, en su oído.

Esto lo obedeció. Repetí esto durante cerca de un minuto, y en otro más pudo sentarse, pero estaba muy somnoliento e inseguro, necesitando ayuda. A los cinco minutos aproximadamente pudo ponerse de pie, y lo saqué a la calle y paseé con él durante una hora. Luego lo llevé a casa, todavía somnoliento, pero mejorando. A la mañana siguiente estaba bien, pero el dolor solo se había aliviado en parte.

Se practicaron otras inyecciones, sin malas consecuencias.»

El doctor A. Atkinson, catedrático de Materia Médica, College of Physicians and Surgeons, Baltimore, en respuesta a mi quinta pregunta, escribe: «Nunca he tenido un resultado mortal, y solo un accidente, y fue una aparente suspensión de la animación durante unos quince minutos, en una señorita muy anémica, en cuyo caso inyecté un octavo de grano de sulfato de morfina (la solución regular de Magendie) en el músculo recto del abdomen, ante las repetidas e insistentes súplicas de la paciente, para aliviar una obstinada neuralgia uterina. Se recuperó de la neuralgia y de los efectos de la morfina en tres cuartos de hora. Un año antes había inyectado un cuarto de grano en el brazo de esta misma paciente, por neuralgia cardíaca, con completo alivio del dolor en una hora, y sin malos efectos.»

El doctor E. Jones, de Cincinnati, me ha escrito amablemente y me ha adjuntado un artículo suyo que trata directamente de este asunto. En él dice: «¿Penetró la aguja en una vena abdominal? Varias veces. La primera vez me alarmé algo; la paciente al punto echó los brazos hacia arriba, se quejó de sofocación, vértigo, fatiga excesiva, una severa sensación de hormigueo que seguía el curso de la circulación.

El semblante estuvo al principio lívido, luego encendido; los ojos se volvieron inusitadamente brillantes; ligeros espasmos musculares, sudoración profusa, con extremidades frías, y en pocos momentos una completa relajación fue seguida de un sueño profundo, que solo duró cuatro

horas, cuando despertó sintiéndose, como ella lo expresó, «muchísimo mejor».

El mismo accidente ocurrió tres veces, los síntomas mucho más leves, con excepción de una sensación de ardor en ambos párpados de uno y otro ojo y en ambos labios, que en una ocasión se volvió dolorosamente intensa. Los síntomas anteriores fueron producidos por una inyección de cinco granos de sulfato de morfina en una vena abdominal.

No pudiendo verla durante un día o dos, rogué a mi amigo, el doctor Geo. E. Walton, que había observado el caso con bastante interés, que pasara a darle una inyección de dos granos, cuando ella se llevó ambas manos a la cabeza y dio un grito de agonía desgarradora. Un agudo dolor le atravesó la cabeza, que duró diez o quince minutos; se quejó también de un intenso picor en la nariz y los labios, que finalmente pasó, sin dejar efectos nocivos. El mismo accidente me ocurrió a mí mismo, solo en menor grado.

Estas inyecciones se practicaron también en el abdomen.»

La paciente era una mujer alemana, de treinta y siete años, y de unas 135 libras de peso. El caso era presumiblemente uno de acumulación fecal en el colon, con severos dolores abdominales.

El doctor W. A. Neal, de Dayton, Michigan, escribe a este respecto lo siguiente: «Ninguna muerte; los únicos accidentes fueron aquellos en que se punzó una vena. Esto produjo disnea, gran angustia, y fue seguido por lo general de un escalofrío y de la reacción por fiebre; pero en todos los casos ha habido solo un escalofrío, y fiebre una vez, que duró tres o cuatro horas.»

Edward T. Wilson, M.B., Oxon., F.R.C.P., Lond., que tiene un valioso e interesante artículo sobre la inyección subcutánea de morfina en los St. George's Hospital Reports de 1869, me escribe lo siguiente: «Nunca ni muerte ni accidente. Nada más allá de una sensación temporal de desfallecimiento, y en dos ocasiones un brote temporal de urticaria, que pronto desapareció.» Apenas creo que estos fenómenos se debieran a la inyección en una vena; en efecto, el autor no procura explicarlos sobre esta base.

Participan más bien de la naturaleza de una rápida absorción con alguna idiosincrasia. El doctor E. C. Seguin menciona, en el New York Medical Record, a una señora así afectada (urticaria) por cualquier preparación de opio tomada por la boca.

Arthur R. Graham, m. d., etc., de Weybridge, Inglaterra, me envía el siguiente caso interesante y concluyente:

«Ninguna defunción; pero un accidente alarmante digno de consignarse:

Había inyectado una dosis grande (probablemente tres cuartos de grano) en el antebrazo derecho de una mujer a quien yo acostumbraba inyectar diariamente. Casi inmediatamente se incorporó, y levantando la mano y mirándola, exclamó: “¡Oh, qué raros siento los dedos!”, y cayó hacia atrás en un desmayo mortal, con los labios descoloridos. Inmediatamente ató una cinta apretadamente alrededor del brazo, por encima de la punción, y luego administré inyecciones de brandy y asafétida, pero permaneció inconsciente, creo, por más de media hora.

Después que se hubo recobrado lo bastante para hablar racionalmente, aflojé la cinta, cuando inmediatamente se desmayó de nuevo.

Por supuesto, apreté al instante la ligadura y la mantuve así por algunas horas. El segundo desmayo fue menos alarmante que el primero. En el primero no se podía percibir pulso alguno, ni se podían oír los ruidos del corazón, sino con gran dificultad.

Mi impresión en aquel momento fue que, de no haber aplicado la ligadura de inmediato, habría tenido un resultado fatal que consignar. Fue el impulso del momento atar la cinta, y si hubiera tenido tiempo de razonar habría rechazado la idea como enteramente inútil; pero en cualquier emergencia semejante yo recomendaría ahora a cualquiera que la probara.»

El Dr. E. Fletcher Ingalls*, que ha dedicado mucha atención a la inyección hipodérmica de morfina, refiere el siguiente caso: «He usado a menudo inyecciones hipodérmicas de morfina, y siempre con buenos resul-

tados, hasta hace pocas semanas, en que obtuve resultados alarmantes de la administración, por este método, de un cuarto de grano de morfina.

»La paciente, a consecuencia de velar continuamente a hijos enfermos, se había debilitado, y, como resultado, sufría a veces dolores severos de carácter neurálgico. Fui llamado de noche para verla en uno de estos ataques. El dolor había comenzado unas doce horas antes, y con frecuentes exacerbaciones, había aumentado constantemente en severidad hasta hacerse insoportable.

»Disolví un cuarto de grano de morfina en agua pura, y la administré bajo el integumento en el lado externo del brazo. A los pocos segundos la respiración se hizo estentórea, el pulso falló, los labios y el semblante se pusieron lívidos, y los ojos se fijaron; la respiración cesó, las pulsaciones radiales y cardíacas se perdieron, y los ruidos del corazón no se pudieron distinguir. La mujer

* Chicago Medical Journal and Examiner, agosto de 1877.

estaba al parecer muerta. Cuánto tiempo continuó este estado no puedo decirlo; pareció una eternidad, pero probablemente fueron sólo diez o quince segundos, pues con medios pronto logré reanimar a mi paciente.

»Después de algunos minutos se expresó como muy aliviada. Permanecí con ella algún tiempo, y luego dejé instrucciones cuidadosas al marido en caso de que sobreviniera cualquier otro síntoma desfavorable. Durante las horas siguientes la paciente se desmayó dos veces, pero fue reanimada con chorros de agua fría en el rostro.»

El Dr. Harrington, de Little York, Ill., me envía el relato de un caso* suyo, que dice así: «Fui llamado poco tiempo ha para tratar a W. S., varón, de sesenta y dos años, por dispepsia aguda (ataque bilioso) acompañada de dolor muy severo. Administré hipodérmicamente, en la región hipogástrica, morphiz sulph. 0,02 gramo. Antes de vaciarse la jeringa sobrevino un síncope alarmante, y ocurrió dos veces, con intervalos de diez o quince minutos.

Los estimulantes administrados con liberalidad, la respiración artificial y el uso de la electricidad lograron reanimar al paciente. Ni el narcotismo ni el coma estuvieron presentes en grado alguno. ¿Es posible atribuir el síncope a los efectos del fármaco? No se emplearon más de quince segundos en la operación.» Creo que éste es un excelente ejemplo de la punción de una vena con entrada del fármaco directamente en la circulación.

El Dr. Aug. M. Tupper, de Rockport, Mass., publicó el siguiente caso interesante:+

«En la mañana del 22 del mes último fui llamado para ver al Sr. G., que se hospedaba en uno de nuestros hoteles. Encontré a un joven de aspecto saludable, de unos treinta años, que

* Chicago Med. Journal and Examiner, abril de 1879.

+ Boston Medical and Surgical Journal, 30 de octubre de 1879.

padecía lumbago, postrado en cama, y con considerable dolor, agravado mucho por el movimiento. Se prescribieron aplicaciones de mostaza y un linimento anodino.

Por la tarde volví a visitarlo, y como el alivio era escaso, decidí inyectar algo de morfina directamente sobre el asiento del dolor, método que he hallado muy eficaz en casos semejantes. En consecuencia, inyecté nueve gotas de una solución de sulfato de morfina, un grano por dracma de agua, en un punto a mitad de camino entre la columna y la cresta del ilion. Como es mi costumbre, la solución contenía una gota de ácido carbólico, que añadí para conservarla. A los cinco minutos se expresó como sintiéndose aliviado, y se incorporó en la cama para mostrarnos la mejoría. Le dije que se recostara y permaneciera quieto un rato, y así lo hizo. Conversamos amablemente quizá cinco minutos más, cuando, volviéndose hacia su esposa, dijo: “Creo que voy a vomitar”, y se volvió hacia el lado de la cama. Noté que estaba un poco pálido, y antes de que la Sra. G. pudiera alcanzar la palangana, se puso mortalmente pálido, los ojos se le volvieron hacia arriba en la cabeza de modo que sólo se veían los blancos, las mandíbulas se apretaron, la cabeza se echó hacia atrás, y todo el cuerpo se puso rígido, cesando también la respiración. Inmedia-

tamente acudí a él, le eché agua fría en el rostro, y tomé la muñeca para sentirle el pulso, el cual, para mi horror, no se podía percibir. Permaneció en este estado quizá un minuto. Entonces lo incorporé, y mirándole a los ojos, que miraban muy abiertos, vi que las pupilas estaban muy dilatadas. Muy pronto el color comenzó a volver a su rostro, quedó empapado en sudor, y recobró el conocimiento. Lo recosté de nuevo en la cama, y él miró hacia arriba, sonrió, y dijo: “Ya estoy bien del todo ahora.” El pulso era bastante lleno a sesenta, pero con tendencia a ser irregular. Le di brandy con liberalidad, y no tuvo

más molestia, pero el pulso permaneció a sesenta durante las

siguientes veinticuatro horas; dijo que de ordinario era de unos ochenta.

No puedo verificarlo, pues dejó la ciudad al día siguiente.

»Aquél fue ciertamente un efecto muy desusado para una dosis tal, poco más de un octavo de grano. La cuestión se me planteó si el ácido habría tenido algo que ver con ello; pero he administrado la misma mezcla muchísimas veces sin la menor dificultad. Puedo añadir que la solución fue preparada aquella mañana, e inyecté la misma dosis en la misma parte del cuerpo, por neuralgia, en una paciente, ese mismo día, antes de usarla en este paciente. No me gustaría repetir esta operación en el Sr. G., y le aconsejé que nunca se la hiciera hacer de nuevo. Diré también que le alivió el lumbago, pues a la tarde siguiente estaba vestido y abajo para sus comidas.»

Después de ver el relato de este caso escribí al Dr. Tupper, quien cortésmente me ha proporcionado los siguientes datos adicionales: «Mi paciente, debo decir, era de temperamento flemático. No había tomado medicinas por la boca antes de que yo lo viera, ni mientras estuvo bajo mi cuidado. Nunca había tomado narcótico alguno en su vida, según dice. Las pupilas estaban naturales muy pronto después de que cesaron los efectos de la dosis. Me escribe que su pulso permaneció a sesenta durante una semana, pero que se sentía de primera. La frecuencia del pulso desde entonces ha sido de setenta y seis. Me parece que debió de haber una peculiar susceptibilidad a este fármaco en su caso, pues de otro modo no habría tenido un efecto tan duradero sobre el pulso.

No creo que se debiera al modo de administración.

Me refirió después que un primo (creo que era esa la relación) había tenido síntomas muy peculiares e incluso peligrosos de una dosis de polvo de Dover, tiempo atrás, y que el médico asistente estuvo retenido toda la noche a consecuencia de ello. Esto tendería a mostrar una idiosincrasia en la familia.»

Creo que el doctor tiene razón por lo que respecta a la idiosincrasia, pero creo, también, que el método de administrar el fármaco tuvo mucho que ver con ello. Como he dicho antes, donde existe una idiosincrasia, sea al narcotismo o a cualquier otra manifestación peculiar, la súbita entrada del fármaco en el sistema es cierta a agravar esos síntomas; puede, en efecto, hacer surgir una idiosincrasia que el fármaco dado por el estómago posiblemente nunca habría revelado. El hecho de que transcurrieran unos diez minutos entre el momento de la inyección y la primera aparición de los síntomas alarmantes parece excluir la idea de que la aguja hubiera entrado en una vena. Los síntomas son, sin embargo, exactamente los que se ven cuando se punza una vena.

Como se verá por los resultados de experimentos que pronto se consignarán, y por las conclusiones a que llegó el Comité de la Sociedad Médico-Quirúrgica* de Inglaterra, cinco minutos es tiempo sobrado para que se absorba bastante del fármaco para producir sus efectos característicos, y por tanto sus efectos desusados, donde existe idiosincrasia.

El prof. H. C. Wood,* afirma que ha visto producirse coma profundo en tres minutos por una inyección hipodérmica de morfina. Esto puede haber sido debido a una rapidez desusada de absorción desde el tejido celular, o a la inyección directa en una vena.

He aquí un caso algo semejante{: a una señora, de veinticuatro años, que había sido paciente de neuralgia todos los días durante meses, se le dio una inyección hipodérmica de un cuarto de grano de hidrociorato de morfina en el tejido subcutáneo de la pierna. Un síncope alarmante y una postración extrema sobrevinieron a los cinco minutos de hecha la inyección. La paciente no estuvo fuera de peligro por cuatro

* «Medico-Chirurgical Society Trans⁵⁹.», vol. L.

+ «Materia Medica and Therapeutics», Phila., 1877, p. 205. + «Medico-Chirurgical Transactions», vol. L.

horas después, y estuvo demasiado enferma para dejar la cama por dos semanas.

La neuralgia no volvió por algunos meses.

El Dr. Francis H. Miller, de East New York, antiguo Cirujano Interno del Hospital de San Pedro, Brooklyn, me escribe: «Varias veces, cuando supongo que mi fluido entró en alguna vena pequeña, los pacientes se quejaron de súbita debilidad, desfallecimiento y vértigo, y casi síncope.»

El Dr. Samuel W. Francis, de Newport, R. I., me escribe:

«He oído de dos o tres casos en que sobrevino un síncope extremo, siendo los pacientes reanimados sólo con gran dificultad.»

El Dr. J. S. Jewell, Profesor de Enfermedades Nerviosas y Mentales, Chicago Medical College, me escribe: «Nunca he tenido consecuencias graves que siguieran a la inyección de morfina, pero he visto síntomas desagradables temporales (trastornos vasomotores), vértigo, confusión mental, etc., algunas veces.»

El Dr. Geo. R. Fowler,* de Brooklyn, afirma que ha tenido dos veces síntomas alarmantes por punzar una vena. Cree que esto puede evitarse poniendo tensa la piel de la parte que se ha de punzar, e introduciendo la aguja en ángulo recto al eje del miembro.

El prof. Nussbaum,+ de Múnich, ha publicado un relato interesante de un accidente que le ocurrió a él mismo. Había hecho uso del método hipodérmico de administrarse morfina a sí mismo, hasta 2000 veces, usando a veces hasta cinco granos de morfina en una inyección. Un día inyectó accidentalmente dos granos de acetato de morfina en una vena, y no se recobró de los efectos peligrosos hasta pasadas dos horas. Ha visto los mismos síntomas, en menor grado, en dos de sus pacientes. Aconseja

* N.Y. Medical Record, 15 de agosto de 1874.

+ Medical Times and Gazette, 23 de⁶⁰septiembre de 1865.

suspender la inyección y retirar el émbolo si se punza una vena.

Las siguientes observaciones interesantes están recortadas de una revista inglesa,* y atañen directamente a la cuestión que nos ocupa:

«“Observador” señala que “Espectador”, en el Journal del 12 de abril, describió con gran exactitud lo que siempre ha ocurrido cuando se ha perforado una vena y se ha inyectado morfina en ella, aunque podría haber añadido (como sin duda ocurrió) que la persona inyectada experimentó también un fuerte sabor a morfina; y probablemente, además, que una cantidad de sangre inusualmente grande fluyó de la punción. Es un accidente muy grave inyectar morfina en una vena, pero nunca tiene por qué ocurrir, si el operador, introduciendo el instrumento bajo la piel, levanta el émbolo, pues si la punta está en una vena, se extraerá sangre en la jeringa.

“Observador” conoce a un caballero que durante años ha tenido la costumbre de inyectarse morfina, tres y cuatro veces al día, a quien el accidente le ha ocurrido con frecuencia, acompañado de los síntomas descritos por “Espectador”. Queda muy alarmado en el momento, y después pone cuidado en levantar el émbolo, pero a los tres o cuatro meses empieza a ser menos cauteloso, hasta que recibe otro aviso. En cuanto a la necesidad de levantar el émbolo, no puede haber dos opiniones; pues además de los síntomas que con certeza siguen a la introducción de morfina directamente en una vena, existe también el peligro de que entre aire, si no se tiene cuidado de evitarlo. “Observador” ha conocido a un morfinómano habitual por inyección que contrajo albuminuria. El albúmen disminuía mucho al reducirse la cantidad diaria de la inyección, y desaparecía por completo en cuarenta y ocho horas cuando se suspendía del todo la morfina.

* British Medical Journal, mayo de 1879.

“Inyector” fue, hasta muy recientemente, durante casi dos años, una de las víctimas de la morfina, y durante ese tiempo experimentó cinco veces por completo, y dos parcialmente, en mayor o menor grado los horribles síntomas esbozados por “Espectador” en el Journal del 12 de

abril. Las sensaciones fueron las siguientes: 1. Un dolor sordo y roedor en algunas piezas dentales cariadas, acompañado de un sabor metálico en la boca. 2. Un picoteo y hormigueo en la frente y las mejillas, algo parecido a la urticaria por calor; pero esto pronto aumentó, extendiéndose a las orejas, el cuello, los brazos y el pecho (aunque no por debajo de la cintura, si bien la morfina se inyectó en la pantorrilla de la pierna). Este dolor pronto se hizo casi insoportable, pero quedó enteramente eclipsado por lo que “Espectador” llama “palpitación”, pero que “Inyector” dice que se representaría mejor imaginando a veinte herreros encerrados en su cabeza, cada uno con un mazo de cabeza de goma elástica, y cada uno tratando de abrirse camino hacia fuera lo mejor que puede.

Imagínese, al mismo tiempo, que está sufriendo la sensación de quemazón antes mencionada; que su piel parece a punto de reventar; sus ojos como si ya se hubieran salido de sus órbitas; sus labios como si no le pertenecieran; entonces podrá tener una vaga idea de lo que “Espectador” desea describir, y que yo, que lo he sentido cinco veces, me siento sin embargo impotente para exponerles como debiera”. Siempre había pensado que este estado era causado por: 1, una inyección demasiado rápida; 2, demasiada cantidad de una vez; 3, que la solución era demasiado fuerte; y 4, que se inyectaba directamente en una vena de tamaño tolerablemente grande. Cuando los síntomas han ocurrido, siempre ha notado que la inyección se había practicado en uno de dos puntos —probablemente en la misma vena cada vez en cada pierna—, uno en cada pierna. Además, solo ocurría cuando tenía que inyectar una gran cantidad en poco tiempo; y siempre usaba una solución muy fuerte de acetato de morfina

(cuarenta granos por media onza de agua). Aconseja que, cuando uno sienta que se aproxima alguno de los síntomas, camine tan rápido como pueda. Ha aliviado así sus peores ataques, y ha conjurado otros mediante ejercicio violento en su habitación, en cuanto sentía el dolor en los dientes, o el sabor metálico, o la “urticaria por calor”. Cree que la corroboración de su creencia en cuanto a la causa de los síntomas la ofrece la descripción del Dr. Pepper de los resultados de inyectar leche en las venas de pacientes anémicos.

El caso al que se refiere “Observador” dice así: * “Apenas ha salido el líquido de la jeringa cuando se siente en la piel la más intensa sensación de irritación y picoteo, que se extiende rápidamente desde la punción por todo el cuerpo. Al mismo tiempo la piel se cubre de un vivo rubor.

La acción del corazón se acelera entonces enormemente, y hay una sensación de palpitación y de oleada a través de la cabeza.

Las manos se hinchan algo y los labios adquieren un aspecto vidrioso. En un caso que tuve, la paciente quedó súbitamente inconsciente, como si la hubiera derribado un shock repentino; y en todos los casos en que estos síntomas han aparecido, la alteración general ha sido muy grande y el ataque de carácter grave. Los síntomas suelen remitir gradualmente, dejando tras de sí un gran dolor de cabeza.

Este caballero da estos como los síntomas principales de varios accidentes de este tipo ocurridos en su práctica, y califica su aparición como algo nuevo e importante.

El Dr. J. A. Houtz,+ de Logansville, Pa., firme defensor del método hipodérmico, dice: “El mayor peligro está en inyectar en una vena lo bastante grande para llevar toda la dosis de una vez a la circulación. Eso puede

* British Medical Journal, 12 de abril de 1879.

+ Philadelphia Med. and Surg. Reporter, 18 de octubre de 1879.

evitarse eligiendo un lugar donde las venas grandes sean menos numerosas, e inyectando, digamos, un tercio de una dosis, y esperando luego ocho o diez segundos, cuando, si se está en una vena, los síntomas se manifestarán. Los primeros síntomas son una sensación de gran plenitud de la cabeza e intenso rubor del rostro, que sobrevienen a los pocos segundos de la operación. Tal, al menos, fue el caso en un paciente de diez años.

Un caso de síncope y postración lo refiere el Dr. E.

Wenger, de Gilman, Ill. No se indica la cantidad de morfina empleada.

F. Woodhouse Braine, F.R.C.S., etc., publica el siguiente caso:* “La Sra. H. C., de treinta y cinco años, por lo demás de buena salud, había estado desvelada setenta y dos horas por un intenso dolor neurálgico en el lado izquierdo de la cabeza, el rostro y el cuello, proveniente de un molar cariado del lado izquierdo de la mandíbula inferior. Se le inyectó un tercio de grano de acetato de morfina. A las seis de la mañana, el 28 de junio último, se introdujo la morfina, disuelta en unas cuatro gotas de agua, bajo la piel del brazo izquierdo, justo sobre la inserción del deltoides. No apareció sangre en la punción.

A los quince segundos aproximadamente se quejó de opresión en el pecho y dificultad para respirar, y la paciente pidió que la incorporaran, diciendo que sentía como si se estuviera muriendo. Su rostro y sus labios se pusieron entonces pálidos; el habla se hizo indistinta (no inaudible); el pulso irregular; se produjo cierto espasmo de los músculos faciales, y cayó, al parecer, muerta.

Se le echó agua fría abundantemente sobre el rostro y el pecho, y como no podía tragar, se le frotó la lengua con sal volátil y se le aplicó amoníaco en la nariz, manteniéndose al mismo tiempo la respiración artificial. Durante este tiempo su rostro estaba descolorido, el pulso no se percibía y

* Med. Times and Gazette, 4 de enero de 1868, p. 8.

no se percibía la respiración. La insensibilidad continuó unos tres minutos; luego, afortunadamente, uno o dos débiles latidos del pulso y una o dos inspiraciones superficiales mostraron el retorno de la animación. Recobró entonces el conocimiento; el pulso, débil pero regular; la respiración, lenta; los dedos permanecieron entumecidos y ambos pulgares firmemente recogidos en las palmas de las manos. Esto pasó en unos seis minutos, dejándola muy mal, pero libre del dolor neurálgico, que no volvió. No hubo sensación de náusea, ni intento de vómito en ningún momento”.

El Sr. Arthur Roberts* publica los siguientes casos:

“Señor: el caso descrito por el Sr. Braine, en el journal de la semana pasada, de un efecto inusitado de la inyección subcutánea, es lo que he vis-

to en dos ocasiones, pero en nada parecido a tan alarmante extremo. Uno fue en un caballero al que había inyectado varias veces antes, el otro en una señora. También lo he notado en parte cuando me he inyectado a mí mismo. En el primer caso, pocos minutos después de la operación, el rostro se puso intensamente ruborizado; a esto siguieron vómitos, y luego un desmayo profundo y una lucha por respirar, con el pulso apenas perceptible. Estos casos, y el efecto en mí mismo, me enseñaron, al inyectar a un paciente por primera vez, a no dar nunca más de la sexta parte de un grano —esperar un cuarto de hora más, y dar luego el resto de la dosis, tras averiguar cómo estaba surtiendo efecto la primera inyección—. Las mujeres, he comprobado, son por lo general malos sujetos para el tratamiento subcutáneo; pues se asustan y se ponen nerviosas —en efecto, una mujer me dijo que, aunque la morfina tomada por la piel le hacía más bien que por la boca, prefería sin embargo esta última, pues el instrumento la asustaba—. He usado mi aguja más de trescientas veces, y siempre he notado un

* Medical Times and Gazette, 11 de enero de 1868, p. 53.

hecho: que si la herida sangra después de la operación, la morfina entra en el organismo con mucha más potencia y rapidez; y siempre sé cuándo va a sangrar, porque la operación produce bastante dolor. Cuando es así, retiro el instrumento para ver si la punción sangra; si sangra, pruebo en otro sitio”.

Bartholow,* en su útil y competente obrita, llama la atención sobre este peligro con estas palabras: “Al practicar la inyección hipodérmica es importante evitar punzar una vena. Una grave depresión de las fuerzas vitales, desmayos y un narcotismo súbito y profundo se han producido al inyectar una solución de morfina directamente en una vena.

Un colapso fatal podría inducirse inyectando aire en una vena grande, junto con la solución”.

El síncope, etc., como hemos visto, por esta causa, es frecuente; el narcotismo, raro, pues el fármaco parece agotarse en su acción inicial, o producir un estado del organismo en el que el narcotismo es total o parcialmente imposible.

El Dr. Coronay} (Giornale di Medicina Militaire), resumiendo los resultados de sus experimentos con animales, dice: “La inyección de los dos venenos (morfina y atropina) en las venas mostró que una dosis mucho menor bastaba para producir un envenenamiento rápido y grave, pero aun entonces la morfina produjo su acción instantáneamente, y su acción siempre suplantó a la de la atropina”.

J. Pennock Sleightholme, L.R.C.P., Lond.,{; refiere el siguiente caso: “Un joven de constitución sana y buena salud, que nunca antes había tomado morfina hipodérmicamente, en parte como experimento y en parte con la esperanza de aliviar cierta ligera inquietud, se inyectó, hacia las 3 de la madrugada, un sexto de grano de morfina.

* “The Hypodermic Method”, Filadelfia, 1879, p. 32.

+ Edin. Med. Journal, dic. 1876. Practitioner, 1877, p. 132.

{ Practitioner, julio de 1871, p. 25.

Inmediatamente después de la inyección cayó al suelo en estado de síncope, y tuvo ligeros movimientos convulsivos en un lado del cuerpo; la conciencia no le abandonó por completo, y tras permanecer quieto tendido unos diez minutos se hubo repuesto lo suficiente para poder pasar a la habitación contigua y servirse un par de vasos de jerez. Después de esto, la sensación de desfallecimiento fue desapareciendo gradualmente, y durmió unas dos horas; pero al levantarse, a las ocho de la mañana, le volvió la misma sensación de desfallecimiento, acompañada de gran palidez. Estos síntomas se aliviaron con una dosis de brandy, pero no cesaron del todo hasta el mediodía de aquel mismo día.”

Un médico del Sur, que es esclavo de este hábito, me escribe: «Varias veces he tenido la desgracia de punzar una vena e introducir directamente en ella algo de la solución. Al instante siento un cosquilleo peculiar por todo el cuerpo, desde las puntas de los dedos hasta las puntas de los pies. La piel de la cabeza parece como si un sinnúmero de alfileres la penetraran. Esta sensación desaparece en tres a cinco segundos. A veces ha sido seguida de una turgencia de los vasos del cerebro, que causa una gran plenitud y palpitación, con una ligera cefalea consiguiente.»

En una interesantísima e instructiva carta del Dr. Wm. W. Cable, de Pittsburgh, Pa., encuentro lo siguiente:

«He hablado de accidentes menores que a veces ocurrían. En todos los que he visto fueron causados por la inyección de la morfina directamente en una vena. Al instante tiene lugar una serie de fenómenos. El paciente describe las primeras sensaciones como el picotear de abejas por todo el cuerpo, con dificultad de respiración e intensa congestión e hinchazón de la cara y del cuerpo. En un caso que vi, la cara estaba tan hinchada que en cinco minutos se perdieron todos los rasgos naturales. Este estado de cosas exige una acción pronta. Si es posible, debe mantenerse al paciente en movimiento y aplicarle agua fría en la cara y en la columna. Si el paciente cae, deben levantársele los miembros y emplearse todos los medios para mantener la acción del corazón, pues si se logra superar diez o doce minutos, el paciente está a salvo. Para evitar ser “fulminado”, como él lo llama, uno de mis pacientes lleva un cordón que echa sobre el brazo, y si se presenta un síntoma desfavorable, lo usa como torniquete, y en un momento el resultado se hace patente en la extravasación de la sangre y de la morfina del vaso herido. Este es un estado seguro, pues después no puede ocurrir una absorción rápida.»

Este es un caso compañero del que refirió Graham, en el que la ligadura del miembro resultó de gran importancia práctica.

Una interesante serie de experimentos, que atañen directamente al uso de la ligadura en tales casos, fue realizada por el Sr. Georges,* en la Sociedad de Medicina Práctica de París, algunos de los cuales fueron llevados a cabo para este caballero por M. Claude Bernard. Estos experimentos consistieron en inyectar sustancias venenosas en el tejido celular, con el fin de mostrar la mucha mayor seguridad y certeza del método hipodérmico como medio de administrar, medicinalmente, sustancias sumamente venenosas. Inyectó cantidades de codeína, atropina y especialmente estricnina, que seguramente causarían la muerte a falta de precauciones para impedir la introducción demasiado rápida de los venenos. Estas inyecciones se practicaron sin peligro en la pata del perro, conteniéndose el paso del veneno a las venas mediante la aplicación forzosa de una ligadura alrededor de la pata. Para hacer el experimento aún más llamativo, resolvió emplear inyecciones del más peligroso de

los venenos —el curare—, y M. Claude Bernard las dirigió por él. Se inyectó en la pata una solución que contenía unos cinco centigramos de curare (suficiente para matar a más de cincuenta perros del tamaño del operado), y en veinte minutos el animal cayó de costado.

Se ató entonces firmemente la pata, y al cabo de unos veinte minutos el animal se levantó. Siempre que se aflojaba la ligadura volvía a caer, a veces al cabo de diez minutos y a veces en un período más corto,* y de este modo se hizo posible dosificar con completa certeza, según el efecto que se deseara producir, la cantidad de veneno que había de absorberse. Al día siguiente se encontró al perro sobre sus tres patas, sufriendo únicamente de la hinchazón causada en la cuarta por las inyecciones. Se retiró la ligadura y pronto estuvo completamente bien.

El mismo experimento realizado en otro perro fue seguido de los mismos resultados, haciendo caer o levantarse al animal al cabo de cinco, diez o quince minutos, según se atara o desatara la pata. Este perro, sin embargo, a la mañana siguiente, al retirar la ligadura, volvió a caer, no habiendo tenido tiempo todo el veneno de ser eliminado por la orina, de modo que fue necesario volver a aplicar la ligadura. M. Georges señala la superioridad del método endérmico cuando hemos de administrar sustancias poderosas, pues podemos dosificar con una exactitud, según la tolerancia de la enfermedad y la idiosincrasia del paciente, del todo inalcanzable cuando se administran internamente.»

El Dr. Alonzo Clark, catedrático de Teoría y Práctica de la Medicina y de Medicina Clínica en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Nueva York, me da amablemente los detalles del siguiente caso: «Fue traída al Hospital de Bellevue, hace algunos años, durante su período de servicio, una mujer joven, de unos veinticinco años, que padecía trismo. Las mandíbulas estaban tan firmemente trabadas que fue necesario arrancarle un diente para poder administrarle alimento y medicinas. Habiendo fracasado toda la medicina ordinaria, en la tarde del segundo día el médico de guardia determinó tratar el caso con inyecciones hipodérmicas de morfina. Administró tres inyecciones de quince mínims de la solución de Magendie, con dos horas de intervalo entre las dosis, y al comprobar que a las 2 de la madrugada no se advertía efecto alguno de la morfina, administró una inyección de veinte mínims. Cuando volvió a la sala, a

las 4 de la madrugada, la paciente había muerto. La enfermera, al ser interrogada, declaró que la paciente estaba “dormida” antes de que el doctor saliera de la sala. El brazo en que se había hecho la punción fue examinado por el Dr. Clark y otros, y sobre el punto de la última punción se advertía una pequeña decoloración, como de sangre extravasada, la cual, tras una cuidadosa disección, se halló que marcaba el trayecto de la aguja, que había abierto directamente una vena.

En este caso la paciente probablemente murió casi inmediatamente, siendo la acción de la morfina como un choque, y su efecto tanto más intenso cuanto que grano y medio había ya entrado en el organismo por la piel.

El Prof. Wm. T. Lusk, de esta ciudad, me escribe acerca de un caso de síncope que siguió inmediatamente a la inyección. No apareció sangre en el punto de la punción.

Otro caso de muerte por inyección en una vena me lo refiere el profesor Willard Parker. Se practicó una inyección de morfina, para aliviar el intenso dolor de una neuralgia, en la región temporal de un joven al parecer sano. La muerte fue casi inmediata. El caso estaba en manos de un médico de Connecticut. He escrito repetidamente pidiendo todos los pormenores, pero no puedo obtenerlos. Es un hecho extraño que todos los casos en que se menciona la inyección en la región temporal o infra-orbitaria, por corresponsales y por algunos autores, han ido acompañados de intenso narcotismo o de muerte. Esto, por supuesto, no es una ocurrencia uniforme, pero ha sucedido con suficiente frecuencia para llamar nuestra atención e instar a la cautela en su uso en esta situación.

A este respecto, y en cuanto a la historia, es interesante el siguiente extracto de redacción pintoresca de un diario que aparece en el *Pepys Journal*,* de 16 de mayo de 1664.

«Con el Sr. Pierce, el cirujano, a ver el experimento de matar un perro dejándole entrar opio en la pata trasera. Él y el Dr. Clark fracasaron muchísimo en acertar con la vena, y en efecto no hicieron el negocio tras muchas tentativas; pero con lo poco que consiguieron introducir, el perro al punto se durmió y así quedó hasta que lo abrimos.»

Los diferentes efectos producidos por el mismo accidente en distintas personas parecen deberse a alguna peculiaridad de constitución con respecto a la morfina. La droga es lanzada tan rápidamente a la circulación que arrastra consigo todo, pareciendo abrumar al instante las fuerzas vitales. El grueso de su acción parece ejercerse sobre el corazón, y de ahí se deriva la clave del tratamiento adecuado. Cualquiera que sea la causa, el efecto es esencialmente el mismo, siendo la diferencia solo de grado. Que el síncope y los trastornos vasomotores se deban alguna vez a la inyección de aire en una vena junto con la solución, lo dudo mucho. En primer lugar, la morfina misma basta para producir los síntomas, y en segundo lugar, nunca queda en una jeringa, por descuido, más que una burbuja de aire, y esto no basta para producir tales síntomas. Para zanjar esta cuestión, inyecté deliberadamente en la vena cefálica mediana de mi propio brazo el doble de aire que esto, con una solución de agua tibia, y sin ningún mal efecto; en realidad, sin efecto alguno. Mi brazo, por encima del punto de la punción, estaba protegido por una ligadura que podía haberse apretado en un instante, de haber habido algún síntoma adverso. Al día siguiente inyecté un dieciseisavo de grano de sulfato de morfina en otra vena, con el efecto de producir un súbito mareo, una sensación como si la cabeza fuera a estallar, punzadas y cosquilleo en la nariz, sufusión de la cara y de los globos oculares, dilatación de las pupilas, desfallecimiento y náuseas. El pulso se aceleró primero grandemente, y luego bajó a unos 65, y así permaneció todo aquel día. Mi pulso en estado de salud es 74. Esto se hizo a las 10.30 de la mañana, y no me repuse del todo hasta cerca de las 3 de la tarde. Bien puede decirse que la morfina, ya sea por la boca o por la piel, siempre tiene en mí un efecto muy desagradable, mientras que el opio no. En lugar de causar sueño y calmar la irritación, aquella me pone nervioso, “con espasmos” y algo aturdido. En ambos casos la aguja entró en la vena, pues esta se hacía prominente por la ligadura, y apareció sangre en el punto de la punción. Tan pronto como se hizo la inyección se aflojó la ligadura, estando yo dispuesto a apretarla en un instante.

M. Calvet* presenta una investigación fisiológica de la acción de la morfina sobre las diversas funciones del organismo.

Un estudio clínico de la morfina como agente terapéutico, especialmente en las relaciones del morfinismo agudo con el crónico.

En el primero observa que tanto la inyección intravenosa como la subcutánea del hidrocloreto de morfina aceleran los movimientos respiratorios, seguidos de un período de retardo, y producen a veces una detención momentánea o síncope respiratorio. Los mismos efectos relativos ocurren con los movimientos cardíacos: primero acelerados, seguidos de pulsaciones retardadas; a veces incluso de síncope cardíaco.

Durante este tiempo el calor animal manifiesta fenómenos análogos, a saber: al elevado sigue la temperatura rebajada. En efecto, la absorción de la morfina, ya por inyección intravenosa, ya subcutánea, produce una influencia muy marcada sobre los actos reflejos. En ciertos casos no se presenta el período de exaltación, sino que la temperatura desciende y los movimientos respiratorios y cardíacos se hacen más lentos. «Aunque no ha terminado aún definitivamente sus investigaciones, el señor Calvet avanza la opinión de que los fenómenos arriba indicados son la disnea, el vértigo, etc., que a veces se observan durante la operación de la inyección intravenosa de leche.» El estudio de estos casos* (inyecciones de leche) nos muestra que tales fenómenos rara vez, si alguna, se presentan hasta que una gran masa de líquido (de dos a seis onzas) se ha añadido a la sangre, y que, por tanto, el argumento no es válido.

Una interesante y nueva serie de cuidadosos experimentos en el hombre y en los animales, realizados por el doctor Gaspar Griswold, entonces médico interno del Hospital de Bellevue, de esta ciudad, aunque no fueron hechos con tal fin, parecen demostrar muy claramente que un medicamento poderoso y posiblemente irritante (aq. ammonia dil.) inyectado en una vena en cantidad no produce síntoma adverso alguno, sino que, por el contrario, se halló siempre que tenía el más feliz y a veces maravillosísimo efecto.

Otra cuestión surge aquí: ¿es posible que fenómenos como los que se han atribuido a la inyección de morfina en una vena tengan lugar sin tal punción?

* Pepper, V. V. Medical Record, 16 de noviembre de 1878. H. H. Smith, id. Joseph H. Howe, id., 7 de diciembre de 1878 y 4 de enero de 1879. J. S. Prout, id., 11 de mayo.

+ «The Intravenous Injection of Ammonia», N. Y. Medical Record, junio de 1879.

Pienso que sí. Algunos de los casos comunicados parecen probarlo; notablemente el del doctor Tupper, en que los síntomas no aparecieron hasta diez minutos después de hecha la inyección. Toda introducción de una aguja hipodérmica corta u abre necesariamente cierto número de vasos capilares, a lo que sin duda se debe, en cierta medida, la rapidez de la absorción cuando los medicamentos se administran de este modo. El Comité de la Sociedad Médico-Quirúrgica* llegó a la conclusión, por experimentos en el hombre y en los animales, de que la absorción de una cantidad suficiente del remedio para producir síntomas decididos tenía lugar en cuatro a diez minutos.

«Experimentos en un hombre sano, de treinta y dos años. Se empleó un sexto de grano de acetato de morfina:

Síntomas. Piel. Boca.

Absorción. 5 min. 1 min. Pulso aumentado. Ninguno.

Pulso rebajado: hasta ... latidos.

Cefalea: 36 horas. 10 horas.

Náusea: ...

Pulso, su tipo normal ... Incapacidad para el trabajo: Ninguna.

Duración total de los síntomas: 46 y 12 horas.

He hallado que algunos medicamentos, notablemente el jaborandi, usados hipodérmicamente, manifiestan sus peculiares síntomas en tan corto tiempo como un minuto, sin que se puncione vena de algún tamaño. Es de suponer que un medicamento se absorbe del tejido celular subcutáneo con aproximadamente la misma rapidez que otro, pero que cada medicamento manifiesta su presencia en la circulación con diferencia en

cuanto al tiempo, según su peculiar acción o según alguna idiosincrasia del paciente. Así, mientras la morfina puede absorberse tan rápidamente como la pilocarpina o el jaborandi, no da, salvo en

* «Medico-Chirurg. Transactions», vol. L, pág. 570.

ciertas personas o en ciertos momentos, indicio de su presencia por síntomas reconocibles tan temprano ni tan decididamente como este último, a menos que el paciente manifieste alguna idiosincrasia.

De esto parecería posible, en ciertos casos, que tuviera lugar una muy rápida absorción y que sobreviniera un súbito abatimiento del corazón por el medicamento sin la punción de una vena. Como la aguja no pasa más allá de los tejidos celulares subcutáneos, en la gran mayoría de los casos el tratamiento inmediato sería tan eficaz en un caso como en el otro.

En una reciente sesión de la Sociedad Patológica de Nueva York,* el doctor Amidon presentó algunos ejemplares microscópicos que ejemplificaban la patología de la medicación hipodérmica. Dijo que, aunque la medicación hipodérmica estaba en boga desde hacía veinticinco años, o según pretenden algunos, cuarenta, no tenía noticia de ninguna investigación exacta de las relaciones entre la masa inyectada hipodérmicamente y la piel. Había inyectado azul de Prusia (una solución débil) en la piel de sujetos moribundos, y se extirpó una porción de piel después de la muerte. La inyección hipodérmica se dio de la manera que consideraba la mejor, a saber: pellizcando un pliegue de piel e introduciendo la aguja horizontalmente.

Se halló que la inyección hipodérmica ocupaba un espacio de tres centímetros y medio de diámetro y un milímetro de espesor, de forma afilada. La ubicación de la inyección hipodérmica variaba según la cantidad de tejido adiposo del sujeto. En aquellos que tenían poco tejido adiposo, la inyección hipodérmica permanecía inmediatamente debajo de la piel, mientras que en los que tenían mucho, la inyección se difundía. Se vería en los ejemplares presentados que la masa inyectada hipodérmicamente

* New York Medical Gazette, 10 de enero de 1880.

yacía cerca de las arterias y venas; a veces rodeaba por completo una arteria o una vena. Esto, junto con algunos otros experimentos, probaba que la absorción tenía lugar por los vasos sanguíneos y no por los linfáticos.

A fin de probar aún más la cuestión, había inyectado muriato de pilocarpina en el tobillo y en la región supraclavicular. Los efectos fisiológicos del medicamento (diaforesis, salivación, etc.) se produjeron en ambos casos en aproximadamente el mismo tiempo, variando en distintos sujetos de minuto y medio a cuatro minutos; no hubo diferencia apreciable. Si la absorción hubiera sido por medio de los linfáticos, la inyección en la región supraclavicular habría producido sus efectos mucho más rápidamente que la inyectada en el tobillo.

En uno de los portaobjetos, el corte había estado afortunadamente en la línea de la punción de la aguja, y mostraba que se había causado considerable lesión a los tejidos.

Estoy firmemente convencido de que ningún médico debe quedar libre de culpa en caso de accidente cuando no ha tenido una ligadura (Agnew.) o cinta rodeando holgadamente el brazo por encima del punto de punción. A la primera indicación de peligro debe tirarse de ella y mantenerse así durante varias horas, aflojándola gradualmente, permitiendo así tan sólo una entrada gradual del medicamento en la circulación general. Con

Vena cefálica; 4, Tronco principal de la vena cefálica; c, Rama anterior de la vena basílica; d, Rama posterior de la vena basílica; e, Vena basílica; f, Vena mediana; g, Vena mediana cefálica; h, Torniquete.

esta precaución rara vez será necesario tratar síntomas tan alarmantes como los aquí registrados. Un torniquete para este propósito se muestra aquí. Consiste en una correa o cinta gruesa, en uno de cuyos extremos va cosida una «hebilla de patente» que prende y sujeta en cualquier punto. A falta de esto o de una correa de patín con tal hebilla, puede usarse cualquier cordón o cinta dispuesto de modo que pueda tirarse fuertemente al primer aviso. El tratamiento de tal estado cuando ya está establecido se resume en una palabra: estimulación.

Whiskey y amoníaco hipodérmicamente, afusión fría, electricidad, cuando se tiene a mano una batería, y botellas calientes al precordio.*

En algunos casos ha seguido el tétanos al uso de agujas oxidadas, resultando en un caso la muerte de la víctima, un habitué.*

En Southsea, recientemente, se celebró una investigación judicial sobre el cuerpo de la señora Frampton, esposa de un teniente y ayudante de la Infantería Ligera de la Real Marina.

El marido de la difunta declaró que su esposa tenía veinticinco años y que en 1871, antes de dar a luz a un niño, sufrió mucho de náuseas. Un cirujano, para aliviarlas, usó morfina por el método hipodérmico, inyectando siempre él mismo la solución. Algún tiempo después la difunta le aseguró que había abandonado por completo el uso de la morfina.

El jueves anterior encontró a la difunta sufriendo convulsiones. Empeoró y murió a la mañana siguiente. Desde su muerte se habían encontrado en su armario varias botellas, atadas en un paquete y escondidas, junto con cinco o seis estuches pequeños, cada uno con una jeringa hipodérmica.

* «The Hypodermic Injection of Morphia; its History, Advantages and Dangers», N. Y. ad loco.

El señor Cruise, químico farmacéutico, dijo que al principio se negó a servir la solución, pero que, consultado su ayudante subalterno, se le informó que la señora Frampton había sido provista frecuentemente de la solución. En agosto, septiembre y octubre sirvió nueve botellas cada mes, la última el día 20 del último mes.

El doctor Norman describió el estado en que encontró a la difunta, y declaró que cuando el señor Norman y el doctor Jackson fueron llamados, descubrieron en la parte superior de ambos brazos gran número de cicatrices antiguas, que se les informó eran resultado de inyecciones hipodérmicas de cinco años atrás. No había marcas recientes en los brazos, pero en ambos muslos había gran número de marcas similares, y también varias marcas de punciones recientes. Alrededor de algunas de estas últimas había un enrojecimiento₅ de la piel en diferentes fases, y una

en particular tenía la apariencia de haber sido hecha dentro de las veinticuatro horas. Era de opinión que la señora Frampton murió de tétanos, causado por las punciones hechas en los muslos con el propósito de inyectar una solución de morfina. Se le habían mostrado tres jeringas, todas las cuales estaban en estado sucio, al parecer sin haber sido secadas después de usarlas. Las agujas de acero estaban en muy mal estado de oxidación, lo que sería propenso a provocar inflamación.

El jurado emitió un veredicto en el sentido de «que la difunta murió de tétanos, o trismo, causado por inflamación surgida de punciones hechas por la propia difunta, con el propósito de la inyección subcutánea de una solución de morfina».*

El relato periodístico del caso siguiente me ha sido amablemente enviado por F. W. Barkitt, L. r. c. p., etc., de Dublín, Irlanda. El extracto es del periódico Irish Times, de 23 de octubre de 1870, que da cuenta de la investigación judicial del coroner:

* Medical Press and Circular, 29 de noviembre de 1876.

La paciente era una institutriz, soltera, de 56 años, y adicta al hábito de la morfina, usando el medicamento hipodérmicamente.

«El doctor Austin Meldon declaró que fue llamado a ver a la difunta en la mañana del 16 del corriente. La encontró en el espasmo del trismo. Estaba realmente en el espasmo cuando él entró en la habitación, con el cuerpo inclinado hacia adelante. El testigo era de opinión que la enfermedad comenzó tarde en la noche del domingo. Por el examen y la indagación, el testigo se había formado la convicción de que la enfermedad fue causada por una leve herida infligida por la aguja de una jeringa de inyección subcutánea. Había numerosas marcas en su cuerpo, donde tenía la costumbre de hacerse estas inyecciones. La leve herida a que se había referido fue hecha el viernes anterior. Halló que tenía la costumbre de usar estas inyecciones desde hacía años.

Esa mañana le dijo que había usado doce granos de morfina en una inyección, y le mostró los papeles que habían contenido los cuatro polvos. Era una cantidad enorme, siendo un cuarto de grano una dosis completa. La inmensa cantidad que usó esa mañana mostraba que la venía

usando desde hacía años. Le dijo que tenía la costumbre de usar, cuando la aquejaba la neuralgia, veinte granos en veinticuatro horas. No hay caso registrado de que se haya usado tanto.*

La testigo le preguntó por qué había adoptado ese modo de tomar morfina. Dijo que para evitar la tentación de tomar más cantidad de la droga. Hubo un caso de envenenamiento por morfina de la misma manera en Londres, el año pasado, pero la cantidad era considerablemente menor —la dosis tomada era de solo un grano cuatro veces al día. Después

*En mi capítulo sobre «El hábito de la morfina», mostraré que se han usado cantidades mucho mayores, y durante largos períodos.

de que la testigo la viera, continuó las inyecciones durante sus espasmos, y estas aliviaron su dolor, pero, por supuesto, las dosis que administraba eran muy pequeñas, y a medida que el sufrimiento disminuía, también lo hacía la cantidad en la inyección que administraba.

Atribuiría el tétanos que causó su muerte a la particular punción en la piel, ya que un nervio pudo haber sido lesionado por la entrada de la aguja. Era algo muy peligroso que una persona no profesional usara una de esas agujas. Conocía dos casos de tétanos causados por ella. En uno de estos casos, el paciente estuvo muy cerca de envenenarse, pues usó cuando no tenía dolor una dosis que le había sido recetada por un médico cuando tenía grandes dolores.

La testigo hizo un cuidadoso examen post mortem. Nunca había visto una señora de esa edad cuyos órganos estuvieran en condición más saludable. «La razón por la que la usaba, puedo decir, era para aliviar la neuralgia facial, en primer lugar, y el hábito creció en ella. Encontré la superficie del cuerpo punzada en innumerables lugares con la aguja.

Parecía como si hubiera sido tatuada.

«Coroner. ¿Hay algo más que considere conveniente decirnos? ¿Está seguro de que murió de tétanos traumático?

«Soy claramente de esa opinión, tanto por la historia como por la condición del caso.

«Coroner. Hay un punto que desearía que se aclarara. Varios médicos me han mencionado que es muy posible que ella hubiera obtenido, por error o de otro modo, estricnina en lugar de morfina. ¿Está usted satisfecho de que no es ese el caso? «Estoy perfectamente satisfecho. Diría que los síntomas del tétanos y del envenenamiento por estricnina son los mismos mientras los espasmos están presentes. Una vez que los espasmos pasan, el paciente se recupera

completamente en el envenenamiento por estricnina, pero los músculos permanecen contraídos en el tétanos.»

He escrito al Dr. Meldon, pidiéndole las historias de los dos casos de tétanos a que se hace referencia, pero hasta ahora no he tenido respuesta. El *British Medical Journal*, al comentar este caso, dice que no tiene conocimiento del caso mencionado por el Dr. Meldon como ocurrido en Londres, pero se refiere a tres casos de muerte por tétanos traumático tras la inyección hipodérmica de sulfato de quinina (*Lancet*, 6 de julio de 1867), y un caso de tétanos tras el uso de morfina, debido, probablemente, al uso de agujas oxidadas (*Lancet*, diciembre de 1876, p. 873).

CTPAPA Ties.

Tantos de nuestros semejantes han estado, en el pasado, están ahora y estarán, atados de pies y manos en esta terrible servidumbre, de la que parecen absolutamente incapaces de liberarse; tantos hombres ilustres se han ofrecido como sacrificios vivos a esta falsa deidad; tantas vidas han sido arruinadas, hogares desolados, esperanzas destruidas, ambiciones sofocadas por ella; tantos de los que nos son queridos han caído bajo la sombra de este repugnante mal; tan rápidamente se propaga el hábito, que la cuestión de su tratamiento y cura se ha convertido en una de importancia capital.

Al leer las historias de aquellos casos en que se efectuó una cura algunos años atrás, la mente se divide entre la admiración del gran heroísmo desplegado por los infortunados y la piedad por la agonía que se les permitió soportar.

Grandes avances se han hecho en el tratamiento de esta afección en los últimos años, y hoy, aunque la ciencia no puede sustituir la maldita dro-

ga por otra que pueda ocupar plenamente su lugar, todavía puede tener una mano de ayuda, mediante la cual el ascenso se hace más fácil y más rápido. El sufrimiento inherente a la ruptura del hábito puede, en gran medida, ser aliviado.

El método defendido y practicado con firmeza por Levenstein, de Alemania, lo considero bárbaro en extremo y peligroso. Los siguientes casos, tipo de todos, seleccionados de los publicados en su libro,* lo ilustran bien:—

* «Morbid Craving for Morphia». Londres, 1880.

El señor von X., enviado a la Institución por el profesor Westphal, había cogido frío durante un viaje, lo que le provocó dolores reumáticos. Para aliviarlo se le han administrado inyecciones de morfina desde 1872, al principio por el médico asistente, y después por el propio paciente, y en cantidades crecientes, habiendo ascendido la mayor dosis diaria a dieciséis granos. Los síntomas que se manifestaron a consecuencia de este uso fueron pérdida de apetito y de sueño, estado de excitación, emaciación, temblor de las manos.

El 9 de octubre de 1875, el paciente ingresó en la Institución; se había inyectado morfina por última vez en la mañana de ese mismo día. A las 10 de la noche el paciente se acostó y al instante se durmió. A las 3.30 de la madrugada tuvo náuseas, se sintió muy débil y postrado, sufrió de sacudidas en las extremidades inferiores y diarrea.

Octubre 10. Por la mañana el paciente tuvo cinco deposiciones blandas. Vómitos frecuentes durante todo el día.

La excitación y el intenso deseo de morfina aumentan cada hora. Por la tarde habla de suicidarse.

Octubre 11. El paciente no ha dormido durante la noche, pero ha tenido náuseas frecuentes. Los vómitos severos continuaron hasta las 11 de la mañana, pero cesaron por completo durante el resto del día. El paciente se queja de languidez en las piernas, dolor severo en el estómago.

Octubre 12. A las 7 de la mañana el paciente se incorporó de repente, y de manera asustada preguntó, varias⁷⁹ veces: «¿No estaba el doctor en la

habitación hace un momento?», cuando solo la enfermera había estado presente. Hasta las 12 de la noche permaneció en la cama tranquilamente sin hablar; después se incorporó y gritó, con gran excitación: «¿Quién es ese grandullón en la habitación de al lado? ¡Es tan alto que no puede pasar por la puerta! Y ahora se está haciendo aún más alto. ¡Ahora hay varios de ellos; son fantasmas!». Su voz era

temblosa, sus extremidades estaban en constante movimiento convulsivo. Se le calmó, pero solo con gran dificultad.

Una y otra vez se incorporaba y miraba ansiosamente la puerta. Temperatura; 28.52. Por la mañana el paciente se dirigió al superintendente, cuando este entró, de la siguiente manera: «Ah, buenos días, querida Emily. ¡Me alegro mucho de que vengas!». Mientras decía esto estaba tumbado tranquilamente. De vez en cuando levantaba ligeramente la cabeza y miraba la pared durante un rato, como si observara algo, y sus labios se movían como si hablara con alguien. En el curso del día vomitó considerablemente, varias veces. El paciente se siente muy débil, el habla es ininteligible, el temblor ha aumentado.

Entró en una breve conversación y se considera mejor que ayer. Aunque muy cansado, no puede conciliar el sueño. El pulso fue fuerte durante todo el día. La auscultación y percusión de los pulmones y el corazón mostraron un estado normal. La vejiga estaba vacía y no se emitió orina hasta las 5 de la tarde. Varias deposiciones blandas.

13 de octubre. Hacia medianoche el paciente se incorporó de repente, miró en torno, extendió las manos, como asustado, y gritó con voz temblosa: «¿Qué queréis? ¡Ahí está el... el fantasma!». La voz a la mañana siguiente era ronca, vacilante, ininteligible, sin sonoridad.

Los rasgos del rostro parecían ajados. Durante todo el día hubo diarrea y vómitos. Se le administró una inyección de alimento en los intestinos (según Leube).

14 de octubre. El paciente solo ha dormido un cuarto de hora en la noche. El resto del tiempo dormitaba; vomitó cuatro veces y tuvo cuatro

deposiciones blandas.

A las 5 de la mañana llamó a quienes lo velaban durante la noche: «¡Vamos, vamos, pronto, pronto!». Perdió gradualmente la consciencia, no se movió al ser llamado. Pulso 40, muy pequeño, apenas perceptible; respiración jadeante, lenta. Facies hipocrática. Se le inyectó un cuarto de grano de morfina. El pulso y la respiración pronto se regularizaron y recobró la consciencia. No hubo vómitos durante el día. La voz sigue ausente, los rasgos ajados. Hacia la tarde el paciente recibió una inyección de alimento (Leube) de dieciséis onzas y media.

Gran postración. Piel húmeda y caliente.

15 de octubre. El paciente no durmió, sino que yació tranquilo en la cama hasta cerca de las 2 de la madrugada, cuando hubo vómitos, opresión, gemidos, contracciones clónicas de los músculos de la cara y las extremidades. Pulso fuerte.

16 de octubre. Tuvo tres deposiciones blandas, vómitos y hemorragia nasal durante la noche. Durante el día el paciente se sintió bien.

17 de octubre. El paciente no ha dormido durante la noche, pero estuvo tranquilo; vómitos y diarrea. Durante el día, sensación de gran debilidad. Apetito bueno.

18 de octubre. Sin sueño, el paciente se siente completamente deshecho. Por la tarde durmió un breve rato.

A partir de este momento el estado del paciente fue satisfactorio.

Durmió primero tres horas, después cinco horas, por último durante toda la noche; el apetito aumentó considerablemente, el carácter cambió. Abandonó la Institución el primero de noviembre.

Orina.—La gravedad específica de la orina osciló entre 1,019 y 1,029. Solo ocasionalmente se observó un precipitado con solución alcalina de sulfato de cobre.

El paciente, a quien vi seis meses después de su alta, no ha tenido recaída.

La señora Jane G., paciente del doctor B. Frankel, de Berlín, de 35 años de edad, once años atrás, tras haber padecido fiebre tifoidea, fue aquejada de una dolencia abdominal que causaba tanto dolor que el médico de cabecera tenía que administrarle diariamente una inyección de morfina. Diez años atrás la paciente contrajo matrimonio y ha dado a luz dos niños, uno de cinco años y otro de ocho años ahora.

Los partos fueron prolongados; ambos niños murieron poco después de nacer. Durante ambos embarazos el médico suspendió el uso de la morfina, lo mismo que ocurrió durante varios viajes ocasionales a balnearios que la paciente hizo a causa de su dolencia. Desde hace cinco años se inyecta ella misma la morfina, siendo la dosis máxima pro die de ocho granos.

Mientras usaba el fármaco, se manifestó una febris intermittens tertiana, dos años atrás, que duró, con una interrupción de cuatro semanas, hasta noviembre de 1876. Regularmente a las 4.30 de la tarde tenía escalofríos, seguidos de calor ardiente y terminando en sudor. El uso repetido de quinina, incluso un cambio de aires y una estancia en el campo, fueron incapaces de suprimir la fiebre. El doctor B. Frankel, que solo había atendido a la señora G. durante tres meses y a quien ella nunca había contado su costumbre de usar morfina regularmente, hizo el diagnóstico de apetencia morbosa de morfina solo al considerar la fiebre intermitente. Aparte de esta, el uso del fármaco había provocado los siguientes síntomas: insomnio, cefalea, principalmente en la región del nervio occipital derecho, sequedad de boca, pérdida de apetito, náuseas, malestar, estreñimiento, sensación de opresión, ansiedad mental, palpitaciones del corazón. La paciente, tras haber apenas conciliado el sueño, se despierta con disnea, que aumenta hasta verdaderos accesos de sofocación; vértigos y temblor muscular.

La paciente es ingresada en la Maison de Santé y se suspende de inmediato el uso de la morfina.

TRATAMIENTO. Lil

16 de octubre. Apenas si durmió durante la noche; por la mañana la paciente está de buen humor, no se queja.

Temperatura y pulso normales. En el curso de la mañana hubo mucha sudoración y la paciente se quejó de cefalea y náuseas. Pupilas desiguales, la izquierda menor que la derecha. Presión sobre el estómago, escalofríos, bostezos; por la tarde hay inquietud, dolor de estómago, dolor epigástrico, opresión, mucha sudoración, escalofríos. Se aplicaron cataplasmas en el abdomen. Hasta la tarde había vomitado en total doce veces y había tenido una deposición blanda. Pupilas desiguales, la izquierda más dilatada que la derecha. La excitación, a consecuencia del dolor de estómago, aumenta de hora en hora. La paciente se mueve en la cama y gime en voz alta. Bostezos espasmódicos frecuentes. A las 9 de la tarde se le da un baño con ducha fría de un cuarto de hora de duración, tras lo cual se calmó por breve tiempo.

17 de octubre. La paciente ha vomitado trece veces durante la noche; sin sueño; los dolores en el abdomen fueron muy severos, con carácter de dolores de parto. Rostro pálido, pulso 64, lleno, regular. Bostezos frecuentes, ardor en la garganta y dolores abdominales continúan durante todo el día. La paciente parece agotada, está de vez en cuando en un estado de semimodorra. Pupila izquierda más dilatada que la derecha.

Gran postración, gran sed. En el curso del día vomitó nueve veces, dos deposiciones blandas.

18 de octubre. Sin sueño durante la noche, inquieta; se queja de dolores desgarrantes en las piernas y de dolor excesivo en el estómago; pulso y respiración normales; vomitó cuatro veces, una deposición blanda, estornudos frecuentes durante el día; es muy sensible a toda clase de ruidos. Arcadas frecuentes; vómitos severos diez veces. Pupila izquierda más dilatada que la derecha. La paciente siente frío. Por la tarde

a las 5 en punto la paciente cecea, toma un color pálido, mortecino, está muy oprimida y pierde la consciencia; se recuesta sobre las almohadas con los ojos cerrados. Pulso 42, pequeño, irregular. Se le administró en el acto un cuarto de grano de morfina, repetido al cabo de veinte minutos.

Pupila derecha más dilatada que la izquierda. Al cabo de un cuarto de hora la paciente despierta, dice que nunca se había sentido tan bien; toma leche con gusto sin volver a devolverla.

Pulso 60, fuerte y vigoroso. Este estado favorable dura hasta las 9 de la noche, cuando vuelve a tener náuseas de vez en cuando. A las 10 se le da un baño con ducha fría.

19 de octubre. La paciente solo ha dormido desde las 10.30 de la noche hasta la 1.30 de la madrugada. A esta hora se presentan de nuevo arcadas, vómitos, postración, dolores en la región epigástrica; sobrevienen alucinaciones, ilusiones, seguidas de colapso acompañado de los síntomas ya mencionados, que obligan a la inmediata inyección de medio grano de morfina a las 2.20 de la madrugada, seguida de una inyección más débil de un cuarto de grano de morfina a las 4.15 de la madrugada. Después la paciente volvió a sentirse bastante bien. Durante la mañana su estado solo ha sido bueno por momentos, siendo las principales quejas gran postración, imposibilidad de dormir, dolores de estómago, gran sed. Pupila izquierda más dilatada que la derecha. Hacia las 10 de la mañana el malestar aumentó hasta tal punto que hubo que administrar una inyección de un quinto de grano de morfina.

Sintiéndose bien después, la paciente tomó una pinta de leche y sopa. Por la tarde tomó algo de cacao, que no ha devuelto. Hacia la tarde se sintió oprimida, lo que sin embargo remitió tras un baño caliente con ducha fría. A las 9.25 de la noche hubo que administrar otra inyección de un cuarto de grano de morfina, a causa de síntomas de colapso que se manifestaron. Solo tres cuartos de hora después se hizo visible el buen efecto.

20 de octubre. La paciente ha dormido en total cinco horas durante la noche, con muchas interrupciones. En los intervalos, además de estar inquieta, hubo postración, apetencia de morfina, náuseas y vómitos frecuentes, y dolores de estómago. Por la mañana estornudos y bostezos. Durante el día el estado fue comparativamente bueno. Pupila izquierda más dilatada que la derecha; hacia la tarde ocurrió lo contrario. A las 8.30 de la noche la paciente tomó un baño a 31° R. (87,8° F.) de media hora de duración, con ducha fría.

21 de octubre. Inquieta durante toda la noche, apetencia de morfina y reflejos aumentados. Durante el día el estado de la paciente es satisfactorio, salvo algunos bostezos, estornudos y ligera postración.

22 de octubre. Sin sueño durante la noche, paroxismos de estornudos y bostezos.

23 de octubre. La paciente durmió tres horas con interrupciones. Hacia la mañana estornudos severos. Apetito bueno. Tomó un baño con ducha fría, mañana y noche.

24 de octubre. La paciente estuvo muy inquieta por la noche, se movió en la cama y por la mañana estaba muy exasperada a causa de la mala noche. A las 9 de la noche se le administraron 40 granos de cloral en pastilla, pero los devolvió inmediatamente.

26 de octubre. La paciente durmió dos horas con interrupciones. Durante el resto de la noche se sintió oprimida y tuvo palpitations del corazón. Estornudos igual que ayer.

28 de octubre. Muy inquieta durante la noche. La paciente solo durmió cerca de una hora hacia la mañana, y luego sintió dolores en la parte inferior del abdomen.

29 de octubre. Apenas si ha dormido durante la noche. El estado mental, sin embargo, bueno; el apetito, igual.

31 de octubre. Durante las noches pasadas durmió, por término medio, tres horas. Las comidas se toman con regularidad.

Se administraron treinta granos de cloral en cápsulas. La paciente durante el día se queja de dolores de tipo parto en la región abdominal inferior.

1 de noviembre. La paciente durmió varias horas tras haber tomado 30 granos de cloral. Los dolores en la región hipogástrica siguen apareciendo de vez en cuando; algunas manchas acuosas rojizas se muestran en la ropa.

2 de noviembre. Los dolores han aumentado por la mañana; toda la región abdominal es sensible al tacto.

Se aplicaron cataplasmas. A mediodía se manifiesta el flujo menstrual.

3 de noviembre. Los dolores han disminuido. La paciente ha dormido cuatro horas.

4 de noviembre. El flujo menstrual continúa.

Mientras que antes se dice que solo duraba unas pocas horas, ahora ha durado cuarenta y ocho horas. Hacia el mediodía la paciente dejó la cama y permaneció en el sofá varias horas.

5 de noviembre. Durmió desde las 11 de la noche hasta las 2.30 de la madrugada. La paciente se sintió oprimida por la noche; hubo dificultad respiratoria y no podía permanecer en la cama.

La paciente abandona la Institución el 15 de noviembre, habiéndose regularizado todas las funciones corporales. Hasta el presente no ha tenido recaída.

En favor de este plan de tratamiento Levenstein aduce lo siguiente: «La confianza en el médico se fortalece a consecuencia de la corta duración de los síntomas graves y de la mejoría ya experimentada tras pocos días; los pacientes cobran ánimo, miran hacia su completa recuperación y se someten con paciencia y resignación a los pocos días de sufrimiento». Y además:

«La organización humana, según sabemos por nuestra cirugía, obstetricia, etc., se someterá, en general, más fácilmente a un tratamiento súbito y enérgico, aun cuando obre poderosamente, que a una influencia más suave. La privación gradual, que requiere largo tiempo, excita en mayor grado las fuerzas físicas y morales, porque cada dosis, menor que la cantidad del día anterior, producirá nuevos síntomas de reacción. La constante ansiedad mental en que viven estos pacientes, mientras esperan una dosis menor al día siguiente, los vuelve quejumbrosos e irritables; su propósito de someterse hasta el fin de la cura y su energía comienzan a decaer, y procuran eludir el tratamiento. Traman intrigas contra los empleados y las enfermeras; simulan apariencias morbosas para excitar la compasión de sus parientes y amigos; pierden la confianza en sí mismos y en su médico, cuya plena y absoluta autoridad es indispensable para el éxito del tratamiento de la abstinencia.»

Esto es ciertamente verdad en aquellos casos en que el tratamiento se hace por reducción muy gradual, y de ningún modo en aquellos en que dura sólo de cuatro a siete días; diez a lo sumo. Este último plan combina todas las ventajas del método de Levenstein y evita el peligro y la miseria del suyo y los de la cura prolongada.

En muchos casos las personas entregadas a este hábito reducen gradualmente la cantidad que han estado usando hasta cierto punto, más allá del cual parecen incapaces de pasar. Así, un médico que estuvo bajo mi cuidado redujo su dosis de tres granos a un doceavo de grano en las veinticuatro horas, y la mantuvo en este punto durante largo tiempo.

Finalmente, sin embargo, volvió al uso de la cantidad total.

Empleaba el método subcutáneo. «La mayoría de los pacientes expresan su voluntad de librarse del hábito y se esfuerzan hasta cierto punto por ayudarse a sí mismos, pero en este período la fuerza de voluntad, naturalmente debilitada, cede, y los buenos propósitos se echan por la borda. Es en este momento cuando toda facilidad para el pleno control del paciente es necesaria, pues sin ella el enfermo invariablemente abandonará el tratamiento, alegando que el sufrimiento supera sus fuerzas, lamentará su triste destino y volverá al antiguo hábito con renovada fuerza, exclamando, con el hijo de Coleridge:

“Oh dolorosa impotencia de la débil resolución.”

El tratamiento de estos casos en los domicilios de los habituados rara vez tiene éxito. Alguna astucia, alguna estratagema, algún engaño se practicará seguramente, ya por el paciente, los amigos, los parientes o la enfermera. Muy a menudo los parientes, sin comprender el significado de ciertos síntomas, angustiados sobremanera por las lastimeras súplicas del enfermo, intervendrán y pondrán fin de inmediato al tratamiento, causando así, sin saberlo y con buena intención, al paciente un daño de la especie más grave. Pues el tratamiento, sostenido casi hasta el punto de la cura y luego abandonado, desanima tan profundamente a la persona que tarda mucho en decidirse a intentarlo de nuevo.

Quienes más probablemente se conducirán de manera tal que hagan intervenir a sus amigos, por temor a que resulte la muerte o la locura, son

las mujeres histéricas. La reclusión absoluta en una institución pública o privada, donde se pueda depender absolutamente de las enfermeras y donde se exija vigorosamente la obediencia a las órdenes del médico, es el único plan racional para tratar estos casos. Además, son necesarias las comodidades para baños de diferentes clases y temperaturas, y los variados aparatos eléctricos, que no se hallan en las casas de los pacientes; más necesarios que los medicamentos.

TRATAMIENTO

Lo mejor para el paciente, si es adulto, o para los padres del paciente, si es menor, es firmar un documento sometiéndolo plenamente al entero control del médico por diez días.

Al salir de casa deben registrarse minuciosamente su baúl y su ropa, y debe retirarse toda forma de opio o morfina. Al entrar en la institución en cuestión, se permite a la persona un descanso de veinticuatro a cuarenta y ocho horas, para reponerse de los efectos del viaje, familiarizarse con su entorno y permitir al médico encargado juzgar plenamente la cantidad de morfina tomada y el estado de los diferentes órganos. La orina debe analizarse cuidadosamente y conservarse el resultado para referencia futura. Las ventanas de las habitaciones deben asegurarse firmemente, y no debe permitirse ningún mueble adicional, instrumento cortante ni saliente del que fuera posible colgarse. Deben preferirse las camas de hierro bajas, y la habitación calentada por horno o tubos de vapor, bien protegidos.

Al comenzar el tratamiento, se exige al paciente que entregue todo el dinero u objetos de valor que pueda llevar consigo, de lo cual se le da un recibo. Luego una enfermera lo desviste, lo envuelve en una manta y lo lleva al cuarto de baño, donde se le da un baño. Mientras esto se hace, otra enfermera, bajo la supervisión del médico, registra todo lo que el paciente ha traído consigo, incluida la ropa recién quitada, y retira cualquier morfina u opio que pueda haberse ocultado, así como tijeras, cuchillos, agujas, etc. El registro debe ser muy minucioso, pues he conocido pacientes que cosían paquetes de morfina en el forro y las pretinas de su ropa. Luego se lleva al paciente de vuelta a su habitación, se instruye

plenamente a la enfermera y se comienza el tratamiento por reducción rápida.

El médico mismo administra el fármaco, ya por la boca, ya por la piel. Yo suelo reducir la cantidad usada en veinticuatro horas en un tercio, a veces en la mitad, el primer día. El siguiente caso ilustrará el plan seguido:

La señorita B. (enviada a mí por los doctores Claggett y Walls, de Baltimore), soltera, de veintisiete años, nacida en Virginia.

Alta, delgada, demacrada. Peso de unas noventa y ocho libras.

Tez rojiza. Cabello castaño oscuro, ojos gris azulados.

Estatura de cinco pies, siete pulgadas y media. Temperamento extremadamente nervioso. Pupilas irregulares y contraídas.

Ingresó en mi casa para tratamiento el 16 de octubre de 1880. Había estado tomando morfina por vía subcutánea durante dieciocho meses.

Le fue administrada por primera vez por un médico, para aliviar el intenso dolor de un ataque de celulitis pélvica. Al término del tratamiento, siendo aún doliente, se procuró una jeringa y continuó las inyecciones por sí misma, aumentando gradualmente la dosis hasta que la cantidad diaria llegó a seis granos. A veces era menor que esto. Acostumbraba tomar tres inyecciones en las veinticuatro horas; una de madrugada, una hacia el mediodía y una a última hora de la tarde. Cesó de menstruar tres meses después de comenzar a usar el fármaco, y no había menstruado hasta el momento del ingreso. Sin antecedentes de excesos alcohólicos en los ascendientes. Tiene una hermana extremadamente nerviosa y un hermano que se repone justamente de una parálisis de un lado de la cara.

Su rostro está salpicado de pústulas, así como el pecho. El cuerpo y los miembros marcados por cicatrices de punciones antiguas y recientes.

Apetito regular, vientre estreñido. Algo letárgica y torpe de mente, pero, con todo, muy nerviosa. Está desalentada y llora con facilidad, pero

desea mucho abandonar el hábito. Hay algún vaginismo y espasmo del esfínter de la vejiga.

15 de octubre de 1880. Vista por el doctor T. Addis Emmet, quien la declaró libre de toda enfermedad uterina y ovárica, salvo los restos de una antigua celulitis pélvica, por la cual el útero estaba algo desviado hacia un lado. Recomendó la inyección de grandes cantidades de agua caliente.

16 de octubre. Se le administraron cuatro granos de morfina, por vía subcutánea, en dos dosis, una a las 7 a. m., la otra a las 3 p. m.

Se siente muy deprimida y con nostalgia del hogar.

17 de octubre. Pasó una noche regular. Muy nerviosa por la mañana. Se le administraron cien granos de bromuro de potasio. Extracto fluido de coca (Parke, Davis & Co.), en dosis de media onza, a las 9 y 11 a. m., 2, 4 y 9 p. m.; también píldoras de medio grano de Cannabis indica, a las 8 y 10 a. m., 3, 5, 7 y 10 p. m. Se le administraron dos granos de morfina a las 7 a. m. y un grano a las 2 p. m. Más tranquila; toma caldo de res (el jugo del bistec exprimido en agua hirviendo y sazonado), jerez y cerveza embotellada. Algún dolor sobre el ovario izquierdo. Helado y leche para la cena. 8 p. m., pulso 100.

Menos nerviosa; más conversadora y agradable; expresó deseo de comer ostras. El dolor sobre la región ovárica izquierda algo aliviado con cataplasmas. El vientre no ha evacuado en dos días.

Orina. Densidad específica 1,018; reacción ácida; color ámbar pálido; olor normal; sedimento escaso; microscópicamente nada; químicamente nada salvo un exceso de fosfatos.

18 de octubre. Pasó una buena noche. Pupilas de tamaño mediano y regulares. Anhela comida. Se le administraron dos tercios de grano de morfina, a las 7 a. m. Fue preciso extraerle la orina; esto había sido su costumbre durante largo tiempo. Cataplasmas en la región ovárica izquierda. Bromuro y demás medicamentos continuados como antes. Dos tercios de grano de morfina a las 3 p. m.

Bastante nerviosa e inquieta, pero ⁹⁰afirmada. Apetito bueno.

Se le administró:

R. Mass. hydrarg., Ext. colocynth co.,

al acostarse.

Una botella de cerveza y algo de vino de jerez. Dos tercios de grano de morfía al acostarse. La pupila izquierda mayor que la derecha; ambas algo dilatadas. Sufre ligeramente de bromismo.

Durante el día ha tomado la siguiente mezcla cada tres horas, mientras estaba despierta:

R. Strychniae sulphat., gr. ij. Tinct. belladonnae, Tinct. capsici, aa 3 ss. M.

Sic. — Tómese diez gotas cada tres horas, aumentando tres gotas cada día.

19 de octubre. Durmió bien toda la noche. Dos tercios de grano de morfía a las 5.30 a. m. Animada. Apetito bueno.

Se vistió y bajó las escaleras. Medio grano de morfía a las 3 p. m. Medicamentos continuados como de costumbre, con excepción del bromuro, que se administró en forma de elixir (diez granos por dracma), una dracma después de cada píldora de cáñamo. Pupilas regulares. Pulso bueno. 6 p. m., tuvo una severa convulsión histérica, provocada por hablar y pensar en su casa. Se le administraron dos tercios de grano de morfía. Algún dolor de cabeza. El vientre aún no ha evacuado.

Se le administró polvo de seidlitz.

20 de octubre. Bastante nerviosa durante la noche. Se revolvió de un lado a otro de la cama. El vientre evacuó naturalmente hacia las 2 a. m. Dos tercios de grano de morfía a las 6 a. m. Pupilas contraídas e iguales. Ligero dolor de cabeza. Inquieta. Un tercio de grano de morfía a las 3 y 9 p. m. Mucho dolor de cabeza.

21 de octubre. El vientre evacuó naturalmente durante la noche.

TRATAMIENTO.

Un tercio de grano de morfina a las 6 a. m.; un tercio de grano a las 2.30 p. m., y un sexto de grano a las 6 p. m.

Apetito excelente. Hizo algún ejercicio en el patio.

Ataque histérico a las 5 p. m., después de leer una carta de su casa. Se le administraron doce granos de asafétida. Erupción de bromuro en el pecho y la espalda. Orina ligeramente albuminosa y con una traza de azúcar.

El espasmo consistió en gemidos, con respiración muy trabajosa, produciéndose el gemido en cada espiración completa.

Había temblor de las manos y contracciones de los músculos, acompañados de una sensación de sofocación. Pulso pequeño y frecuente. A las 6.30 p. m. se había repuesto lo suficiente para comer una cena abundante. Durante la velada se sintió bien. Un sexto de grano de morfina a las 9 p. m. Se ordenó media onza de tintura de hyoscyamus al acostarse.

22 de octubre. Inquieta toda la noche. El hyoscyamus no produjo más de dos horas de sueño. Un sexto de grano de morfina a las 6 a. m. Muy nerviosa e inquieta toda la mañana. Un sexto de grano de morfina a las 3 p. m. Se queja de dolor en el cuerpo, los miembros y el costado. Se le administró un baño de asiento muy caliente, seguido de un emplastro de belladona en la región ovárica.

Un doceavo de grano de morfina a las 6 p. m. Menos nerviosa a las 7 p. m. Vomitó una vez. Un sexto de grano de morfina a las 9 p. m. Aún inquieta. Todos los medicamentos continuados.

Pupilas dilatadas e irregulares; la derecha mayor que la izquierda.

23 de octubre. Pasó una noche de insomnio. Muy nerviosa por la mañana. Un sexto de grano de morfina a las 6 a. m.

Angustiosa náusea y vómito. Se le administraron hielo y vino.

Por la tarde hubo algunos síntomas de colapso.

De una duodécima parte de grano de morfina a la 1 p. m., medio grano a las 4 p. m., una duodécima parte de grano a las 5 p. m. y una sexta parte

de grano a las 9.30 p. m. «Hacia la noche cesaron las náuseas. Se queja de dolores intensos en los miembros y en la espalda. Se la frota

minuciosamente EL HÁBITO DEL OPIO.

con whiskey y agua. Pupilas contraídas. A las 4 p. m., ligeros síntomas de colapso. Se le administraron estimulantes. En lugar de la mezcla de belladona, estricnina y capsicum, se ordenó lo siguiente:

R. Strychniae sulph., gr. ss. Tinct. belladonnae, Tinct. lobeliae, Tinct. stramonii, Tinct. capsici, aa. M.

Síc.—Tómese veinte gotas cada tres horas, y tres gotas diarias.

Se continuaron las demás medicinas del mismo modo que antes. La orina se evacua con libertad. Albúmina, una vigésima parte del volumen. Sin azúcar. Ataque histérico a las 9 p. m.

24 de octubre. Durmió bien toda la noche. Se le administraron cuatro onzas de leche y agua de cal cada dos horas; también algún ponche de leche. Grave acceso tetanoide histérico al levantarse del sillón. Duró más de una hora. Gran dificultad para vencer el espasmo de los músculos respiratorios. Espiración ruidosa y forzada. Manos crispadas. Dedos de manos y pies forzosamente flexionados. Espasmo clónico de los músculos de la cara y de la mandíbula. Rostro amoratado, venas distendidas, pulso en la muñeca apenas perceptible.

Se la puso completamente bajo la influencia del éter, con buen resultado. Se quejó de cefalea, náuseas y dolorimiento de los músculos después de disiparse el efecto del éter. Dice que, al ponerse de pie, un dolor punzante se le clavó en el ovario izquierdo y la arrojó al espasmo. Se continuaron las medicinas. Se le dio baño caliente de asiento, seguido de ducha fría, y la corriente interrumpida a lo largo de la columna y sobre el ovario. También masaje, que alivió mucho los dolores de los miembros y el dolorimiento de los músculos.

12 m. Se siente animada y alegre. Tomó algo de cerveza embotellada. El vientre no ha evacuado desde hace dos días. Cataplasma sobre el abdomen. Una duodécima parte de grano de morfina a las 3 p. m., también

una duodécima parte de grano a las 8 p. m. Esta fue la última dosis de morfina. A las 9 p. m., otro espasmo histérico.

Nuevamente eterizada. Poco después de esto el vientre evacuó.

12 de medianoche. La pupila izquierda mayor que la derecha. Durmió de 2 a 5 a. m.

25 de octubre. Muy nerviosa e inquieta. Se queja de constricción del pecho por una banda imaginaria. Disnea.

A las 6 a. m., otro espasmo al levantarse del sillón. Se recurrió de nuevo al éter, después de que trescientas treinta granos de bromuro de potasio en el espacio de hora y media no lograran aliviarla. Unas pocas bocanadas de éter bastaron. Algunas náuseas por el éter. A las 9 a. m., síntomas de colapso que cedieron fácilmente al brandy. En estado tranquilo todo el día. Estimulantes y alimento líquido cada hora. Algunos vómitos, estornudos e hipo. Diarrea durante el día. Rostro rojo amoratado. Respiración 36; pulso 120. Estuporosa pero sin dormir.

6 p. m. Mejorando. Reconoce los rostros; habla con sensatez, pero con voz torpe. Toma bien el alimento y parece disfrutarlo. Visión doble. 9 p. m., inquieta. Quiere levantarse y caminar por la habitación. Se le administró una inyección subcutánea de agua. Durmió dos horas. Se continuaron las medicinas.

26 de octubre. Bostezos, abrir la boca y estornudos. Se queja de dolor en los miembros, también de tenesmo vesical y rectal.

Un examen revela una pequeña hemorroide. Se le administró un supositorio que contenía medio grano de extracto de belladona, que pareció proporcionar algún alivio. Pulso más fuerte.

Disnea menos marcada. Se le administró una inyección hipodérmica de agua a las 8 a. m., a las 3 y a las 9 p. m., con gran alivio para ella. Las dudas sobre si había morfina en la solución empleada se disiparon haciendo que tocara con la lengua la aguja, previamente mojada en tintura de nuez vómica. Tez más clara; ojos brillantes; voz no tan torpe. Se suspendió la mezcla de estricnina.

8 p. m. Gran tenesmo rectal, con deposición escasa y fétida. Se le administró un grano de extracto de belladona, en supositorio, y una cápsula que contenía—

R. Mass. hydrargyri, Ext. colocynth. co., aa. Fiat capsula.

Sabiendo mal la boca, se le dio lo siguiente como enjuague:

R. Sodae hyposulphitis, Tinct. kino, Tinct. myrrhae, aa, Ol. gaultheriae, gtt. xvj, Aquae, ad 3 iij. M.

Síc.—Una cucharadita en medio vaso de agua.

Los dolores en los miembros y en el cuerpo siguen siendo intensos. Mucho alivio con un baño caliente, seguido de la ducha fría. Se suspendieron las píldoras de cáñamo. Se continuaron los estimulantes y el alimento líquido.

Estado de colapso parcial a las 5 p. m. Aliviado por el uso liberal de estimulantes.

28 de octubre. Durmió bien. Desde este momento mejoró rápidamente. Se le puso a régimen de aceite de hígado de bacalao, crema, leche, dieta generosa y el siguiente tónico:—

R. Strychniae sulph., Tinct. cinchonae co., Tres veces al día.

En el espacio de nueve semanas su peso aumentó de unas 100 a 146 libras.

La erupción bromúrica, que fue grave, se trató con un lavado de salicilato de sosa, diez granos por onza.

11 de noviembre. Cierta hinchazón del abdomen y dolor en la región ovárica izquierda. Se le administraron áloes, hierro y mirra, hasta que el vientre evacuó con libertad.

17 de noviembre. Establecido el flujo menstrual. Pasó

el período con escaso dolor. Siguió alguna leucorrea. Parcialmente aliviada con inyecciones de infusión de corteza de roble blanco.

11 de diciembre. Nuevamente indispu⁹⁵esta. Menos dolor.

23 de diciembre. Dada de alta curada. Absolutamente ningún deseo de morfía.

En este caso el elemento histérico fue decidido y modificó en cierto modo el tratamiento.

Los síntomas que siguen a la privación súbita de la morfía están descritos con tanta viveza y acierto por Levenstein, que ha tratado muchos casos de este modo, que no puedo dejar de dar sus propias palabras:—

«Aunque las personas que sufren de ansia morbosa de morfía muestran síntomas diversos, comenzando algunas a sentir los efectos del veneno tras usarlo durante varios meses, mientras otras disfrutan de una salud comparativamente buena durante años seguidos, no hay diferencia entre ellas en cuanto a las consecuencias de la retirada parcial o total del narcótico.

»En este respecto son todas iguales. Ninguna de ellas tiene el poder de satisfacer sus pasiones impunemente.

»Solo unas pocas horas han pasado desde el uso de la última inyección de morfía, y ya el sentimiento de bienestar producido por la acción del fármaco se desvanece. Las invade un sentimiento de inquietud e intranquilidad; el sentimiento de dominio de sí mismas y de posesión de sí se ha ido, y es reemplazado por una desesperanza extrema; una ligera tos provoca gradualmente disnea, que se agrava por la falta de sueño y por las alucinaciones.

»El sistema vasomotor muestra su debilidad por abundante sudoración, por el color oscuro del rostro, que reemplaza al estado pálido aparente durante los primeros días.

»La afluencia de sangre a la cabeza y las palpitaciones del corazón, con pulso duro, pronto se manifiestan. Este último síntoma a menudo desaparece súbitamente y es reemplazado por un pulso lento, irregular y filiforme, que es señal del comienzo de un colapso grave.

»La irritabilidad refleja aumenta, los pacientes comienzan a estornudar y a tener paroxismos de bostezos; se sobresaltan si alguien se les acerca; tocarles la piel provoca movimientos⁹⁶ convulsivos o convulsiones; el tem-

blor de las manos, si no era ya evidente, se hace ahora claramente perceptible. El poder del habla se trastorna; aparecen el ceceo y la tartamudez. La diplopía y los trastornos del poder de acomodación, frecuentemente acompañados de aumento de la secreción de las glándulas lagrimales, se manifiestan. Los pacientes son presa de un sentimiento de debilidad y de total falta de energía, y se ven así obligados a guardar cama.

»Afecciones neurálgicas de diversas partes del cuerpo, dolor en la parte anterior y posterior de la cabeza, cardialgia, sensaciones anormales en las piernas, asociadas con salivación, coriza, náuseas, vómitos y diarrea, tienden a llevarlos a un estado desesperado.

»Algunas personas sobrellevarán con fortaleza todas estas pruebas; permanecerán tranquilamente en la cama y soportarán el sufrimiento inevitable, apenas emitiendo una queja. De las demás, aunque la gran minoría de ellas duerme y dormita durante este tiempo penoso, algunas no encuentran reposo en ningún sitio; saltan de la cama, corren por la habitación presas del miedo, llorando y gritando. Gradualmente se calman, aunque ocasionalmente su excitación aumenta. Un estado de frenesí, provocado por alucinaciones e ilusiones de todos los órganos sensibles, causa por fin un estado morboso al que he dado el nombre de delirium tremens, resultante

del ansia morbosa de morfía, siendo similar al causado por el alcohol. Algunos de los pacientes, sin embargo, se encontrarán caminando en profunda desesperación, esperando hallar una oportunidad de liberarse para siempre de su miserable condición.»

La paciente a quien traté mediante la privación súbita del fármaco era una señora casada, de cuarenta y cinco años, robusta y flácida. Había estado usando morfía por la boca durante casi dieciséis años, tomando en el último año de siete a diez granos diarios. La vi una tarde y comencé el tratamiento a la mañana siguiente. El fármaco se retiró de inmediato. Ese día comenzó a quejarse de salivación, disnea, dolores intensos y corrosivos en las pantorrillas, cefalea, dolor en la región del corazón y un fuerte deseo de morfía.

La primera noche no durmió en absoluto. Estaba febril e inquieta, revolviéndose de un lado a otro de la cama, gimiendo, gritando ocasionalmente. Hacia la mañana se volvió delirante, corría por la habitación, chillaba, atacaba a la enfermera, intentaba saltar por la ventana y golpeaba la puerta. A las 8 a. m. había caído en un estupor, del que era ocasionalmente sacada por accesos de estornudos. Una tos seca, dura y persistente se sumaba a la disnea.

Las náuseas eran intensas y los vómitos frecuentes. Al tercer día no reconocía a quienes la rodeaban, veía hombres y animales imaginarios, lloraba, reía, gemía y murmuraba incoherencias. Se formaron sordes en dientes y labios; las heces y la orina se evacuaban en la cama. En este estado permaneció durante seis semanas, a pesar de todo esfuerzo por despertarla. Todo el día en estado tifoideo; de noche, tambaleándose por la habitación, chillando, llorando y atacando a la enfermera.

En la séptima semana comenzó a reconocer rostros, aunque sus alucinaciones y delirios continuaron. Recobró la fuerza muy lentamente. Los dolores persistían en los miembros.

Había temblor de manos y lengua, incapacidad para leer, y lloraba por la cosa más trivial. Sus noches estaban llenas de visiones y sueños terribles, cuyo recuerdo le duraba todo el día siguiente. Varias veces hubo colapso grave, que exigió el uso liberal de estimulantes y una ocasional dosis pequeña de opio. Durante todo este tiempo se administraron tónicos, alimento concentrado, baños y electricidad. Fueron necesarios cuatro meses completos antes de que su mente recobrara el equilibrio. Fue vista una vez, en consulta, por el Dr. G. H. Wynkoop, de esta ciudad.

Aquel fue mi primer caso, y jamás volveré a intentar el experimento. Sé de varios casos en que los médicos han probado este plan y lo han abandonado.

Su orina contenía azúcar y albúmina en gran cantidad. Esto desapareció después por completo.

He aquí más testimonio sobre la eficacia del tratamiento por privación súbita:—

«El Dr. Osgood (Quart. Jour. Inebriety, junio de 1879) ha tratado, en un hospital, durante los dos últimos años, 800 casos de ebriedad de opio. Su plan, en general, es: (1) La interrupción absoluta y total del uso del opio desde el comienzo del tratamiento. (2) Un asistente de confianza que esté con el paciente día y noche durante los tres primeros días. (3) Hidrato de cloral para las tres primeras noches, si es necesario. (4) Buen alimento, leche, huevos crudos, brandy (en algunos casos), caldo de pollo. (Lo anterior debe tomarse en pequeñas cantidades.) (5) En la diarrea, administrar dosis de dos dracmas de una mezcla de partes iguales de tintura de catecu y tintura de jengibre. (6) El vómito frecuentemente cede al bismuto en dosis de quince granos; y en algunos casos una sola dosis de calomelanos ha obrado como un encanto. El hielo es ventajoso en algunos casos. (7) A lo largo de todo el tratamiento debe recordarse que el paciente está por debajo de lo normal y requiere

tónicos. La quinina y la tintura de hierro ocupan un lugar destacado en nuestra lista. (8) El paciente debe esperar sufrir más o menos durante los tres primeros días, y debe hacerse prisionero durante ese tiempo. Para el cuarto día suele haber una mejoría marcada. (9) Por lo general, para el sexto día ha desaparecido todo deseo de opio. El paciente requiere entonces un cambio de aire y de entorno, y tónicos durante algunas semanas. De cien casos tratados así no hubo más que una muerte, y fue por apoplejía.”

Por muy bien que este plan pueda responder para los alemanes y los chinos, ciertamente es una práctica peligrosa y bárbara cuando se aplica a pueblos americanos e ingleses.

El peligroso colapso que tan a menudo ocurre en la ejecución de este método lo combate Levenstein con pequeñas inyecciones subcutáneas de morfina, estimulantes, éter gota a gota sobre el cráneo, etc.

CAPÍTULO VI.

El limitado espacio me impide ilustrar cada modificación del tratamiento con casos pertinentes, y me contento con discutir las diversas drogas y agentes empleados, y las indicaciones que reclaman su empleo. De

este modo, también, el lector se familiarizará con los diversos síntomas que surgen en el curso de la privación rápida.

Los baños de diversas clases son el puntal en el tratamiento de la mayoría de los casos de esta índole. Se emplean con cuatro propósitos: (a) Calmar la excitación. (b) Aliviar el dolor. (c) Igualar la circulación, y (d) Procurar el sueño.

Logran su efecto cuando las drogas fracasan.

Al tercer o cuarto día de tratamiento es habitual tener, especialmente en personas muy nerviosas, una excitación considerable, irritabilidad nerviosa refleja, no tan grande, sin embargo, como cuando la droga se retira de golpe. El violento delirium tremens de que habla Levenstein nunca lo he visto, salvo en un caso, que traté según su método. Cuando sobreviene el delirio, suele ser de una especie baja, murmuradora e inofensiva. Para su tratamiento y el de la grave irritabilidad nerviosa e inquietud que a veces se observan, el baño caliente, seguido del chorro frío, es un remedio excelente. Si el paciente es fuerte lo dejo permanecer en él veinte minutos; si es débil, de cinco a quince minutos.

Se obtiene una buena reacción y se acrecientan las virtudes sedantes del baño vertiendo uno o dos cubos de agua fría sobre la cabeza y los hombros del paciente, o dirigiendo sobre él por un momento cierto número de finos chorros de agua fría, con fuerza considerable. La boquilla debe disponerse de modo que de veinte a cuarenta chorros puedan actuar al mismo tiempo. Después de esto debe frotarse bien todo el cuerpo con un guante de crin, hasta que la superficie esté encendida, y ponerse luego al paciente en la cama, donde suele seguir una transpiración suave, con alivio considerable del dolor en los miembros, los escalofríos y los estornudos; a menudo sigue un sueño tranquilo, que dura de treinta minutos a dos horas.

Un baño caliente rápido, seguido del chorro o la ducha, y éste de un frotamiento enérgico, lo encuentro una medida excelente en el tratamiento posterior de estos casos, pues apresura la descomposición de los tejidos viejos y estimula el crecimiento de los nuevos, así como las distintas secreciones.

La temperatura del baño nunca debe ser inferior a 112° Fahrenheit.

En algunos pacientes neurálgicos, el chorro frío causa a veces dolor después. En estos casos debe omitirse, empleándose en su lugar el guante de crin con liberalidad.

Pueden darse varios baños en el curso de un día, pero rara vez encuentro necesario dar más de dos o tres en los peores casos.

El baño, demasiado prolongado o dado con demasiada frecuencia, a veces debilita mucho al paciente. En sujetos debilitados y en los que sufren dolores pélvicos encuentro que el baño caliente de asiento, seguido de un frotamiento y amasamiento enérgicos de todo el cuerpo, a menudo proporciona gran alivio.

Para el insomnio persistente encuentro la envoltura fría un agente sumamente útil. Se desviste por completo al paciente, se escurre una sábana en agua fría y se le envuelve por completo en ella hasta el cuello. La sábana debe doblarse bajo los pies y remeterse de manera uniforme y ajustada alrededor del cuello. Se le envuelve luego estrechamente en cuatro a seis mantas, y en la mayoría de los casos pronto se dormirá, brotando por todo su cuerpo una transpiración suave. Puede permitírsele permanecer así una hora o incluso dos.

La excitación y el nerviosismo se calman con ello, la inquietud y el dolor desaparecen, y el enfermo a menudo observa cuánto bien le hace.

Al retirarla, todo debe hacerse rápidamente, bajo la cubierta de una manta gruesa, y frotarse bien el cuerpo con una esponja empapada en whiskey y agua.

Es también un agente valioso en el tratamiento de los dolores, que suelen ser angustiosos. A veces la corriente interrumpida, a veces la continua, actúa mejor. Por regla general, sin embargo, una corriente continua potente (de diez a cuarenta células) es la más útil. Los electrodos deben mantenerse en movimiento continuo de arriba abajo por los miembros, y la corriente invertirse de vez en cuando.

El Dr. William F. Hutchinson relata el siguiente caso interesante de curación por la electricidad: “Hacia el ¹⁰¹primero de enero del presente año,

el Dr. O. C. Wiggin, de esta ciudad, me pidió que viera con él a una señora que se suponía sufría de congestión cerebral en grado avanzado.

“Una visita a la Sra. S. reveló la siguiente historia: edad treinta y nueve años; casada; un hijo de seis años; y ha tenido un aborto; peso unos 150 libras; y buen aspecto general del contorno y de la piel. La paciente mantenía un gemido bajo, respondiendo con inteligencia a la mayoría de mis preguntas, recayendo luego en un estado semiconsciente.

Pulso 100, compresible; temperatura 99°; sin pérdida de

control de las evacuaciones; conjuntivas congestionadas y pupilas muy contraídas; la transpiración aparece al menor esfuerzo, que también causa dolor en el abdomen y excita vómitos, que últimamente se han vuelto persistentes, acompañados de sed intensa. Manos y pies fríos, con palmas y plantas arrugadas. Ninguna diferencia de temperatura entre la cabeza y la axila.

“El examen oftalmoscópico dio congestión retiniana y coroidea, con agrandamiento venoso, ligera neuritis óptica y papila edematosa.

“Había dolor constante y sensación de plenitud en la región frontal.

“El único antecedente familiar que pudo obtenerse relativo al caso era la muerte de una hermana, un año antes, por inflamación cerebral aguda, estando el resto de la familia inmediata aún viva y con buena salud; y el estado actual parecía ser la culminación de seis años de dolor casi constante y agotamiento nervioso general, tras el nacimiento de un hijo, agravado por un aborto posterior.

“En esta visita no sospeché yo hábito alguno de opio, y el caso fue diagnosticado como congestión cerebral pasiva, dependiente de neurastenia general.

“Al día siguiente el Dr. Wiggin llamó y me dio los siguientes datos adicionales, que al punto colocaron el caso en su verdadera luz y dieron la clave de muchos de los síntomas antes citados. Tras su parto, que fue largo y doloroso, sufrió gravemente de dolores errantes en la espalda y las caderas, para los cuales su médico de cabecera de entonces ordenó tintura de opio aplicada externamente, dando al mismo tiempo diez go-

tas por la boca, y quedó abierto el camino para la formación del hábito. La dosis aumentó constantemente hasta que quedó bajo el cuidado del Dr. Wiggin, unos seis meses antes de que yo la viera, cuando tomaba cuatro onzas de láudano diarias, por vía interna, además de continuar las aplicaciones externas como antes.

Se hicieron intentos de detener el pernicioso hábito, pero era demasiado tarde para que el consejo prudente sirviera de algo, y la astucia habitual de los comedores de opio le procuraba la droga a pesar de todos los esfuerzos tanto del marido como del médico.

“Se habían probado fielmente todas las formas de medicación concurrente, pero nada servía excepto el opio, al que se volvía absolutamente necesario recurrir de vez en cuando, pues sin él la pobre señora despertaba al vecindario con gritos y alaridos angustiosos.

“En este trance, como esperanza desesperada, se decidió ensayar el galvanismo, con la esperanza de que su gran poder vitalizador pudiera ayudar a restaurar el tono de los agotados centros nerviosos.

A mi sugerencia, se dio clorodina de Collis Brown en lugar del láudano, y produjo con una onza al día el mismo efecto que habían producido las cuatro onzas del primero.

“Se aplicó galvanismo central, con una batería Bartlett de veinticuatro células, usando seis células desde el centro cilioespinal hasta la frente, con corriente descendente; luego desde las vértebras cervicales hasta el plexo solar, con corriente ascendente, durando cada una seis minutos, o hasta que la piel estuviera bien enrojecida bajo el punto negativo de carbón. Durante los primeros días se hicieron aplicaciones mañana y noche. En una semana habían cesado los vómitos y vuelto la conciencia, y se omitió la sesión de la tarde. Al cabo de un mes la dosis de anodino se disminuyó gradualmente, pero con cada disminución volvían las náuseas, y nada servía sino volver a la dosis antigua. Pero su estado había mejorado mucho. Dormía mejor, los ojos eran normales en cuanto al color y las palmas ya no estaban secas.

Al final del segundo mes podía incorporarse, y la dosis de anodino se redujo constantemente sin conocimiento de la paciente, añadiendo a la

clorodina suficiente cantidad de melaza aromatizada para reemplazar cada dosis tomada, hasta que en ese momento una onza duraba tres días.

“Su estado general había mejorado mucho, y comenzó a interesarse por su entorno. En dos meses más empezó a salir, y vino a mi consultorio para el tratamiento, cuando cambié la corriente a la célula de gabinete de Siemens y Halske, que, con su baja tensión y su perfecta capacidad de control, considero la batería ideal para el galvanismo central. No hubo más dificultades, y hoy, 21 de junio, la señora está bastante bien, atendiendo todos sus deberes domésticos, sin haber probado el opio en ninguna forma durante siete semanas, y expresando un deleite sin límites por verse libre del terrible hábito que tanto tiempo había sido su amo.

“La razón de la acción del galvanismo en este caso es difícil de comprender. Cuando se cerraba el circuito sobre el ganglio simpático superior, el Dr. Wiggin y yo observamos claramente una súbita contracción ondulante de las venas retinianas distendidas, que recobraron su tamaño a los pocos momentos de retirado el estímulo. Pero, tras algunas semanas de tratamiento, estas venas se volvieron normales, y la congestión intraocular había desaparecido *pari passu* con el síntoma cerebral, y habiendo presenciado repetidamente el mismo fenómeno en otros casos, me inclino a creer que la corriente galvánica tiene una influencia tónica directa sobre el sistema vasomotor, lo que explica los sorprendentes resultados que a veces se obtienen en casos de congestión cerebral.

Con el advenimiento de una mayor circulación nerviosa vino un horror absoluto por la droga, y no es fácil saber a qué atribuir el aumento de fuerza de voluntad hasta el punto de prescindir de ella por completo por su propia voluntad, a menos que sea a algún cambio en el poder mental, debido al aumento del tono nervioso, resultado directo de lo que antes he llamado el poder vitalizador de la corriente galvánica.

La faradización no se empleó en ningún momento.

“El Dr. Wiggin da pleno crédito al tratamiento especial por la curación del caso.”

He hallado que los dromides son muy valiosos, especialmente donde hay una tendencia histérica. Se dice que el bromuro de sodio desordena el estómago menos que cualquiera de los otros. «Para ser de algún servicio deben administrarse en dosis grandes. El Dr. J. B. Mattison da sesenta granos, tres veces al día. He dado hasta trescientos treinta granos en una hora y media, y a menudo en dosis de cien granos, y nunca he visto aún el menor daño resultante, sino un bien muy decidido. El elixir de bromuro de potasio de Wyeth es una preparación elegante. Su fuerza puede aumentarse a voluntad. Donde hay irritación demasiado decidida del estómago doy el fármaco por el recto, en leche.

Ocasionalmente una dosis grande del bromuro calma la náusea persistente. Ciertamente modifica la excitación y la irritabilidad refleja, así como también el dolor de cabeza y la salivación.

He probado la coca en varios casos, pero no puedo convenir con el prof. Palmer en cuanto a su peculiar adaptabilidad a estos casos.

Como tónico nervioso es un valioso adjunto a otro tratamiento, pero más allá de eso, nada.

La estricnina, el capsicum y la belladona los uso en dosis grandes, o en dosis pequeñas repetidas a menudo. Todos son estimulantes del corazón, y los dos primeros decididos tónicos nerviosos, aparte de su acción sobre el estómago. Varío la cantidad de cada ingrediente para acomodarla a cada caso. El uso del capsicum fue sugerido primeramente por su empleo exitoso en el delirium

tremens. Un tónico nervioso puede ser al mismo tiempo un sedante de la irritabilidad nerviosa. Aumento gradualmente la dosis a medida que los síntomas suelen aumentar, durante tres o cuatro días, y los fármacos así administrados parecen tener mejor efecto.

Si la irritabilidad nerviosa es extrema, especialmente si hay síntomas histéricos o contracciones de los músculos, o espasmo del esfínter rectal o vesical, añado _iodeza_ y estramonio, que, además de aliviar estos síntomas, son excelentes para calmar la náusea y el vómito.

El Cannabis indica es un excelente agente para causar tranquilidad y destruir las alucinaciones. Parece ocupar el lugar de la morfina hasta cierto punto. También él debe administrarse en dosis grandes.

He probado el hiosciamo y la hiosciamina, y nunca he derivado de ellos gran ventaja. El primero suele aumentar o producir diarrea. Mi fracaso en obtener buenos resultados no se ha debido a usar dosis demasiado pequeñas.

El cloral, excepto en dosis pequeñas, es un remedio peligroso, y uno con el cual, si se obtiene un buen efecto, el paciente propende a enamorarse. No es de mucho servicio como productor de sueño, salvo en dosis peligrosamente grandes. Levenstein halló que en algunos casos producía una excitación violenta.

He visto una dosis de diez granos producir urticaria que atormentó al paciente durante varios días.

El ácido hidrocianico fue recomendado primeramente en el tratamiento de esta afección por W. C. Blalock.* Pretende que suple el lugar de la morfina o del opio. No lo hace. Su fórmula dice así:

R. Acidi hydrocyanici dil., gtt. xlvijj Syr. simplicis, ℥j Aquæ, ℥jss M.

Sig.—Una cucharadita a las 7 A.M., a las 12 y a las 8 P.M.

* (Atlanta Medical Journal) Physicians' Monitor, 1878.

Como calmante de la irritación gástrica y de la náusea, y como estimulante nervioso, es un excelente coadyuvante en ciertos casos.

La lupulina y el lactucario. No he tenido suficiente oportunidad de probar estos fármacos plenamente, pero en un caso que tengo ahora bajo tratamiento parecen ocupar el lugar de la morfina con excelentes resultados, pasando el paciente veinticuatro horas con solo un pequeño malestar con una cantidad mínima de morfina y grandes cantidades de estos fármacos. En tres días he logrado, mediante su uso, reducir la cantidad de morfina de doce granos a medio grano en las veinticuatro horas, estando el paciente levantado y en movimiento. Queda por ver si el efecto se mantendrá, y si estos fármacos pueden abandonarse fácilmente. Es

en fármacos de esta clase donde debemos buscar un sustituto del opio y de su alcaloide. Con otro tratamiento meramente combatimos los síntomas que surgen.

El extracto fluido de lupulina puede usarse en dosis de una a cuatro dracmas, por la boca, o de treinta a sesenta gotas hipodérmicamente. El lactucario se da mejor en polvo, en dosis de media dracma.

He usado también el extracto de lechuga (inglés) en dosis de diez granos, cada dos horas.

En el manejo de estos casos la dieta es tan importante como la medicación. Con el plan que sigo ahora rara vez tengo náusea que dure más de unas pocas horas, punto muy importante, tanto por lo que respecta al bienestar del paciente como a la posibilidad de una nutrición completa. La diarrea, también, tan común en el plan de Levenstein, rara vez resulta molesta, a menudo está enteramente ausente, y ocasionalmente me veo obligado a usar medicina laxante. Si hay alguna tendencia a la relajación de los intestinos prohíbo el uso de fruta, de la que

estos pacientes son muy aficionados, y doy subnitrato de bismuto en dosis grandes.

Se piden bistec, caldo de res, sopa de pollo, caldo de carnero, gelatina de vino, huevos y abundante leche. Con la leche debe usarse un poco de agua de cal. Si la digestión es lenta y laboriosa, deben darse de diez a veinte granos de pepsina después de cada comida. Si parece haber catarrros gástricos decididos, nada actúa tan bien como las píldoras compuestas de:

R. Argent. nitrat., gr. j Creasote, gtt. ss.

Una, una hora antes de las comidas.

Si hay síntomas de colapso, aunque esto es inusual, debe darse vino libremente, o whisky hipodérmicamente, tres o cuatro jeringas a la vez. El ponche de leche es un excelente estimulante y alimento, y el egg-nog es bueno, cuando es bien tolerado por el estómago, lo que no siempre es el caso.

El mejor vino para estos pacientes es el jerez, y debe ser mejor que el que se encuentra en las farmacias y tabernas.

El oporto suele estar muy adulterado. El clarete causa acidez.

Como estimulante rápido el mejor champán es excelente.

Hay un pequeño aparato que puede atornillarse a través del corcho de la botella, y girando un grifo se puede sacar tanto o tan poco como se quiera. Ahorra vino y lo preserva de agriarse.

La cerveza embotellada es de servicio en algunos casos. Solo debe usarse la más pura. Puede preservarse de agriarse de la misma manera que el champán.

Los estimulantes alcohólicos deben continuarse solo mientras sea absolutamente necesario, lo que nunca es más de diez días.

Esto es muy importante, pues debe tenerse presente que estos pacientes son propensos a excederse con los estimulantes, así como con los narcóticos.

La cura completa de un habituado al opio o a la morfina no consiste solo en suspender el uso del fármaco. Ciertamente es este un paso muy importante, pero queda aún mucho por hacer, especialmente en aquellos casos en que la persona se habituó al uso del fármaco mediante su empleo en alguna afección neurálgica extremadamente dolorosa. Esta enfermedad puede aún persistir o volver con toda su fuerza al retirarse el fármaco.

El uso de la droga se suspende, y la atención debe dirigirse inmediatamente al tratamiento de la afección original o de cualquier enfermedad que pueda llevar al paciente a volver de nuevo al uso de la droga.

Hay, además, ciertos síntomas molestos, de algunos de los cuales ya he hablado, que sobrevienen pocos días después de suspenderse el opio o la morfina. El más molesto de ellos es el «dolor de garganta», que consiste en congestión de la faringe, amígdalas, laringe y cuerdas vocales. Hay una sensación de cosquilleo y una¹⁰⁸ tos corta, seca y molesta, que so-

breviene en paroxismos y es especialmente molesta por la noche. Se trata mejor con la aplicación local de nitrato de plata (de veinte a cuarenta granos por onza) y dosis de cinco gotas de ácido benzoico administradas varias veces al día.

El insomnio suele aliviarse con el ejercicio mejor que con drogas, aunque a menudo he hallado útil el bromuro de potasio y el hidrosulfato. De ningún modo se use hidrato de cloral, ni se administren estimulantes a la hora de acostarse. El ejercicio es con mucho el mejor remedio. Caminar, correr, hacer jardín, etc., lo suficiente para cansar al paciente por completo, es un productor de sueño, aperitivo y acelerador de la metamorfosis tisular casi seguro. La envoltura fría o el baño caliente a la hora de acostarse a menudo resultan útiles.

El apetito generalmente no necesita estimulación por drogas. Es, por regla general, voraz durante las primeras semanas después de suspendida la morfina, hasta tal punto que a menudo se hallarán necesarias dosis de diez granos de pepsina después de cada comida, pues los pacientes suelen comer en exceso. Por regla general, doy la siguiente mezcla, tanto por su efecto sobre el sistema nervioso como por el apetito:

R. Estricnina sulf., gr. ss vel gr. j Tinct. gentian co., Tinct. cinchona co., aa. ʒj. M.

Síc.—Una dracma media hora antes de las comidas.

Si hay anemia, nada actúa tan bien como la tintura muriática de hierro, que suele contener una pizca de arsénico, en dosis de quince a cuarenta gotas, tres veces al día, después de las comidas.

Debe administrarse en medio vaso de agua. El aceite de hígado de bacalao es también de gran beneficio, especialmente si se combina con él dosis mínimas de ioduro de arsénico.

Las emisiones seminales y el priapismo en los varones se corregirán por sí solos.

Las mujeres que padecían leucorrea antes de comenzar a usar opio o morfina, y en quienes cesó durante el tiempo en que lo tomaban, así como también aquellas que nunca ¹⁰⁹han tenido tal flujo, suelen verse mo-

lestadas por una materia blanca y filante que sale de ellas en gran cantidad. Esto se acompaña a veces de dolores severos, semejantes a los del parto. Se requieren inyecciones vaginales de una infusión fuerte de corteza de roble blanco, seguidas del uso de lo siguiente sobre la parte superior de almohadillas hechas de algodón boratado o absorbente:

R. Tinct. iodini, Glycerin, aa. ʒij. M.

Estas almohadillas se hacen un poco más grandes que un limón, con un pedículo torcido con cordón fino. Se medican en

la parte superior, se untan los lados con vaselina, y luego se empujan contra la boca del útero. Se deja colgando un pequeño trozo de cordón, de modo que puedan retirarse fácilmente.

Deben introducirse por la mañana y retirarse por la noche.

Los dolores neurálgicos en los miembros y el cuerpo se eliminan mejor con el baño caliente y el masaje.

Las menstruaciones pueden sobrevenir de forma irregular, es decir, no en el período en que solían venir antes de que la adicción al hábito causara su supresión. El dolor en la región pélvica, la plenitud del abdomen y una sensación general de hinchazón indican su llegada. A la aparición de estos síntomas doy lo siguiente hasta que el vientre se mueva libremente, momento en el cual suelen aparecer las menstruaciones:

R. Ferri sulphatis, gr. ij Pulv. aloes soc., Pulv. canella, aa. gr. xv. M.

En cápsula cada noche o mañana, o las píldoras de Oppolzer.

El período se establece finalmente en su momento adecuado al sobrevenir unos días antes cada mes hasta alcanzar la fecha normal, después de lo cual rara vez hay cambio alguno.

La segunda y tercera menstruación son mucho más abundantes y menos dolorosas que la primera.

La dispepsia y la «biliousness», que a veces están presentes, se combaten mejor con pepsina, y lo siguiente, cada tercera noche, seguido por la mañana de alguna agua mineral laxante:

R. Mass. hydrargyri, Ext. colocynth. co., aa. gr. ij. M.

Puede hacerse en forma de píldora o ponerse en una cápsula.

R. Ferri sulphatis, gr. xx Ext. aloes, aq., ℥j Ext. taraxaci, q.s. M. Ft. pil.
No. 60.

Síc.—Dos, noche y mañana.

Finalmente, abundante ejercicio y aire fresco, baños, hábitos regulares de vida, y tratamiento dirigido a aquellas dolencias, reales o imaginarias, si aún existen, para cuyo alivio el paciente tomó por primera vez la droga.

La rápida manera en que estos pacientes ganan carne es a veces asombrosa. Un aumento de cincuenta libras en el término de un mes no es raro.

El pronóstico es, en la mayoría de los casos, bueno. La cura puede efectuarse en cualquier caso, siempre que se cumplan fielmente las indicaciones seguidas, especialmente en una institución privada, donde es posible el control absoluto del paciente y de la enfermera, y donde el número de pacientes es limitado.

Levenstein dice:

«Para tratar con éxito el deseo mórbido de morfina, es necesario decidir la cuestión principal, a saber, si cada paciente individual sufre o no de dolencias patológicas o trastornos crónicos que requieran narcóticos para su alivio. Si los sufre, sólo es necesario que el médico prive al paciente de la jeringa de morfina e inyecte personalmente, si su tiempo lo permite, una dosis que considere suficiente, o bien administre el narcótico internamente.

»Además, excluimos del tratamiento a todos los pacientes débiles o agotados por aflicción corporal o mental. Es lo mismo que la postración sea causada por el servicio nocturno, la angustia, la enfermedad, el puerperio, la falta de alimento adecuado, la hemorragia, etc.; sólo aquellas condiciones de debilidad que siguen al envenenamiento con morfina no

constituyen contraindicación, pues desaparecen como consecuencia de la privación.

Sólo son, por tanto, aptos para el tratamiento aquellos individuos que han continuado las inyecciones hallándose en perfecta

salud, habiendo desaparecido las manifestaciones mórbidas anteriores por las que al principio se las administraron.»

De estas afirmaciones debo disentir cordialmente. Ninguna enfermedad orgánica, ninguna afección del sistema general, salvo aquellas que seguramente han de resultar fatales, como el cáncer y similares, justifican la continuación de este hábito. En casi todos los casos se hallará que los efectos nocivos concomitantes se deben más al abuso de la morfina que a la enfermedad misma. En efecto, su continuación puede colocar al paciente en una condición que excluirá la posibilidad de recuperación.

Los pacientes con un pie aparentemente en la tumba, al ser privados de su morfina, experimentan un giro decidido a mejor, y recobran una salud aceptable, si no perfecta. A veces sigue un desenlace fatal a la espera y al intento de restablecer la salud antes de comenzar el tratamiento del hábito.

En cuanto a la conveniencia de tratar a pacientes debilitados y exangües mediante el método de la privación súbita, coincido plenamente con él, pues la prueba es tanta como la que puede soportar un individuo robusto y sano. Mediante la sustitución y la privación gradual, sin embargo, puede lograrse de forma segura y satisfactoria.

El peligro de una recaída en este hábito disminuye con cada año, cada mes, cada día de abstinencia. Es mayor en pacientes neurasténicos y en aquellos que han tomado grandes cantidades, o que no han recibido un tratamiento posterior adecuado.

Bajo ninguna circunstancia deben darse a estas personas opiáceos en forma alguna ni por dolencia alguna, salvo cuando la vida no pueda salvarse de otro modo, pues una recaída es casi segura si esto se hace. Testigo el caso del caballero literato ya mencionado. Una sola dosis puede deshacer la obra de años.

En conclusión, siento que estoy autorizado a insistir de nuevo en

el mal creciente del uso indiscriminado y descuidado de la jeringa hipodérmica. Lo siguiente, de mi obra sobre el uso hipodérmico de la morfina, expresa bien mis sentimientos en este asunto.

«Algunos de mis corresponsales, hombres de talento y de amplia práctica, se declaran muy escépticos sobre la verdad de la afirmación de que el hábito de la morfina se haya formado alguna vez por el uso hipodérmico de la droga. El testimonio de todas partes del mundo civilizado resuelve esta cuestión sin lugar a dudas. Bartholow, de cuya excelente obrita he citado tan a menudo, dice:

»La introducción de la jeringa hipodérmica ha puesto en manos del hombre un medio de intoxicación más seductor que cualquiera que hasta ahora haya contribuido a su ansia de estimulación narcótica. Tan comunes son ahora los casos de su uso habitual, y tan esclavizante es el hábito cuando se entrega a él por este modo, que un amante de sus semejantes debe contemplar el futuro de la sociedad con no poca aprensión. Bien puede cuestionarse si el mundo ha ganado o perdido con el descubrimiento de la medicación subcutánea. Pues cada aldea remota tiene su esclavo, y no raramente varios, de la jeringa hipodérmica, y en las ciudades más grandes, hombres de negocios y de profesiones, mujeres condenadas a una vida de constante invalidez, y damas inmersas en las alegrías de la vida social, están por igual atados a un hábito que detestan, pero cuyos lazos son impotentes para romper. Ejemplos lamentables se encuentran a diario, de hombres y mujeres, atentos sólo a la intoxicación por morfina, e indiferentes a todos los deberes y obligaciones de la vida, reducidos a un estado de debilidad mental y moral muy lastimoso de contemplar.

»Por lo general, el hábito se forma como consecuencia del

uso legítimo de la jeringa hipodérmica en el tratamiento de la enfermedad. Empleada en enfermedades crónicas dolorosas durante un largo período, se descubre, cuando se intenta suspender las inyecciones, que el paciente no puede o no quiere soportar las sensaciones desagradables, incluso dolorosas, que ahora sobrevienen. Más frecuentemente,

cuando las inyecciones han de usarse durante mucho tiempo, se confía imprudentemente al paciente el instrumento, y se le enseñan todos los misterios de las soluciones y del modo de administración.

»Un estudio de las opiniones y casos que he reunido y presentado en los capítulos precedentes proporciona abundante materia de reflexión; tanto más cuanto que casi todo médico del mundo usa una jeringa hipodérmica con mayor o menor frecuencia. Muchos la usan incuestionablemente con demasiada frecuencia; la usan en casos en que los mismos u otros remedios, por la boca, serían igualmente eficaces, y ciertamente más seguros. Lejos de mí condenar el uso de un instrumento cuyo empleo ha traído alivio tanto temporal como permanente, a veces la cura, a miles que sufren la más intensa agonía. Su valor en los casos especialmente adecuados a él no puede sobreestimarse; su uso en casos no adecuados a él, o en que otros medios servirían igual de bien, no puede condenarse con demasiada fuerza y cordialidad. La muerte, el síncope, el narcotismo alarmante y, quizá más importante que todo, esa muerte en vida —el hábito de la morfina— nos invitan a elegir bien nuestros casos, y a continuar su uso sólo por el tiempo que sea absolutamente necesario.

»Parecería, del estudio de los casos relatados bajo el último encabezado, y de muchas de las interesantes cartas para las que no encuentro espacio, y que por tanto doy de segunda mano, que mientras la droga sea usada cuidadosamente, y con discernimiento, por el médico, el hábito de la morfina es poco

propenso a resultar, y que puede romperse una vez formado, aunque la cantidad de morfina usada sea grande.

Pero, sin embargo, aun cuando se alcanzan estos resultados, las personas, especialmente las de tipo neurasténico, suelen procurarse subrepticiamente una jeringa hipodérmica y continúan, comienzan o recomienzan de nuevo la práctica.

De esto no es ciertamente culpable el médico, pero el hecho subsiste, y surge la cuestión de si el alivio por otros medios, aunque menos pronto y menos permanente, no habría sido preferible a la deplorable condición

mental, moral y física que casi uniformemente se produce una vez establecido el hábito.

Cuando Wood dio por primera vez su idea al mundo, y cuando esa idea fue prácticamente desarrollada y ampliada en cuanto a su aplicabilidad por Hunter y otros, se pensó que era gloria suficiente haber encontrado un arma bastante poderosa para hacer frente a la neuralgia grave y obstinada y a las enfermedades que no cedían a otro tratamiento. Hoy, según se ve por la literatura periódica, el método subcutáneo de administrar morfina se ha hecho casi universal, y se emplea para dolencias del carácter más trivial.

Aparte del peligro inmediato y remoto de extender así innecesariamente esta práctica, hay otra razón por la que este instrumento no debería emplearse tan comúnmente: se tiende a descuidar el diagnóstico y a tratar a ciegas el síntoma más prominente. Este es especialmente el caso de los miembros más jóvenes de la profesión.

Habiendo aliviado el dolor, no estudian los síntomas menores, no examinan los antecedentes familiares y personales del paciente, no observan la piel, la lengua y el pulso. Podría aducirse que el paciente a menudo se recupera sin ningún otro tratamiento. ¡Cierto! Pero muchos no lo hacen, y la falta de estudio de cada punto en los casos afortunados da su fruto de diagnóstico descuidado y tratamiento poco científico en muchos casos sucesivos.

Finalmente, que quede claramente entendido que considero el uso hipodérmico de la morfina un avance terapéutico muy decidido, y de incalculable beneficio para calmar el dolor y curar enfermedades en casos en que otros modos de tratamiento fracasan por completo. Al llamar la atención sobre los peligros que a veces acompañan al uso de la droga de este modo, lo hago no desde una visión unilateral de la cuestión, no con el deseo de condenarlo, sino simplemente para señalar lo que puede ocurrir, procurar mostrar cómo evitarlo mejor y, si es posible, restringir su uso a aquellos casos en que es apropiado.

El médico nunca debería confiar una jeringa o la solución a los pacientes o a sus amigos. Debería usarla él mismo.

Se ha prestado poca atención en este país al uso habitual del cloral. La literatura alemana e inglesa es más abundante, pero en el mejor de los casos vaga e insatisfactoria, y la mente profesional no parece estar en absoluto resuelta sobre el tema en cuanto a si existe o no tal cosa como un hábito de cloral.

Hace poco tiempo, la Sociedad Clínica de Londres nombró un comité para investigar este asunto. El resultado fue un fracaso, debido a que los caballeros médicos que recibieron circulares solicitando información sobre diversos puntos no respondieron en número suficiente ni con suficiente explicitud para hacer valiosos los resultados.

Solo hubo setenta respuestas de las mil circulares enviadas.

No sabiendo hasta después del trabajo entonces emprendido por esa sociedad, preparé y envié unas diez mil circulares, que contenían una serie de preguntas sobre el cloral, una de las cuales se refería al uso habitual de la droga. A esta circular recibí más de cuatrocientas respuestas, ciento siete de las cuales se referían al hábito del cloral.

Ciento siete médicos informaron de 135 casos en que el uso prolongado de la droga había llevado a un deseo más o menos marcado de ella.

Un análisis de estos casos puede resultar de interés.

Las edades de los pacientes se obtuvieron en noventa y cuatro casos, y muestran lo siguiente:

De 20 a 30: 12 De 30 a 40: — De 40 a 50: — De 50 a 60: — De 60 a 70:
II

El sexo se obtuvo en ciento trece casos, como sigue:

Varones: — Mujeres: 36

Había entre el número clérigos, médicos, editores, empleados, prostitutas, mecánicos, agricultores y enfermeras de hospital.

La mayoría de las mujeres eran casadas, que sufrían de dolencias uterinas dolorosas. La mayoría de los varones, personas que habían sido o eran adictas al uso de estimulantes, alcohólicos. Algunos, tanto varones

como mujeres, formaron el hábito tomándolo por insomnio y depresión mental, dependientes de problemas familiares, fracasos comerciales y similares. Algunos por oír o leer de sus efectos mágicos y probarlo para satisfacerse a sí mismos.

En muchos puntos importantes el uso habitual o prolongado del cloral difiere del de opio o morfina, a saber:

1. Muchas personas lo toman durante años sin ningún efecto obvio.
2. Su uso continuado no es tan propenso a ser seguido de un deseo morbos de él como el de la morfina o el opio.
3. El hábito, una vez formado, es en la mayoría de los casos fácil de romper.
4. A menudo se hace un cambio abrupto del cloral a algún otro narcótico.

En cuanto a la primera y segunda proposiciones, pueden tenerse en cuenta los siguientes hechos:

El Dr. W. M. Compton, Médico Superintendente del Asilo de Insanos de Jackson, Miss., dice que ha administrado dosis de veinte a treinta granos de hidrato de cloral cada noche, durante años, a pacientes ruidosos, sin observar ningún efecto nocivo. El Dr. J. H. Nordlin, de Roma, Ga., lo ha administrado en combinación con bromuro de potasio, capsicum y amoníaco, en el asma, durante mucho tiempo, sin ningún efecto nocivo.

Un corresponsal del London Lancet, un médico, dice que, por insomnio, se ha visto obligado a tomar dosis de veinte granos de cloral a la hora de acostarse, durante más de cuatro años, sin ninguna consecuencia mala.

El Dr. J. G. Thornley ha usado cloral en el tratamiento de personas insanas, continuando su uso de seis meses a dos años, sin ningún efecto nocivo.

El Dr. Schlaugenhausen, Primer Médico Asistente del Asilo de Lunáticos de Hall, Tirol, me escribe que en un caso de insania administró treinta granos de cloral cada noche, durante seis años, sin ningún efecto nocivo perceptible. Dice que nunca¹¹⁷ ha visto un caso en que hubiera un

deseo morbosos de cloral, como se ve con el opio o la morfina. El Dr. John Wirtinger, de Ybbs del Danubio; el Dr. Reiman, de Kiev, Rusia, y el Dr. Fr. Akland, de Estocolmo, Suecia, escriben lo mismo.

El Dr. A. Ady, de West Liberty, Iowa, administró cloral en un caso de nefritis difusa crónica, durante casi año y medio, sin ningún mal resultado y sin tendencia a la formación de un hábito.

Bidlackey relata un caso en que esta droga se usó durante un año, sin efectos nocivos.

Lawrence Turnbull administró cloral, en dosis medicinales, durante un año, como sedante y narcótico. Su uso se suspendió de inmediato, sin ningún efecto nocivo. El Dr. Blackwood usó treinta granos tres veces al día, en combinación con bromuro de potasio, durante tres meses. Ningún efecto nocivo más allá de una ligera conjuntivitis. Ningún efecto malo siguió a la retirada de la droga.

El Dr. Carlos F. MacDonald escribe: «En cuanto al llamado “hábito del cloral”, solo puedo decir que he usado cloral muy ampliamente en mi práctica —comenzando con su introducción al conocimiento de la profesión en América— y aún tengo que encontrar un caso.»

Un médico, que no desea que se use su nombre, tomó veinte granos a la hora de acostarse, por insomnio, durante casi dos años y medio, sin efecto nocivo. El profesor A. A. Smith, del Colegio Bellevue, de esta ciudad, me escribe: «A una señora de temperamento extremadamente nervioso se le administró durante un ataque de fiebre tifo-malar. Esto fue hace siete años, y lo ha tomado cada noche de su vida desde entonces. Generalmente diez granos bastan, pero a veces toma treinta granos. No ha tenido ningún efecto nocivo perceptible. Parece perfectamente bien. He intentado, una y otra vez, apartarla del hábito, pero sin resultado, y estoy bastante seguro de que la droga nunca le ha hecho ningún daño.»

El Dr. G. A. Shurtleff, Médico Superintendente del Asilo Estatal de Insanos de Stockton, California, me escribe que ha visto un deseo morbosos de cloral producido por la toma de veinte a cuarenta granos regularmente a la hora de acostarse, para procurarse sueño. Fue fácil de romper, pasando el deseo en pocos días.¹¹⁸

El Dr. M. L. Holbrook, de esta ciudad, me escribe del caso de una señora muy culta, escritora, ahora en Alemania, que había tomado treinta granos de cloral casi cada noche, durante ocho años, sin producción de un deseo morboso ni otros efectos nocivos.

El Dr. Joseph Parrish, de Burlington, N. J., me escribe del siguiente curioso caso:

«He conocido personas (y tengo una bajo tratamiento en este momento) que están habituadas al uso de narcóticos, y que, para evitar ser esclavizadas por uno solo, alternan entre morfina, cloral, whisky y los bromuros, con el resultado de reposo y compostura de cada uno a su vez. No son habituados al opio o al cloral, ni ebrios de alcohol, sino que están habituados al narcotismo artificial.

»En el caso ahora bajo tratamiento, la dosis de cloral no excede de quince granos a la hora de acostarse, y la dosis de morfina no excede de medio grano, ni la de whisky más de una onza líquida. Sé por el paciente que su médico anterior empleó estos remedios para el insomnio de larga data.

»Condición actual regular; esto es, constitución delicada, pero buen apetito y temperamento uniforme; funciones no interferidas, aunque el hábito de tomar algo para promover el reposo y el sueño es de varios años de duración.»

Lo siguiente es de un médico prominente, que no desea que su nombre aparezca en relación con el caso:

«Una paciente mía —ahora de cincuenta y siete años— comenzó a tomar quince granos de cloral hace unos ocho años, tras una gran aflicción familiar, para procurarse sueño, y ha mantenido su uso casi ininterrumpidamente desde entonces, sin aumentar la dosis, aunque ocasionalmente (no muy a menudo) repitió la dosis una vez durante la noche. Durante siete de estos ocho años estuvo sometida a la influencia depresiva del cuidado de un niño con epilepsia grave y deterioro mental que progresaba lentamente. Durante el último año ha pasado varias veces, por una semana cada vez, sin la droga, y creo que ahora podría prescindir de ella casi por completo si no fuera por la constante ansiedad por uno de sus

hijos. Solo la toma para procurarse sueño; y no puedo ver que le haya hecho daño de ninguna manera.

»El caso anterior no puede llamarse de hábito del cloral, ya que durante varias horas de cada veinticuatro está libre de la influencia de la droga; pero creo que el caso puede ser valioso para ilustrar el tiempo durante el cual la droga puede tomarse, casi a diario, sin ningún aumento de la dosis.»

El profesor Henry M. Lyman, del Colegio Médico Rush, Chicago, escribe lo siguiente:

«Conocí a un clérigo de sesenta y cinco años, cuya madre murió demente. Me informa que desde hace diez años se ha visto obligado, para procurarse sueño, a tomar diez granos al retirarse y otros diez granos hacia las tres de la madrugada. Por lo demás, su salud es buena, y posee una capacidad intelectual superior a la común. Sin embargo, aunque nunca ha tenido la costumbre de beber licores alcohólicos, presenta los ojos rojos y el aspecto algo "achispado" de quien bebe en exceso. He sabido de otros casos en que las personas tenían la costumbre de tomar diez granos al acostarse, todas las noches, durante meses seguidos, con gran beneficio. Nunca he tenido ocasión de conocer a una persona adicta a su uso como simple instrumento de placer.»

Algunos hombres, en los primeros tiempos de la historia de este fármaco, y algunos también en la actualidad, lo elogiaban encarecidamente como sustituto del opio, atribuyéndole una perfecta libertad respecto del peligro de crear hábito y la no producción de efectos nocivos cuando se usa durante largo tiempo.

Así, un corresponsal del Doctor dice:—

«El uso prolongado no menoscaba la salud general. Conozco personas que lo han tomado casi desde su introducción, en la misma dosis y con el mismo éxito.»

El Dr. Pollak dice: «El empleo prolongado del cloral no suele ir acompañado de efectos desagradables, y si alguno ocurre, carece de consecuen-

cia. En especial, no induce congestión cerebral ni trastorno de los órganos digestivos.»

El Dr. Cow. Cram, de Columbus, Ohio, escribe: «su uso no va seguido de ese ansia de continuarlo que tan a menudo acompaña a la administración de preparados de opio, especialmente de morfina, produciendo multitud de comedores de opio.»

Otros fueron directamente al extremo opuesto.

El Dr. Madison Marsh dice: «Sus efectos son tan placenteros, su uso tan exquisitamente fascinante, que, una vez adquirido el hábito, la persona se convierte en esclava de su uso, sin detenerse jamás hasta que la muerte cierra el cuadro. Los encantos de los estimulantes alcohólicos, la Cannabis indica, la morfina o el tabaco atan con cuerdas de seda, comparados con las barras y garfios de acero arrojados en torno a la infeliz víctima de este popular fármaco y embelesador estimulante.»

El primero en llamar la atención sobre la posibilidad de la formación de un «hábito de cloral» fue el Dr. B. W. Richardson, de Londres, de cuyo excelentísimo artículo no puedo abstenerme de dar una parte.

«Es motivo de profundo pesar tener que informar que, desde que se dio nombre a la enfermedad, el cloralismo se ha extendido ampliamente. Aún no se ha propagado mucho entre la parte femenina de la comunidad. Aún no ha alcanzado a las clases más pobres de uno u otro sexo. Entre los hombres de la clase media, entre los más activos de esta en todas sus divisiones —comercial, literaria, médica, filosófica, artística, eclesiástica—, el cloralismo, con intensidad variable del mal, ha hecho aparición. En cada una de estas clases que he nombrado, y en algunas otras, he visto a los que lo padecen y he oído su testimonio en relación con sus efectos sobre su organismo. Efectos sumamente uniformes y, por regla general, sumamente perniciosos.

»En la reunión de la British Association for the Advancement of Science, celebrada en Edimburgo en el año 1871, atraje seriamente la atención sobre este asunto. Dije, y las palabras se publicaron en las actas de aquel año (p. 147), que hay otro asunto de interés público relacionado con el empleo del hidrato de cloral.¹² Me refiero al creciente uso habitual

de él como narcótico. Así como hay intemperantes alcohólicos y comedores de opio, así también hay ahora quienes, comenzando a tomar hidrato de cloral para aliviar el dolor o para procurarse sueño, contraen el hábito fijo de tomarlo varias veces al día y en dosis completas. Declararía desde este lugar público, tan seria y tan enérgicamente como puedo, que esta práctica creciente es igualmente perjudicial para la vida mental, la moral y la puramente física, y que el hábito confirmado de tomar hidrato de cloral conduce a una enfermedad inevitable y confirmada. Bajo él se menoscaban la digestión, la tendencia natural al sueño y el sueño natural; la sangre se altera en su calidad, reduciéndose sus propiedades plásticas y su capacidad de oxidación; las secreciones se depravan, y el sistema nervioso, al perder su poder regulador y controlador, los músculos se vuelven inseguros, el corazón irregular e intermitente, y la mente excitada, incierta e inestable. Para colmo del daño, en no pocos casos, ya, la dosis habitual ha sido la última; el suicidio involuntario, o más bien no intencional, cierra el cuadro. Apremio estas verdades a la atención pública no un momento demasiado pronto, y les añado la verdad adicional de que el hidrato de cloral es pura y absolutamente un medicamento, y que siempre que su administración no se guía por la ciencia y la experiencia médicas, deja de ser un beneficio y se convierte en una maldición para la humanidad.

»Esto se declaró dentro de los dos años siguientes a que la sustancia, el hidrato de cloral, entrara en el uso médico. Si en aquel tiempo el ánimo del público hubiera estado tan maduro como ahora para aceptar la verdad, o si entonces hubiera podido llegar al oído del público con mayor claridad, mucho mal podría haberse cortado en flor. Tal como fue, la advertencia tuvo poco efecto, salvo exponerme a la crítica adversa como alarmista, y el mal ha continuado con creciente rapidez y daño. Hay, en el tiempo presente, una considerable comunidad entregada al uso habitual del hidrato de cloral, con un pretexto u otro, y una docta sociedad médica ha formulado recientemente una serie de preguntas escritas sobre el asunto, preguntas que ha considerado conveniente dirigir a los miembros de la profesión médica en general, para sus respuestas.

»Las personas que se habitúan al hidrato de cloral son, por regla general, de dos o tres clases. Algunas han tomado originalmente el narcótico

para aliviar el dolor, usándolo, en su primera aplicación, para un objeto verdadera y legítimamente medicinal, probablemente bajo dirección médica. Al hallar que les daba alivio y reposo, han continuado su uso, y al fin han quedado tan anormalmente bajo su influencia que no pueden dormirse si dejan de recurrir a él. Una segunda clase de personas que recurren al cloral son los ebrios alcohólicos que han llegado a aquel estado del alcoholismo en que el sueño siempre está perturbado y a menudo casi es imposible. Estas personas al principio despiertan muchas veces en la noche, con frialdad de los miembros inferiores, sudores fríos, sobresaltos y ensueños inquietos. En poco tiempo se vuelven nerviosas ante la idea de entregarse al sueño, y antes de mucho se habitúan a la vigilia y la inquietud, hasta que resulta una insomnia confirmada. Agotados por el insomnio, y sin hallar alivio alguno que sea satisfactorio o seguro en su falso amigo, el alcohol, se vuelven al cloral, y en él encuentran por una temporada el olvido que desean y que llaman reposo. Es una especie de reposo, y sin duda mejor que ningún reposo, pero conduce al estado malsano que ahora conocemos, y más bien promueve que destruye el ansia de alcohol. En suma, el hombre que recurre al cloral después del alcohol alista dos ansias por una sola ansia, y va cargado con doble bala en el peor sentido.

»Una tercera clase de hombres que se habitúan al uso del cloral son hombres de temperamento extremadamente nervioso y excitable, que por naturaleza, y a menudo por las labores en que se ocupan, se vuelven malos durmientes. Una pequeña cosa en el curso de su rutina diaria los oprime. Lo que para otros hombres es una molestia pasajera, sacudida al paso siguiente, es para estos hombres una preocupación y ansiedad de horas. Son sobradamente susceptibles a lo que se dice de ellos y de su obra, por buena que sea la obra. Se exaltan demasiado cuando se los alaba, o se deprimen demasiado cuando no se los alaba o se los censura. No logran representar papeles de carácter en el escenario de este mundo, y al acostarse a descansar se llevan a la cama todas sus cuitas y ansiedades, en el más vivo estado de perturbación. Incapaces en tal condición de dormir, y no conociendo remedio más natural, recurren al uso de un instrumento como el hidrato de cloral. Comienzan con una dosis moderada, según parece exigirlo la ocasión, y al fin, en lo que consideran un sistema seguro y moderado de emplearlo, dependen del narcótico para

su falsificado reposo. Entre estas clases de hombres el uso del hidrato de cloral va en aumento. El uso es esencialmente un mal negocio en el mejor de los casos, y aunque no deseo en lo más mínimo exagerar el peligro que de él brota, aunque, en verdad, estoy dispuesto a declarar que nunca he podido rastrear una serie de cambios orgánicos fatales de carácter estructural a causa de tal uso, ciertamente he visto muchísimo trastorno y debilitamiento temporales por él, sin ventaja correspondiente que pueda presentarse como cambio de algún bien por algún mal. La conclusión a que me he visto forzado a llegar es, en breve, a este efecto: que si el hidrato de cloral no puede mantenerse para su uso dentro de su esfera legítima, como medicamento que ha de prescribir el médico según su juicio, y por él tan raramente como sea posible, mejor sería para la humanidad no tenerlo a ningún precio.»

Un caso que muestra los efectos nocivos del uso continuado del cloral en grandes dosis, e ilustra adecuadamente cuán fácilmente algunos de estos pacientes pasan del uso de este fármaco a los estimulantes alcohólicos y viceversa, es relatado por el Dr. T. Inghs, del Royal Edinburgh Asylum. Doy aquí un extracto de su muy interesante artículo.

«F. S. P., comerciante, varón, de cuarenta y siete años. El padre del paciente murió de enfermedad renal, a edad avanzada. La madre, "nerviosa", murió de parálisis. Dos hermanas neuróticas y excéntricas. Un hermano, dipsómano confirmado, murió de reblandecimiento cerebral. El paciente es un hombre de inteligencia media, temperamento neurótico, buena salud general previa, pero ha tenido asma. Hábitos abstemios durante diez años, hasta tres semanas antes del ingreso.

»Siete años antes se le prescribieron cloral y bromuro de potasio, para alivio de retención espasmódica de orina.

»De estos tomó alrededor de una dracma de cada uno, diariamente, durante seis años de forma regular, y durante ese tiempo ni él ni sus amigos notaron efecto nocivo alguno sobre la mente ni sobre el cuerpo.

»Al cabo de este tiempo sufrió un ataque de bronquitis, para cuya disnea se le dio cloral, sin bromuro. La recuperación de la bronquitis fue rápida.

Una muerte en su familia y otras tribulaciones, sin embargo, lo llevaron al uso continuado del cloral. Comenzando con sesenta granos diarios, llegó a usar ciento ochenta granos diarios. Esto en dosis de diez granos, a menudo repetidas.

Efecto no hipnótico, sino calmante y sedante.

»No se quejaba de cefalea ni de vértigo, pero había lasitud, debilidad nerviosa y agotamiento; irritabilidad de genio y mal humor. Aparecieron anorexia, acidez, náusea y vómito. Las hemorroides se volvieron molestas y las heces blancas y duras.

»Debilitamiento intelectual y perversión de la vida afectiva y del carácter. Se volvió falto de veracidad y engañoso, y manifestó aversión por el hogar y la familia. Incluso amenazó con violencia a su esposa. Tres semanas antes del ingreso dejó de usar cloral, y se mantuvo en un estado crónico de aturdimiento y confusión por medio del whiskey. En uno o dos días se volvió inquieto, excitado y del todo ingobernable

envejecido prematuramente. Sobrevinieron diarreas, con gran derrame de sangre por los intestinos. Se presentó un estado semejante al delirium tremens. Voces imaginarias se burlaban de él; veía animales repugnantes, serpientes, etc. El poco sueño que tenía se veía interrumpido por sueños terribles. Esto terminó en tres convulsiones epileptiformes graves e inequívocas, con intervalos de cuatro horas. A esto siguió el estupor, y a este la excitación.

«Hombre de estatura y desarrollo medios, pero que parece prematuramente viejo y quebrantado. Muy débil y anémico, solo puede hablar en voz baja, y apenas puede caminar.

»Expresión vacía y ausente. Ojos apagados y sin significado. Gran debilidad mental. Necio, pueril y casi imbécil. Sin excitación, sino, más bien, ligera depresión mental. Reía y lloraba sin causa adecuada. Ningún interés por lo que le rodea. Responde a las preguntas de manera divagante, incoherente e inconexa, siendo incapaz de seguir una línea de pensamiento consecutiva. Memoria casi borrada. No podía decir su edad ni de dónde venía. Tenía delirios vagos y fugaces sobre diversos temas.

»Temblor muscular persistente de las extremidades superiores e inferiores, que requería ayuda para caminar, mientras que los actos más finos que requieren poder coordinador, como escribir y silbar, no podían ejecutarse en absoluto. Lengua saburrosa en el centro, temblorosa y con contracciones fibrilares en los bordes, y desviada marcadamente hacia el lado derecho. Articulación espesa e indistinta. Pupilas iguales, dilatadas, irregulares en los márgenes e insensibles a la luz. Lado derecho de la cara parcialmente paralizado. Acción refleja de la médula muy deteriorada. Sensación

común aguda, rayana en la hiperestesia. Se quejaba

de insomnio y agotamiento, pero no tenía dolor de cabeza ni dolores neurálgicos.

»Ninguna erupción cutánea. Músculos pobres y flácidos. Conjuntivas amarillas. Sistema respiratorio y circulatorio normal. Pulso 67, débil y filiforme. Temperatura 97°.

Orina, peso específico, 1,005. Ni albúmina, ni azúcar, ni bilis ni cilindros. Solo podía orinar de noche, cuando se expulsaba en grandes cantidades, era clara y límpida, semejante a la de la histeria. Vientre estreñido, heces duras y de color blanco.

»No se usaron ni narcóticos ni estimulantes alcohólicos.

Se prescribió una mezcla tónica que contenía estricnina. La mejoría de todos los síntomas fue marcada y rápida. Fue dado de alta, bien, física y mentalmente, en tres meses.

Este caso ilustra, también, el hecho de que la mayoría de quienes se habitúan al cloral, y en quienes este produce el daño más grave, son del tipo neurasténico, y manifiestan un ansia morbosa de algún estímulo o narcótico.

De los casos en que he podido obtener información sobre este punto, encuentro los temperamentos indicados como sigue:

Nervioso, . . .

Sanguíneo, . . .

Nervioso-sanguíneo, .

Melancólico, . . .

En cuarenta y un casos hay antecedentes de nerviosismo, enfermedad nerviosa, locura, alcoholismo o adicción al opio en los ascendientes.

En muchos de estos pacientes hay un hábito «mixto», como

opio y cloral, alcohol y cloral, alcohol, cloral y morfina, cloral y clorodina, etc.

Es usado en gran medida* por los intemperantes como sustituto del alcohol. Sobre este punto el testimonio es abundante y positivo.

Como ejemplo de tendencia hereditaria, etc., el siguiente, que me envió el Dr. N. Jasper Jones, de Blainstown, Iowa, es muy interesante:

«Alcoholismo prevalente en la familia, también el hábito del opio, pero ninguna locura, aunque la madre, a veces, bajo preocupación mental, se vuelve algo irrazonable, como si pudiera volverse loca. El padre murió de una dolencia cardíaca mientras estaba sentado en el desayuno. Toda la familia es del tipo nervioso más intenso, por el lado de la madre, todos los hijos salen a la madre; pero el padre era inusualmente reservado y cauteloso, probablemente porque se había educado a sí mismo para serlo, a causa de las naturalezas excitable de su esposa e hijos.»

Se verá, por los casos anteriores, que si bien no hay duda de que en ciertos individuos puede establecerse un ansia morbosa de cloral por el uso prolongado del fármaco, es muy diferente, como hábito, del producido por el opio o la morfina. Como compensación a esto está el hecho de que, en aquellos casos en que se forma un hábito, causa una ruina más completa y rápida de la mente y del cuerpo que el opio o la morfina.

Las personas adictas al uso habitual de este fármaco son por lo general de la clase educada, como sucede con el opio.

Algunos autores han negado que se use alguna vez como estimulante de la mente. En un caso que tengo ahora a mi cuidado, y en varios que me han referido corresponsales, este fue el objeto por el que se tomó al principio, y se

comprobó que respondía admirablemente al propósito, especialmente en el caso de quienes realizan trabajo literario continuo. Este efecto fue, sin embargo, de corta duración y la reacción decidida.

El Dr. Quintius C. Smith, que ha tenido una amplia experiencia profesional entre las prostitutas de la costa del Pacífico, me escribe que el fármaco es o era usado en gran medida por esta clase, pues lo encuentran un estimulante, sedante nervioso y productor de sueño tan eficaz como el opio o el alcohol, y con la ventaja de no dejar efectos secundarios nocivos. Una de tales pacientes, a menos que tomara previamente una dosis de cloral, tenía una grave convulsión epileptiforme en cada coito.

Una idea más clara de los efectos nocivos del uso prolongado del cloral en grandes dosis se estudia mejor en cada sistema o aparato por separado. A diferencia de la morfina, no solo muestra sus efectos nocivos sobre el sistema nervioso, sino que actúa socavando directamente la salud al desorganizar la sangre.

Como dije en mi último capítulo, no toda persona que usa cloral durante un período prolongado se convierte en habituado, y no todo habituado se ve afectado en todos los sentidos tan plena o completamente como en la manera que se describirá a continuación. En cada individuo los órganos principalmente afectados y el tiempo necesario para producir el efecto varían según la idiosincrasia, que simplemente significa peculiar susceptibilidad personal. Este mismo hecho vale con referencia al opio y la morfina, así como al cloral.

El efecto del uso prolongado de este fármaco sobre la mente es, en la mayoría de los casos, mucho más rápido y distinto que el del opio. Al principio hay un período transitorio de estimulación, seguido de debilidad gradual y ofuscamiento del intelecto, hebetud mental, apatía hacia lo que sucede alrededor. Suele desarrollarse una especie de astucia baja, que lleva a planear excusas plausibles y subterfugios para obtener un suministro completo del fármaco.

Esta condición está bien ilustrada por lo siguiente:

El Dr. Wm. Kirkpatrick Murphy* informa tres casos de cloralismo:

1. Señora, cincuenta y ocho años; delgada pero musculosa, y de inteligencia y fuerza de voluntad más que ordinarias. Tomó morfina durante algún tiempo, para superar el insomnio debido a una dolorosa

afección de la vejiga. Seis meses antes de que el Dr. M. la viera, había estado tomando cloral, veinte granos por la noche, para empezar, finalmente ciento cincuenta granos en las veinticuatro horas. En su primera visita la encontró casi un esqueleto, difícil de despertar, llorosa y seminarcotizada.

Cuando se le preguntaba, respondía de manera extraviada e inconexa. Estado mental lindante estrechamente con la imbecilidad. Pupilas dilatadas.

Pulso lento, débil e intermitente. Rostro ruborizado y ansioso. Este había sido su estado durante muchas semanas.

Sus raros intervalos lúcidos los pasaba en pueriles lamentos por más cloral, o en astutos intentos de engañar a sus asistentes y obtener subrepticamente una dosis extra. De haber sido una mujer alegre, recta, excepcionalmente inteligente y de voluntad fuerte, se había vuelto huraña, engañosa e imbécil por igual en intelecto, memoria y voluntad.

Puntos de interés excepcional.

1. Marcado decúbito, con no mera indisposición, sino, a veces, manifiesta incapacidad para el esfuerzo.

2. Rubor eritematoso oscuro sobre la cabeza y el cuello, con extraordinarias contracciones de los músculos faciales.

3. Parálisis parcial del esófago, no estenosis espasmódica; sino contracción lenta e incompleta de los músculos de la deglución, con respecto tanto a la comida como a la bebida.

Esto estaba bien marcado en el Caso 2, y en ambos recurría a intervalos durante muchos meses; incluso después de establecida la convalecencia.

4. Visión borrosa; ojos inyectados en sangre y lagrimeando constantemente. Una vez, tras el cese total del cloral, pérdida temporal de la visión, que duró, con intervalos, dos días.

5. Sequedad del cabello.

Caso 2.—Señora, de cuarenta y cinco años, buena salud e intelecto agudo. Insomnio por preocupación y por dispepsia. Había tomado cloral durante dos años. Al principio solo a la hora de acostarse;

después de un tiempo también durante el día. Nunca más de setenta granos en veinticuatro horas. Tanto agotamiento físico como mental, miedo morboso, confusión mental, falta de concentración y deterioro de la memoria. (Era, sin embargo,

una escritora, que al parecer realizaba su trabajo literario habitual.

1. Eritema de la cabeza y el cuello.

2. Hiperemia excesiva tras la más pequeña cantidad de vino o cerveza.

3. Parálisis parcial del esófago, con desinclinación nerviosa a tomar comida o bebida.

4. Visión borrosa, con ojos inyectados en sangre y rebosantes de lágrimas. Marcada proyección de los globos oculares.

5. Náuseas intensas, muchas veces, después de tomar cloral.

Melancolía intensa, con tendencias suicidas, alucinaciones y delirios, delirio. Han resultado manía aguda y crónica. A veces ocurre una condición que parece un cruce entre idiotez y reblandecimiento del cerebro, y los pacientes lloran por las cosas más triviales y se lamentan de su persecución por lo que a otros les parecerían meras bagatelas. La naturaleza moral se ve profundamente afectada, pero la tendencia a él no parece ser tan distinta como en el hábito del opio.

El delirio no se encuentra tan a menudo mientras el paciente toma el fármaco, como cuando lo suspende. En algunos casos ni siquiera ocurre entonces, pero cuando así sucede, suele ser muy violento.

Los ataques convulsivos son raros, pero ocurren, como lo han demostrado los trabajos de la Clinical Society, de Londres.

Dos de mis corresponsales hablan de tales casos. En ambos, el carácter del ataque fue epileptiforme, y ocurrió

en personas que habían usado grandes dosis del fármaco durante mucho tiempo.

Una mente muy debilitada por el uso continuado del cloral a veces se ve completamente desequilibrada por los efectos de una sobredosis, o por la acción inusualmente intensa de una dosis ordinaria, accidente que es susceptible de ocurrir en cualquier momento. Tal caso es relatado por el

Dr. Willis P. King,* de Sedalia, Mo., como sigue:

«La Sra. S., de cuarenta años, comenzó a usar cloral durante un ataque de reumatismo. Ahora lleva algunos años tomándolo. Dosis de unos 32 granos, tomada de tres a cinco veces al día. La estaba tratando por reumatismo agudo, y le permití, a su ruego, tomar una dosis ocasional de una solución que había estado usando durante años. Rogó por más de lo que yo estaba dispuesto a permitir, y, en ausencia de la enfermera, se levantó, y, por la cantidad que faltaba, debió de haber tomado entre 100 y 200 granos. La encontré, tres horas después, en profundo estupor, pulso pequeño y a 190 por minuto, respiración rápida y estertorosa, extremidades frías. Bajo estimulación, etc., recuperó la conciencia tras unas horas, pero estaba loca, y fue enviada al Missouri Insane Asylum, donde fue tratada por manía aguda. Siempre había sido «voluble» antes de ir al asilo; a su regreso de allí su condición mental había mejorado mucho.»

El temperamento se vuelve irritable, se desarrolla la quisquillosidad, se evita a amigos y conocidos, y el paciente vive en un mundo propio, construido por el resultado torcido y distorsionado de una imaginación enferma. Los delirios y alucinaciones son más a menudo aterradores que agradables, variando, sin embargo, algo, con las peculiaridades mentales

* Carta al Autor.

de la víctima. El siguiente caso interesante me lo envía el Dr. D. N. Kinsman, de Columbus, Ohio:—

«Edad del paciente, veinticuatro años. Había estado rodeado de un círculo de compañeros viciosos y había llegado a beber en exceso. Sufrió un ataque de delirium tremens, para el cual se le prescribieron cloral, bromuro de potasio y valeriana. En un arrebató de virtuosa indignación por sus repetidas caídas, firmó un «juramento Murphy». Habiendo aprendido el valor del cloral para los horrores, ahora, en su abstinencia del alcohol, comenzó el uso del cloral. Se sentaba en el despacho y dormía en su silla, día tras día.

Su habla se volvió arrastrada e indistinta, y no podía recordar lo que leía. Al cabo de dos o tres semanas le apareció una erupción en el rostro, el cuello y los hombros, semejante al acné. Estos granos, al principio duros y rojos, supuraron, acompañados de mucho escozor y dolor.

»Tras permanecer en este estado algunas semanas, comenzó a oír voces por la noche, se levantó de la cama presa de gran terror y corrió a la habitación de su padre diciendo que había ladrones en la casa, en varias ocasiones. Sus vecinos estaban en conjura contra él; viviendo en una casa doble, podía oírlos tramar contra él a través de las paredes. Al volver a casa por la noche iba a todo correr, esperando hasta muy tarde para que las calles estuvieran desiertas; afirmaba que a menudo lo perseguía una «banda de negros» contratada para hacerle daño.

Oía hablar de él a personas a las que pasaba, incluso cuando yo estaba con él y sabía que no se decía nada.

Continuó en este estado durante varias semanas; finalmente quedó agotado, tuvo que guardar cama, donde permaneció varias semanas. En ese momento había sido trasladado a la granja de su padre, a varias millas de distancia, y por ello no estaba bajo mi observación en ese período. Ahora, al verse obligado a abstenerse, mejoró; pero cuando mejoró, recayó en su antigua costumbre. Ahora fue enviado a Fort Hamilton y allí retenido, creo, seis meses. Quizá pueda encontrarse allí un registro de este caso.

»Regresó aquí y se ha restablecido por completo. Aunque tras su estancia en Fort Hamilton tuvo otro ataque de su apetito por el cloral, el whiskey, etc., que duró algunos meses...

»Sus dosis diarias de cloral ascenderían a media onza, calculo, durante días seguidos. Los datos son imposibles de averiguar, porque nunca lo guardaba todo en una sola botella, y tenía provisiones repartidas en diversos puntos, por comodidad.

»La erupción no picaba. Duró mientras tomaba la droga y remitió tras suspenderla.

Hubo también, a veces, uso de valeriana, en cantidades desconocidas.»

El Dr. Roswell Park, de Chicago, Ill., me escribe acerca de un joven «que estableció el hábito del cloral tras una serie de reveses comerciales. Estaba nervioso y excitable. No tengo idea de la cantidad que tomaba. Finalmente desarrolló una tendencia suicida, se arrojó desde una ventana del cuarto piso, sufrió una fractura conminuta compuesta del codo y otras lesiones, y finalmente murió, hacia el décimo día, de manía aguda y agotamiento.»

El Dr. James Bunting* tuvo un paciente que tomaba diariamente grandes dosis de cloral, con el efecto de pervertir la moral y producir una tendencia al suicidio.

El Dr. Thos. Bondy relata el caso de un amigo, un joven médico, *que murió de manía aguda, producida por el uso continuado y excesivo del cloral.

La memoria, especialmente para las palabras, queda muy deteriorada.

* Lancet, dic., 1875. + Lancet, 11 de marzo de 1876.

EFFECTOS SOBRE LOS SISTEMAS.

He visto un caso de esta índole, y uno semejante me fue referido por un caballero médico de Boston, que olvidó firmar su muy interesante carta.

El paciente a quien vi no solo tenía la memoria para las palabras deteriorada, sino que empleaba una palabra por otra, como «zapatilla» por

«sombbrero», o «pluma» por «abrigo». Había estado usando la droga durante casi seis años y, aunque profundamente afectado por ella, a veces estaba decididamente mejor que otras.

El Dr. G. W. Davis, de Chico, California, me escribe acerca del caso de una señora que había estado usando la droga durante algún tiempo.

Primero la tomó por neuralgia facial. Toma de cuarenta a sesenta granos diarios. Su salud actual es regular. «Se queja, sin embargo, de una plenitud en la cabeza, confusión de ideas y pérdida de memoria.»

Los doctores Norton Folsom, de Boston, y J. W. Parsons,* de Portsmouth, N. H., relatan casos en que el uso habitual de esta droga produjo puerilidad, irritabilidad, temblor muscular y, en el caso del Dr. Parsons, pareció agravar un ataque existente de melancolía.

El Dr. James Perrigo,* de Montreal, relata el caso de una anciana de sesenta años que tomaba cloral, cuarenta y cinco granos al acostarse y quince granos durante el día. Estaba parcialmente demente, pero si a causa del cloral o no, no he podido averiguarlo.

Maudsley* lo usa rara vez en la demencia. «A veces en la melancolía. Rara vez en la manía, y entonces solo cuando es subaguda.» Testimonio semejante se obtuvo de los doctores Maudsley, Clouston y Lindsay, por el Comité de la London Clinical Society.

El Dr. A. P. Hayne, Superintendente Médico del Asilo de Ebrios, San Francisco, Cal., me escribe: «No hay duda de que su uso prolongado es una de las causas de la demencia. Creo que puedo decir con seguridad que varios casos de esta índole han caído bajo mi observación inmediata, en los que el cloral ha sido la causa remota o inmediata de la enfermedad.»

El Dr. H. W. Doane,* de Litchfield, Ohio, refiere un caso en que el cloral produjo, en un habituado, melancolía con tendencia suicida.

La siguiente interesante historia clínica me fue enviada por el Dr. Frank R. Fry, de St. Louis, Mo.:—

«Paciente, J. M., de cincuenta y nueve años. Usó cloral por primera vez hace once años. En aquella época había tenido algunas dificultades domésticas, había estado bebiendo algo —dice que no mucho—; no podía dormir, a causa de estas dificultades y de dolores intensos en las plantas de los pies. Su médico dijo que no eran causados por el reumatismo, pero no dijo por qué. Su médico le prescribió 15 granos de cloral en una onza de agua. Dos cucharaditas de esta solución, la dosis prescrita, le dieron al paciente algún alivio al principio, pero en seguida aumentó la dosis a cuatro cucharaditas.

No recuerda exactamente cuánto tiempo pasó, pero muy pronto estaba tomando de treinta y cinco a cuarenta granos por dosis, cada noche, para conseguir dormir. Aumentó la dosis tan rápido como fue necesario para obtener el efecto deseado continuado, hasta que llegó a tomar ochenta granos cada noche, y a menudo una gran dosis durante el día.

Hace seis años estuvo en el Asilo de Dementes de la Ciudad, durante tres meses. Cuando salió de allí se sentía mucho mejor, y afirma positivamente que no usó cloral durante un período de tres años después de aquella fecha.

Comenzó de nuevo el uso del cloral posteriormente, y durante los últimos dos años y medio o tres ha estado usándolo

* Carta al Autor.

con mucha regularidad y en dosis grandes. Ahora no toma dosis tan grandes, pero lo toma mucho más a menudo de lo que lo hacía. Dice que el tamaño y la frecuencia de la dosis varían mucho según sus medios. Ahora ya no presta atención al número de granos que toma, como solía hacerlo, pero muchas veces le cuesta conseguir lo suficiente para satisfacerse. También bebe ahora hasta cierto punto.

Dice que ha intentado sustituir el cloral por alcohol y morfina, pero siempre ha vuelto a este último.

Ahora se encuentra mal de salud, sufre de dispepsia y estreñimiento de vientre, y de una condición generalmente debilitada.

Su padre fue un hombre muy dado a la bebida y su madre una persona muy «*nerviosa»».

El Dr. C. Pollock,* de Donnelsville, Ohio, informa del caso de un médico de cincuenta años. De veinte a sesenta granos fueron usados cada noche durante dos años, con el resultado de producir pérdida de la capacidad de coordinación, marcado fallo de la memoria, locuacidad e intensa desesperanza, e insomnio obstinado, solo aliviado por la toma continuada del fármaco que había causado toda su desgracia, y que no procuraba sino un sueño agitado, cargado de sueños horribles más allá de toda descripción. Los rasgos más prominentes del caso fueron su profunda melancolía y su extremada locuacidad.

El Dr. T. D. Crothers,+ superintendente del Asilo de Ebrios de Walnut Hill, Hartford, Conn., informa de un caso algo similar, que terminó de forma fatal.

Como en los hábitos del opio y la morfina, y aún más, el negocio es abandonado, la amistad rota, los lazos familiares desgarrados, y a menos que se le alivie, la víctima se hunde en un estado de demencia babosa o manía aguda, terminando finalmente en la muerte por hemorragia, agotamiento, o por la satisfacción de una tendencia sui-

* Citado por Mattison, «Chloral Inebriety», un trabajo leído ante la King's Co.

Medical Society, 15 de abril de 1879.

+ Mattison, op. cit.

cida. Ruinas físicas, guiadas por timones mentales destrozados, se hunden fuera de la vista o se hacen pedazos a través de accidentes incidentales a su propia inquietud autocreada.

Treinta y ocho de mis corresponsales informan de la producción de locura por el uso habitual de este fármaco, como sigue:—

Manía aguda,::: é ae Melancolía,. ‘ ‘; 16 ‘Locura,/’::: pale Necedad, puerilidad, etc.,; i Il

En muchos casos en que escribí para obtener información más completa y positiva no recibí respuesta.

Sobre el sistema nervioso el efecto del cloral, cuando se usa habitualmente, es tan decidido y perjudicial como sobre la mente.

Estos síntomas pueden clasificarse como:—

(a2) Los que afectan a los nervios mismos.

(6) Los que afectan a otros órganos o sistemas, por medio del aparato nervioso que los abastece.

A la primera clase pertenecen la anestesia y la hiperestesia, generalmente solo de partes del cuerpo. Estas pueden y suelen extenderse a las superficies mucosas, así como a las cutáneas, como lo evidencian la gastralgia, la pérdida del gusto, la incontinencia e irritabilidad de la vejiga y de los órganos sexuales, etc., que se considerarán más plenamente un poco más adelante.

Se sienten dolores neurálgicos aquí y allá, más especialmente en la vecindad de, pero no en, las articulaciones. Mattison* y otros hacen gran hincapié en este dolor, que generalmente ciñe el miembro por encima o por debajo de la articulación, como marca diagnóstica del hábito del cloral. Que sea distintivo de —

* Op. cit., p. 5.

EFECTOS SOBRE LOS SISTEMAS. Vio

esta afección, y que ocurra solo en unos pocos casos, se prueba por el hecho de que de todos los casos que he podido reunir, este síntoma aparece solo en unos pocos —nueve— y no en todos estos el dolor está en la vecindad de una articulación. Me he tomado especiales molestias en investigar este asunto, pues el valor de un signo diagnóstico positivo en estas afecciones no puede subestimarse. En muchos de los casos estaban presentes dolores semejantes a los del reumatismo o la neuralgia, pero no ceñían el miembro ni ocurrían en la vecindad de las articulaciones.

El Dr. Mattison dice que el Dr. Lee y otros han observado estos dolores en las muñecas y en otras partes. ¹³⁷ Encuentro un caso informado por el

Dr. Benj. Lee,* de una mujer muy nerviosa, que había tomado cloral en dosis de veinte granos, cada noche, durante dieciocho meses. Ocurrió conjuntivitis, se redujo la dosis y desapareció el trastorno ocular. Ella volvió a aumentar la dosis, cuando aparecieron dolores en las muñecas, que corrían a lo largo del curso de las arterias radiales. Se suspendió el cloral y desaparecieron los dolores. No encuentro referencia, en el lugar mencionado, a dolor que ciña los miembros.

Desgraciadamente, el Dr. Mattison no hace referencia a la fuente de su información, de modo que es imposible decir si se trata del Dr. Lee aludido o no.+ Anstie, citado por el Dr. Mattison, dijo que era de la opinión de que muchos casos de supuestos dolores reumáticos o neurálgicos se hallaría, tras cuidadosa investigación, que se debían a la toma de cloral, y citó el siguiente caso, en el que este síntoma era prominente:— °

«A. B., médico, comenzó el uso del cloral el 1 de febrero de 1873, en dosis de treinta granos, para producir el sueño, cuando se veía mantenido

* Philadelphia Medical and Surgical Reporter, 9 de noviembre de 1878.

+ En una carta recién recibida el Dr. Mattison declara que el Dr. Benj. Lee, de Filadelfia, es el caballero aludido, pero que él (el Dr. Mattison) no recuerda en qué revista vio informado el caso.

despierto por grandes ansiedades. En dos meses notó ojos inflamados y debilitados, con lágrimas ardientes. Continuó el fármaco, sin embargo, a veces aumentando la dosis y repitiéndola. De abril a agosto la cantidad habitual era una dracma. En este último mes comenzó a usarlo durante el día, de una a tres veces. Hacia el 1 de diciembre, comenzó a darse cuenta de la cantidad que tomaba diariamente, y halló que era media onza, a veces más. Ahora comenzó a quejarse de severos dolores generales, especialmente en torno a las articulaciones, que empeoraban en el aire húmedo de Londres. No había sensibilidad, y no aumentaban con el movimiento.

El cloral no los aliviaba, excepto cuando lo dormía. Poco después de esto cometió un error en su dosis, usando de una solución fuerte, lo que provocó los dolores con espantosa severidad, y se llamó al Dr. Anstie.

Lo encontró con ojos inyectados, rasgos demacrados, insomnio, habla peculiar y entrecortada, extremidades inferiores parcialmente paralizadas, con pérdida de la capacidad de coordinación, y excesivos dolores articulares. Un examen reveló que había tomado más de una onza de cloral el día anterior. Se retiró al punto, se usó cannabis Indica para aliviar el trastorno nervioso, se ordenaron tónicos, y bajo este tratamiento se recuperó.»

Es un hecho bien conocido que el reumatismo o la neuralgia reumática, así llamada, se agrava a menudo por la administración de ácidos. Es apenas posible que en este caso, conservándose el fármaco en una solución, probablemente con jarabe, haya tenido lugar una descomposición parcial, y a través de la gran cantidad de cloral tomada, se haya ingerido una cantidad suficiente de ácido clorhídrico para producir el agravamiento del dolor. Ofrezco esto simplemente como una sugerencia.

Muchos tomadores de cloral, especialmente los ingleses, usan el fármaco en forma del jarabe oficial chloralis (B. P.), o en

© EFECTOS SOBRE LOS SISTEMAS. iif

una solución jarabosa, lo exponen al aire y a la luz, y no lo guardan en lugares cálidos. Cuando se usa una gran cantidad del fármaco, y ha tenido lugar la descomposición, podría tomarse una cantidad apreciable de ácido.

Los dolores en los miembros, la cara, el pecho, los ojos y en torno al corazón no son raros, pero en algunos casos nunca ocurren, aunque la persona esté tomando grandes cantidades (100 a 200 granos).

El rubor de la cara y las orejas, y la congestión de los ojos, estos últimos aparentemente inyectados en sangre, se ven a menudo, y se intensifican por el uso de una pequeña cantidad de cualquier estimulante alcohólico. Un médico del Sur, habitué desde hace años, me escribe que su cara se volvía tan escarlata, y sus ojos tan inyectados tras beber un vaso de licor, que la gente en la calle se daba la vuelta y lo miraba con asombro. Es del mismo carácter, aunque menos intenso, que aquel rubor de la cara producido en algunas personas, no tomadoras de cloral, por el uso del café. Se debe a una parálisis más o menos¹³⁹ completa de los nervios vasomoto-

res. Suele ir acompañado de disnea y palpitación del corazón. A veces ocurre al tomar estimulantes una semana o diez días después de que se haya roto el hábito.

También se encuentran a menudo escalofríos nerviosos, y tras ellos se siente a veces entumecimiento de una pierna o un brazo, o la sensación de insectos que reptan sobre la piel del tronco, menos a menudo de los miembros.

A veces ocurre parálisis, y generalmente se limita a las piernas. El Dr. W. R. Upham, de Yonkers, N. Y., informa lo siguiente:—

«Tuve un caso de una señora afligida de cáncer de mama, que había tomado unos veinticinco a treinta granos, durante un año. Poco después de esto quedó parcialmente paralizada en las extremidades inferiores; y, asustándose mucho,

suspendió el uso del fármaco al punto,

y sin mucha dificultad. Después retomó el uso de la morfina, y recientemente ha muerto de la enfermedad original. Era de un temperamento muy nervioso.»

He aquí un caso similar del Dr. William Kirkpatrick Murphy:

«Joven, de veintinueve años de edad. Atleta muscular. Tomó cloral para el insomnio. Cantidad tomada desconocida, pues se tomaba sin medida, a la ligera. Una vez casi muere por una sobredosis. Despertó una mañana para hallar que el poder de sus extremidades inferiores se había ido por completo. Esto fue transitorio, pero le hizo abandonar el uso del fármaco.

«1. La necesidad frecuente de usar una gran cantidad, para obtener algún efecto. Al despertar, sed, náusea, dolor de cabeza, irritabilidad.

«2. Eritema bien marcado, intensificado por los estimulantes.

Palpitación muy severa.

«3. Dolores agudos en las extremidades inferiores, especialmente en las pantorrillas. Alguna pérdida y perversión de la sensibilidad en los pies y

las piernas por la mañana.

«4. Incapacidad para usar las piernas. Pasó en un día, dejando al paciente física y mentalmente débil.»

Brown-Sequard relata «dos casos de manía, con insomnio obstinado, en los que dio cinco granos dos veces al día a uno y el doble al otro, seguidos de treinta a cuarenta granos por la noche. Tras siete u ocho semanas de este tratamiento los pacientes se habían vuelto tan débiles que no podían caminar ni poner un pie delante del otro. Esto desapareció rápidamente cuando se retiró el cloral.»

Anstie (también citado por el Dr. Mattison), con su característica honestidad, relata lo siguiente:—

* London Lancet, 9 de agosto de 1873. + Citado por Mattison, op. cit., p. 5.

«Fue llamado en consulta, a una señora de treinta y ocho años de edad, con síntomas de paraplejía parcial, de origen oscuro. Se mencionó como causa una irritación uterina refleja, pero la sugerencia no fue aceptada. El médico de cabecera sugirió entonces que las dosis nocturnas de cloral, que la paciente había estado tomando durante algún tiempo, para procurarse el sueño y calmar la ansiedad mental, podrían ser un factor en el trastorno paralítico. Esto también fue rechazado, y, como parecía requerirse algún sedante, se continuó el cloral. La señora, sin embargo, no mejoró con el tratamiento recomendado, y, tras una o dos consultas, se llamó a un médico diferente. Este aceptó la hipótesis del cloral, se suspendió la poción para dormir, y ella perdió rápidamente su paraplejía. Anstie observó que el caso le proporcionó algunas reflexiones prácticas pero bastante lamentables.»

El Dr. Mattison dice: «La pérdida de fuerza en las extremidades inferiores es a veces muy marcada, y sugiere fuertemente una lesión espinal grave.» Parecería, por la rapidez con que el trastorno desaparece al suspender el fármaco, y su súbita aparición en algunos casos, que se debe, más probablemente, a un desarreglo de la circulación en la médula, dependiente de la parálisis vasomotora.

Vértigo, temblor de las manos y del cuerpo, e «incapacidad para mantenerse erguido, con tendencia a caer hacia adelante, como en el trastorno atáxico, falta de poder coordinador, hasta el punto de no poder escribir, silbar, abotonarse la ropa, etc.» (Mattison), se observan con frecuencia. «La lengua, al sacarla, tiembla; a veces ocurren parálisis de un lado de la cara y ptosis.

Sofocos de calor, seguidos de sudor frío, al tropezar, al «golpear» con el pie, o sin causa apreciable alguna, se notan a menudo.

El efecto del cloral sobre los órganos de la digestión es doble. (a) El debido a su acción local, y (b) los efectos producidos por mediación de los nervios que irrigan las partes. Tomando primero la garganta, hallamos que suele haber más o menos irritación y congestión por la acción local del fármaco. En algunos casos hay parálisis de los músculos de la deglución. El Dr. J. H. Arton, de Hamilton, Bermudas, me escribe que en un caso el cloral, administrado de cualquier modo, producía siempre irritación de la garganta y dificultad para tragar. No se administraban entonces otros fármacos. Desapareció al suspender el cloral. Este paciente no era consumidor habitual del fármaco. Solo producía este efecto cuando el fármaco se administraba en gran cantidad, o con frecuencia.

El Dr. R. C. Brandeis* relata el caso de una señora que era consumidora habitual de cloral. Durante unos nueve meses había estado tomando de cuarenta a sesenta granos, tres o cuatro veces al día. Le producía gran dificultad para tragar, intensa hiperemia de la faringe y la laringe, y el retorno de líquido por las narices. Había oclusión del esófago y parálisis de los músculos de la laringe. Se restableció por completo con estricnina, hierro y quinina, suspendiendo finalmente el cloral. Algunos de mis corresponsales han notado el curioso hecho de que una

* American Practitioner, 1875.

inyección rectal de cloral producirá, en algunos pacientes, inmediatamente una sensación peculiar en la garganta y un sabor metálico en la boca.

La «dispepsia» es uno de los primeros síntomas de que se quejan estos pacientes. Desde la simple pérdida del apetito hasta las formas más gra-

ves del trastorno gástrico puede producirse. Hay pérdida de la sensibilidad, alternando con el más severo dolor gástrico. La lengua está saburrosa, el aliento fétido, y sin tener el olor del cloroformo. La circulación en el hígado está desordenada, resulta catarro gastroduodenal, con ictericia acompañante, que a veces es intensa. Una sensación de plenitud y dolor sobre la región hepática no es rara. Con frecuencia se ven pequeñas manchas parduscas sobre la piel, conocidas por los legos como «manchas del hígado». Los intestinos están estreñidos, las heces carecen de bilis y, por consiguiente, son de color de arcilla, duras, y a veces cubiertas de moco, salpicadas aquí y allá de sangre. A veces ocurre hemorragia de los intestinos y del estómago.

La diarrea alterna con el estreñimiento.

Algunos pacientes, que toman el fármaco en grandes cantidades y durante un tiempo considerable, no padecen en absoluto afecciones de los órganos digestivos.

Un habitué, médico del Sur, me aseguró que siempre le aumentaba el apetito cuando lo tomaba antes de las comidas, y el Dr. A. P. Hayne, de San Francisco, dice que ha visto varios de estos casos, en los que no había efecto alguno sobre estos órganos más allá de una estimulación temporal.

Sobre los riñones, el efecto del uso prolongado del cloral es producir congestión, dilatación de los vasos y albuminuria. No hay prueba positiva de que el cloral produzca cambio orgánico alguno en estos órganos.

El albúmina está presente en la orina, a menudo en gran cantidad, pero su presencia allí se explica fácilmente por la parálisis vasomotora y el estado empobrecido de la sangre, que aún se agrava más por este, su síntoma. A menudo se encuentran cilindros, pero suelen ser pequeños y de tamaño mediano, ligeramente granulosos e hialinos. Ocasionalmente ocurren cilindros epiteliales y grasos, pero es probable que, en estos casos, la enfermedad renal hubiera comenzado antes de que el cloral se usara en exceso. A veces se encuentra hemorragia de los riñones y, en verdad, de todo el tracto urinario. No es sino parte de una condición general, hallándose usualmente manchas purpúricas en la piel, y ocurrien-

do sangrado de la membrana mucosa de la garganta, el estómago, la nariz o los intestinos.

Tanto antes de que aparezca la albuminuria como durante su persistencia, la hidropesía no es rara. La hinchazón del rostro y de los párpados, la hidropesía de los pies y las piernas, y la ascitis ocurren en ciertos casos, no por supresión de la orina, sino por el estado del sistema vascular y de la sangre.

La albuminuria, a diferencia de la de los pacientes de opio, suele ser persistente.

Se encuentra diabetes en algunos casos en que se han usado grandes cantidades del fármaco durante largo tiempo. En la intoxicación aguda por este fármaco, Bouchut* y Levenstein† han encontrado azúcar en la orina del hombre. Labbé‡ no logró encontrarla en la orina de conejos y ranas cloralizados, pero Feltz y Ritter§ la encontraron en la orina de perros en cuyas venas habían inyectado cloral. Probaron su presencia tanto por la prueba de fermentación como por la de reducción. Afirman también haber encontrado un cuerpo orgánico, que estaba presente en tan

* Citado por Labbé, Archiv. Gen. de Med., 1870, p. 330.

† Berlin Klin. Wochen., 3 de julio de 1876, p. 389.

‡ Archiv. Gen. de Med., 1870. T. 2, p. 330.

§ Comptes Rendus, 3 de agosto de 1874.

pequeña cantidad que un análisis determinativo era imposible. La misma sustancia fue probablemente hallada por Von Mering y Musculus, quienes la denominaron ácido uroclorálico.

Hallaron que reducía las pruebas de cobre y de bismuto, y hacía girar el aparato de polarización hacia la izquierda. Esto con dosis pequeñas, mientras que las dosis grandes daban azúcar, haciendo girar el aparato de polarización hacia la derecha.

El Dr. John B. Roberts y Morris J. Lewis* hallaron que la orina de pacientes que tomaban cloral, y la orina a la que se había añadido cloral,

daban un precipitado amarillo con la solución de prueba de Fehling.

Es probable que en la orina de pacientes que usan habitualmente dosis pequeñas de cloral, la reacción con la solución de cobre se deba a la presencia de ácido uroclorálico, mientras que la de quienes toman dosis grandes se deba tanto al ácido uroclorálico como al azúcar; el predominio de esta última enmascara o vence la reacción del primero, especialmente con la prueba de polarización.

La actividad funcional de los riñones varía grandemente de un día a otro. A veces la orina es muy escasa y de color subido, otras veces se expulsa en cantidad y de un color pajizo claro. A diferencia de la orina de los consumidores de opio, la densidad varía notablemente de un día a otro (1,006 a 1,045).

Sobre la superficie mucosa de la vejiga y de la uretra, el uso continuado de este fármaco produce a veces decidida irritación, y a menudo congestión. Con frecuencia se hallan deseos frecuentes de orinar, dolor ardiente y cortante en el acto, y una sensación como si el contenido de la vejiga no se hubiera evacuado por completo, más especialmente en las mujeres.

Tiene también una acción sobre la estructura muscular de la víscera, produciendo parálisis temporal, con retención.

El oxalato de cal, y numerosas fibrillas de moco, ocurren como

* American Journal of the Med. Sciences, octubre de 1877.

depósitos. La reacción varía de intensamente ácida a claramente alcalina.

Los depósitos de fosfatos estelares son de frecuente ocurrencia.

Mis corresponsales informan como sigue:

Irritabilidad de la vejiga, con tenesmo, 21 casos.

Hemorragia de los órganos urinarios, 6.

Retención de orina, 11.

«Atonía» y parálisis, 7.

Albuminuria, 4.

Reducción de la prueba de cobre, 16.

Cilindros en la orina, 4.

La evidencia en cuanto al efecto del uso continuado del cloral sobre el aparato sexual es escasa y contradictoria.

El apetito sexual parece al principio decididamente aumentado, pero finalmente muy deteriorado o perdido. Tal aumento fue observado en un caso por el Dr. J. A. Miller, de Williamsburg, Ky. (no habitué). He visto un decidido aumento en dos casos por dosis pequeñas ocasionales, en que el efecto no podía deberse a nada sino al cloral; y en un caso, por el Dr. John N. Upshur,* en que se había usado durante semanas, con grandes dosis de los bromuros, en un caso de tétanos en un negro.

Por otra parte, el Dr. Edward Bradley, de esta ciudad, me escribe que en diez casos ha hallado decidida disminución del apetito sexual e incapacidad de erección en pacientes que tomaban cloral por breve tiempo. Desapareció poco después de suspender el cloral. El Dr. J. W. F. Webb,† de Liberty, Miss., lo ha conocido disminuir y destruir temporalmente el apetito sexual, cuando se tomaba solo por unos pocos días. También en el caso de un consumidor de cloral.

El Dr. Horatio C. Bigelow,‡ de Washington, D. C., vio

* Virginia Medical Monthly, mayo de 1880. Carta al Autor.

«pérdida del poder eréctil tras el uso de un mes de diez granos del fármaco, tres veces al día». La persona era un hombre fuerte y sano, al parecer de buen poder viril, a quien se le había dado por disentería crónica. Nunca antes había estado así afectado. Pasaron algunos meses antes de que hubiera algún retorno del poder.

El Dr. J. H. Nordlin,* de Roma, Ga., lo ha usado con éxito como anafrodisíaco, como también un corresponsal del Lancet.† El Dr. O. F. Ham, de North Barnstead, N. H., me escribe acerca de una consumidora de cloral, una señora, a quien ha interrogado minuciosamente. Ella asegura

que el cloral no tiene absolutamente ningún efecto sobre su apetito sexual, que nunca fue marcado.

La sensibilidad de los órganos de la generación, una especie de hipersensibilidad de la membrana mucosa, ha sido también notada por el Dr. H. H. Deane,* de Litchfield, Ohio, como sigue:

«Mujer, de cuarenta y dos años; usó cloral durante doce años. Administrado por insomnio y nerviosismo de prolapso uterino, con estreñimiento. Temperamento bilioso. Dosis, veinte granos, cuatro o cinco veces al día. Condición actual: prolapso uterino, estreñimiento obstinado, gran pérdida de carne y de poder muscular, apetito escaso, estómago débil y sensible a la presión; también constante dolor gástrico, sordo y a veces agudo. Cefalea, postración nerviosa, pérdida de la mente (melancolía general, con tendencia suicida, si se retira el cloral por unos días). Sin dolor en las proximidades de las articulaciones, ligera turbiedad de la visión acompañando a la cefalea.

Sin antecedentes familiares de hábito de morfina u opio ni alcoholismo. Extremada sensibilidad de los órganos sexuales.»

Su efecto sobre la menstruación es leve. A veces causa un flujo demasiado abundante, a veces un flujo leve y continuo. No puedo hallar hechos que apoyen la creencia de que, como la morfina o el opio, produzca esterilidad. Como la menstruación parece no verse afectada, es probable que no lo haga.

En relación con el efecto del cloral sobre la menstruación, la siguiente carta es de interés. No parecen haberse recibido respuestas.

Al Editor del Lancet:

Señor: ¿Han notado alguno de sus corresponsales una peculiaridad en la acción del hidrato de cloral, a saber, su poder de detener por completo el flujo catamenial? Tengo tres pacientes que tienen la costumbre de tomar el fármaco, por ataques de asma, y que me han asegurado que su administración va acompañada de este único inconveniente, si se toma al comienzo del período mensual. No he tenido oportunidad de verificar sus afirmaciones, pero imagino que debe haber algo de verdad en ellas,

pues las tres son de diferentes condiciones de vida, no se conocen entre sí, y no pueden haber comparado notas. Además, sus afirmaciones fueron espontáneas, y no suscitadas por preguntas capciosas.

Su obediente servidor, (4H. Bo eDARBS Mw.

Newport, I. W., 21 de septiembre de 1872.

Las aberraciones en la circulación se deben al desarreglo de los nervios que gobiernan los vasos; en otras palabras, el sistema vasomotor.

Rubor del rostro, plenitud de la cabeza, enrojecimiento de las orejas, congestión de los ojos, hiperemia y anemia alternantes de los diversos órganos, son el resultado. Por esta causa tenemos la intensa cefalea desgarradora un día, vértigo al siguiente.

Palpitaciones del corazón, pulso débil, intermitente e irregular, tos debida a hiperemia pulmonar, acompañada de exceso de secreción, suelen sobrevenir con frecuencia. A veces se perciben soplos cardíacos, principalmente en pacientes muy anémicos. La palpitación

y la acción irregular del corazón se deben a tres causas, en la mayoría de los casos: irrigación nerviosa irregular, sangre empobrecida y atonía de los músculos cardíacos. No ocurre así en todos los casos, pues a veces observamos estos mismos síntomas tras dosis únicas de cloral, atribuibles entonces por completo, a mi juicio, a una irrigación nerviosa perturbada.

Sobre la sangre misma el cloral actúa como desorganizador.

Que así lo hace, lo sabemos. Cómo lo hace, es imposible decirlo. Este deterioro se evidencia por su acción sobre la piel, que se notará por completo más adelante; por la tendencia a la hemorragia de las membranas mucosas, manchas purpúricas bajo la piel, encías esponjosas, caída del cabello, pérdida de las uñas de manos y pies, desnutrición de los músculos, del cerebro y del sistema nervioso, anemia, hidropesía y las harto palpables pruebas de una descomposición general de todo el organismo.

Ludwig Kirn,* que ha aportado algunas observaciones muy valiosas sobre el uso prolongado del cloral, refiere lo siguiente:

«Llegamos ahora a un cuarto grupo de casos, en los que tanto la calidad de los síntomas como su mayor o menor extensión en el organismo indican un cambio manifiesto en la composición de la sangre.

»En este sentido, pueden citarse en primer lugar los siguientes casos observados por Crichton Browne; sus interesantes fenómenos justifican un informe detallado.

»Caso 1. Una mujer de sesenta y nueve años, que padecía manía periódica, tomaba veinte granos de cloral dos veces al día; al cuarto día se desarrolló un enrojecimiento en la piel del pecho y los hombros, que no desaparecía a la presión; al sexto día la erupción se había extendido por todo el tronco y las extremidades, alternándose manchas lívidas y placas de color rojo intenso

* Practitioner, 1873.

en los labios y la membrana mucosa de la boca estaban excoriados, las encías esponjosas, la lengua ampollada y ulcerada, el aliento fétido. El estado general era de gran postración; pulso 120. Al undécimo día la ulceración de la boca se había extendido más; los labios estaban cubiertos de costras. La erupción petequial había disminuido en el pecho y el abdomen; las manchas eran amarillentas, con zonas de piel blanca entre ellas; las manchas del brazo perdieron su rojez más tarde. Al decimoquinto día se produjo una especie de descamación general; fisuras de la piel sobre el sacro y en las proximidades de las articulaciones. Desde entonces la convalecencia avanzó y se restableció la salud ordinaria.

»Caso 2. Una mujer de cuarenta y seis años, que padecía una enfermedad cardíaca, hemiplejía y demencia, tomaba quince granos de cloral tres veces al día, con efecto calmante. Al decimonoveno día del tratamiento aparecieron numerosas manchas de color rojo púrpura en las proximidades del codo izquierdo; al día siguiente se vieron muchas manchas similares en los hombros y los antebrazos, que se unieron a las otras. Al vigesimoprimer día aparecieron manchas lívidas en el rostro; el brazo izquierdo se hinchó y se endureció. En su superficie apareció una multitud de puntos diminutos, de un color mucho más intenso, que no disminuían a la presión. Al día siguiente había manchas de color púrpu-

ra oscuro y decoloraciones; algunas pequeñas, redondas y circunscritas; otras anchas e irregularmente conformadas, en las piernas y el abdomen, y en estrías a ambos lados de la columna vertebral. Simultáneamente con la petequia había una gran postración, tendencia a la somnolencia, pulso débil y excitable, labios doloridos, lengua muy saburrosa. Al vigesimotercer día las manchas y las placas decoloradas se habían extendido en todas direcciones, y las manchas antes de color rojo vivo habían tomado un color

púrpura oscuro. Finalmente, aparecieron signos de congestión pulmonar, con un gradual decaimiento de las fuerzas, y la muerte, tras varios desmayos, al vigesimosexto día. En la autopsia se observaron numerosas equimosis, de todas las formas y tamaños, en mayor o menor grado, en todas las partes de la piel; el pulmón derecho estaba congestionado y edematoso; el corazón dilatado y sus válvulas engrosadas; sobre el hemisferio central derecho había un gran quiste aracnoideo, que contenía sangre líquida.

»Con lo anterior puede unirse un caso referido por Monkton, en el que, tras cuatro días de administración de sesenta granos de cloral al día, apareció una erupción semejante a una ligera viruela, con púrpura hemorrágica, y la muerte sobrevino al sexto día por síncope.

»Finalmente, pueden mencionarse dos pacientes de Pelman, en quienes, tras el tratamiento con cloral, aparecieron petequias mayores y menores por toda la piel; en uno, que resultó fatal, se encontraron numerosas petequias en la membrana mucosa de la laringe y bajo el endocardio, y un hematoma en el lado derecho del cráneo, que llegaba hasta la base, cuyos contenidos líquidos daban prueba de su reciente origen.

»Referiré ahora un caso observado por mí mismo, que es aún más sorprendente por la multiplicidad de sus fenómenos, que son de tal índole que quizá nos permitan comprender más claramente su origen. El caso lo observé en una época en que aún no se conocían los efectos nocivos del hidrato de cloral; por lo tanto, se continuó el medicamento, a pesar de los multiplicadísimos síntomas, porque durante mucho tiempo no se reconoció el cloral como su causa; así pues, se siguió la afección más adelante de lo que nos atreveríamos⁴⁵⁰ a hacer ahora, cuando nuestros ma-

yores conocimientos nos obligarían a detenernos en una etapa más temprana. [Sigue un informe detallado del caso, que no es necesario dar]. Si hemos de

resumir los síntomas más graves de este caso, hallamos a una persona joven, fuerte y por lo demás sana, que padecía una manía no complicada, en la que, al noveno día del tratamiento con cloral, apareció una erupción en forma de grupos de manchas rojas, que pronto se hicieron confluentes. Al vigésimo día la temperatura y el pulso subieron rápidamente hasta un nivel febril; tres días después la temperatura había alcanzado los 106,7°; se administraron grandes y repetidas dosis de quina sin resultado, y los baños solo tuvieron un efecto temporal.

Se presentó entonces una tumefacción edematosa del rostro, las mejillas, los párpados y las orejas. Durante todo el curso de la enfermedad la piel, lejos de volver a su aspecto natural, fue asiento, ora de eczema impetiginoso, ora de eczema húmedo, ora de eczema escamoso e ictiosis, de modo que el proceso de descamación, en lugar de ser breve, como en los exantemas agudos, ocupó muchas semanas, durante las cuales se desprendieron grandes vainas de epidermis de todas las partes del cuerpo.

»Las profundas lesiones de la nutrición de la piel se evidenciaron en las etapas posteriores por una notable caída del cabello y una gradual pérdida de todas las uñas de las manos y los pies. La afección de la piel se acompañó de otra similar de las membranas mucosas, primero de los intestinos, que mantuvo una diarrea acuosa a pesar de la medicación, y luego de una afección similar de la conjuntiva y los bronquios. A partir de la sexta semana de la enfermedad se formó una serie de grandes abscesos en ambos brazos, sobre los hombros y las axilas, que secretaban una cantidad considerable de pus. Mientras ocurrían estos fenómenos, había habido durante ocho semanas una fiebre continua, con ocasionales remisiones, y que luego volvía a subir a una temperatura superior a los 104°.

»Los síntomas que ahora hemos descrito en conjunto deben definirse como envenenamiento crónico de la sangre. No

podemos, sin embargo, situarlo en ninguno de los grupos conocidos; no tenemos que ver con una piohemia o septicemia, ni con un envenenamiento metálico o vegetal, ya que ninguna de las causas que conducirían a estas afecciones ha estado en juego, ni observamos sus fenómenos característicos; menos aún se parecía la afección que el medicamento produjo en esta paciente a la manía puerperal. De hecho, no había otra causa externa excepto la administración del cloral; este medicamento, que incluso en dosis únicas mucho mayores no produce tal efecto, se administró durante diez semanas en dosis nocturnas de cuarenta a sesenta o incluso setenta y cinco granos; a veces en dos dosis diarias. Los síntomas comenzaron tras haberse producido cierta saturación por acumulación, a extenderse cada vez más, y finalmente a asumir el cuadro completo de un envenenamiento crónico de la sangre.

»El origen de la enfermedad nos lleva así, por exclusión, a conclusiones que tienen un alto grado de probabilidad, y también estamos en condiciones de aducir hechos positivos. Si se echa una mirada a los síntomas observados por nosotros y por otros, tras una administración más o menos prolongada de cloral, encontramos la mayor parte de los fenómenos observados en nuestro último caso, especialmente las muy variadas afecciones de la piel y las membranas mucosas, las alteraciones de la acción vascular y, finalmente, las profundas alteraciones de la sangre, que en algunos casos nos recuerdan los fenómenos del escorbuto.»

El rasgo característico del cuadro morbozo que hemos trazado consiste menos en síntomas que en sí mismos son del todo nuevos, que en el conjunto de los fenómenos más heterogéneos, que antes solo se habían observado aisladamente, en una misma persona, y en un grado sumamente agravado de intensidad.

Es un hecho peculiar que síntomas tan graves como los

aquí referidos, relativamente comunes en la historia temprana del fármaco, no se vean ahora, salvo en muy raras ocasiones, ni siquiera en personas que usan mayores cantidades del fármaco durante mucho más tiempo. Debíó de haber alguna impureza en el fármaco tal como se usaba entonces. Podría suponerse también que tales efectos serían más propensos a ocurrir en estos pacientes dementes, muy por debajo de lo

normal mental y físicamente, si no estuviera bien establecido que su uso prolongado en casos semejantes, en la actualidad, no produce los mismos efectos, salvo en casos ocasionales.* La ulceración de la piel en torno a las uñas de los dedos de manos y pies, de la que hablan tantos observadores. Así, el profesor Nathan R. Smith, de Baltimore,+ refiere dos casos en que esto ocurrió. Veintiséis casos similares han sido observados por el Dr. James G. Kiernan,+ antiguo médico asistente del Asilo para Dementes de la Ciudad de Nueva York.

De dieciocho superintendentes de asilos de dementes y cinco médicos de asilos de ebrios, de quienes he tenido noticia, ni uno solo menciona este estado de la piel en los bordes de las uñas. El único caso de este tipo que se me ha referido es del Dr.

J. W. F. Webb, de Liberty, Misisipi, y consistió en una simple elevación de la piel en estos puntos, sin ulceración.

Creo que debemos concluir que había alguna impureza en el fármaco empleado, aunque el Dr. Kiernan afirma que el fármaco era el suministrado por Powers & Weightman.

El estado desordenado de la sangre se manifiesta en otras afecciones cutáneas. A juzgar por sus efectos en dosis únicas o pequeñas en ciertas personas que manifiestan una idiosincrasia, nos llevaría a considerar la posibilidad de afecciones cutáneas por el uso prolongado del fármaco. Parece desarrollarse una idiosincrasia artificial.

* Kane; «Chloral Hydrate in the Treatment of the Insomnia of Insanity and Delirium Tremens». V. Y. Medical Record, 8 y 15 de enero de 1881.

+ Citado por Mattison. Op. cit.

Se ha hallado que las dosis únicas, o el uso de dosis moderadas durante breve tiempo, producen eritema, eczema, erupciones papulosas, pustulosas o maculares; también urticaria y herpes zóster. En algunos casos bien autenticados, se han producido erupciones exactamente semejantes a las del sarampión y la escarlatina, y en algunos casos confundidas con ellas. Pasaron por gradaciones regulares, terminando con la descamación típica de la enfermedad simulada. El uso posterior del cloral vol-

vió a producir los mismos trastornos.* Se ha sugerido que estos efectos se deben a trastornos de la digestión, como la acidez excesiva, etc., producidos por el cloral. Esto queda refutado por el hecho de que en la mayoría de los casos en que ocurren, los órganos digestivos no están perturbados.

Schiileft cree que la mayoría de estas afecciones cutáneas se deben a una perturbación nerviosa.

Los siguientes casos de hemorragia son interesantes a este respecto:

El Dr. A. E. M. Rae (Edinburgh Medical Journal, noviembre de 1871) refiere un caso de histeria, en el que administró cloral durante meses. Las hemorragias pulmonares se hicieron tan frecuentes y violentas que dos veces se desesperó de la vida de la paciente, y tuvo que abandonar por completo el uso del fármaco. Alude también a un caso del Dr. Husband, en el que una hemorragia fatal

* Kane; «Some Peculiar Effects of Chloral Hydrate on the Eyes and Skin».

N. Y. Medical Record, 1881.

A quienes se interesen por el estudio ulterior de la acción del cloral sobre la piel, doy las siguientes referencias:—

Browne, Crichton, Lancet, vol. 1, p. 440. Curschmann, Deutsches Archiv f. Klin. Med., 1871, p. 139. Brochin, M., Bull. Gen. de Therap., 15 de febrero de 1880.

Burman, J. Wilkie, Lancet, 16 de marzo de 1872. Farquharson, Braithwaite's Epitome, marzo de 1880. Ingalls, Wm., N. Y. Medical Record, 1871, p. 91. Liebreich, O., Lancet, 16 de junio de 1877. Mayer, La France Medicale, 1876. Martinet, Thèse de Paris, 1879. Neal, Breward, Lancet, 23 de agosto de 1873. Smith, Nathan R., N. Y. Medical Record, 1871, p. 299. Kiernan, J. G.; citado por Mattison. Op. cit.

Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie, Bd. 28, Heft. 1.

procedente de un tumor fibroso del útero ocurrió en una paciente que tomaba cloral. Spencer Wells (Medical Times and Gazette, 18 de sep-

tiembre de 1869) lo ha administrado, sin embargo, en casos de cáncer del útero, sin producir hemorragia.

Turnbull (Philadelphia Medical and Surgical Reporter, 31 de agosto de 1872) afirma que aumenta el flujo menstrual. El Dr. C. R. Cullen, de Richmond, Va., me escribe que ha visto seguir a su uso una metrorragia. R. C. Shettle, médico del Royal Berkshire Hospital, cree que su uso es peligroso en los casos de parto, por la probabilidad de una metrorragia posterior. Esto queda totalmente desmentido por la multitud de testimonios que me han enviado mis corresponsales.*

La hemorragia nasal ha sido notada por Inglis (Edinburgh Medical Journal, septiembre de 1877), por Mauriac, en tres casos (Gazette des Hôpitaux, 1870, p. 405) y por el Dr. F. Delmont, de San Buena Ventura, Cal. (por carta). Era esta una señora histérica, que usaba grandes cantidades de cloral. Tras uno de sus espasmos, cerca de una onza de sangre fluyó de su boca en un fino chorro, como si fuera lanzada por una jeringa.*

Sobre este sistema los efectos son decididos, y se producen principalmente por mediación del sistema nervioso.† El temblor, el espasmo de músculos aislados y de fibras musculares, las convulsiones, la parálisis, la pérdida de la potencia coordinadora, etc., ya han sido mencionados.

Ciertos síntomas, como la flaccidez, la palidez, la atrofia y la debilidad, resultan de una nutrición imperfecta. Al confinar

* Kane, «Chloral in Obstetric Practice». American Journal of Obstetrics, marzo de 1882.

† Esto queda probado de manera concluyente por los experimentos tanto de Labbé como de Rajewsky, citados por H. C. Wood, «Materia Medica and Therapeutics», Filadelfia, 1877, p.

a estos pacientes mucho en casa, se baja aún más el tono de la salud general.

Esta función vital queda muy seriamente afectada en ciertos casos avanzados. La disnea es el síntoma más prominente. Esta es más marcada si se toman estimulantes alcohólicos.¹⁵ El trastorno es sin duda de origen

puramente nervioso. Suele ir acompañado de una ligera tos y de una secreción excesiva de moco. Ludwig Kirn* dice:—

«Un síntoma importante que hemos observado en una serie de casos de uso prolongado de cloral es una interferencia con la respiración, que puede permanecer leve y apenas molesta para el paciente, o puede convertirse en una disnea positiva.

»Este síntoma fue producido experimentalmente por el sueco Hammersten, quien observó una disnea grave en un gato que había tomado cloral, y fue brevemente notado por Jastrowitz, uno de cuyos pacientes, mientras tomaba cloral, sufría de disnea grave, con cesación ocasional de la respiración; y fue finalmente descrito y explicado por completo por Schüle, quien observó a un paciente que, tras un largo uso de cloral, solía sufrir regularmente después de las comidas una sensación de opresión, que hacía extremadamente difícil subir las escaleras, e incluso interfería con el habla, aunque no había enfermedad torácica que lo explicara. Los síntomas recurrían persistentemente a pesar de todo tratamiento, hasta que se dejó el cloral, momento en que la opresión desapareció por completo. Una disnea por cloral similar, aunque no tan prolongada, ocurrió en muchos casos observados por nosotros, ya con o sin erupción, y con una sensación de pesadez y ansiedad.

»Que la disnea por cloral no siempre se detiene en los grados

* Practitioner, 1873.

más leves, sino que puede llegar a los desarrollos más graves y peligrosos, lo muestra la siguiente observación que me comunicó un eminente médico. Este caballero fue llamado en consulta por una señora postrada por largo sufrimiento, que últimamente había padecido ataques de disnea extrema, que habían aumentado hasta la asfixia.

»Al mismo tiempo el rostro estaba hinchado, los músculos faciales paralizados, y había también todos los signos de efusión cerebral.

»Todo remedio había fracasado, y la paciente parecía al borde de la tumba. El médico, por tanto, recomendó la suspensión de una dosis diaria de cuarenta y cinco granos de cloral que se había dado como hipnóti-

co, con lo cual todos estos síntomas altamente alarmantes desaparecieron de un modo casi mágico; el trastorno cerebral cesó, y la respiración recobró rápidamente su tipo normal. La disnea puede explicarse anatómicamente por analogía con los efectos del cloral sobre la piel y las mucosas, por hiperemia de los pulmones, que se produce por el canal de los nervios vasomotores.

»Encontramos aquí una confirmación ulterior de la suposición de que el cloral obra sobre el centro vasomotor y la médula oblonga, y que su influencia paralizante se extiende desde allí a las ramas periféricas de los nervios afectados.

Esto podría también llevar a una contraindicación práctica del cloral en todas las condiciones morbosas en que hay tendencia a congestiones o éstasis de sangre en los pulmones.»

En los no habituados, Fothergill* ha hallado que produce disnea cuando hay enfermedad cardíaca:—

«Un paciente fue ingresado en el West London Hospital, con enfisema y estenosis aórtica. A pesar del reposo, la digital y el amoníaco, estaba expuesto a ataques de disnea,

* Antagonism of Therapeutic Agents, p. 54.

que se habían presentado desde su ingreso en el hospital.

Al buscar una explicación, se descubrió que el cirujano interno había prescrito benévolamente cloral para el insomnio de que se quejaba. Esto se suspendió de inmediato, y los ataques de disnea no volvieron nunca, aunque el hombre fue decayendo gradualmente.»

La disnea es señalada por trece de mis corresponsales como síntoma del uso continuado de cloral.

Sobre la garganta y la laringe el efecto es de irritación decidida, acompañada de congestión y a veces de ulceración. La úvula está congestionada y edematosa, la epiglotis roja e hinchada, y las cuerdas vocales a veces también congestionadas. Casos de esta índole son referidos por Kirn* y Chapman[†].

Sobre los ojos el uso continuado de cloral produce un efecto muy decidido y característico. Algunas personas no adictas al uso del cloral manifiestan una peculiar idiosincrasia con respecto a él. Una sola dosis a veces, más a menudo unas pocas dosis, producirán una conjuntivitis grave, ocasionalmente acompañada de edema de las partes subyacentes, como también del rostro. La fotofobia es a menudo marcada.

Abundante testimonio en cuanto a este efecto del cloral sobre los ojos puede hallarse en mi artículo sobre esa materia en el N. Y. Medical Record de 1881.

La conjuntivitis por el uso continuado de cloral es referida por cuarenta y uno de mis corresponsales, el edema por trece, y la fotofobia por trece.

Dieciséis refieren «debilidad de la visión», nueve refieren «visión doble», uno catarata, uno ceguera súbita que desapareció al suspender el fármaco, uno ptosis, cuatro ambliopía, y seis astenopía. Se refieren también dos casos de ceguera temporal

* Op. cit. † Lancet, 1871.

por cloral. Esto fue en no habituados.

Keyser,* de Filadelfia, refirió el caso de un caballero acostumbrado a dosis de sesenta y ochenta granos de cloral, que quedó súbitamente ciego. El examen oftalmoscópico reveló una gran anemia retiniana. Se suspendió el fármaco, y en pocos días se restableció la vista.

Schüle† demostró que en los tomadores de cloral la retina estaba congestionada. La misma condición fue observada por Bouchut‡ en la retina de niños completamente anestesiados.

Burke Haywood,§ de Carolina del Norte, observó a un anciano que, tras algunas semanas de uso de cloral, comenzó a quejarse de visión turbia, que persistió y aumentó hasta que se retiró el fármaco, momento en que desapareció gradualmente.

El caso de ptosis es referido por el Dr. H. C. Bigelow, de Washington, D. C., como sigue:—

«Mujer, de treinta años de edad, casada, de complexión delgada, temperamento nervioso y mente activa. De treinta a sesenta granos diarios, durante dieciocho meses. Emaciada, histérica, estreñida, flatulenta. Temperamento irritable. Ptosis del ojo derecho, iritis incipiente y fotofobia. Ulceración del os uteri. Tuvo un orgasmo durante el examen.

Vaginismo; apetito sexual fuerte, pero le disgusta su marido y el trato marital. Sufre de insomnio, pérdida de memoria, inestabilidad mental. Ella atribuye todos estos síntomas al cloral.»

El Dr. N. C. Husted, de Tarrytown, N. Y., me refiere el caso de una señora que ha usado el fármaco en dosis de diez a veinte granos, durante unos dieciocho meses. Está aquejada de amaurosis parcial y lagrimeo excesivo.

* Citado por Mattison. Op. cit.

† Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie, Bd. 28, Heft 1.

‡ Citado por Labbé, Bull. Gen. de Therap., 1869. T. 2, p. 758. § Citado por Mattison. Op. cit.

El Dr. Edward Bradley, de esta ciudad, me refiere el caso de una señora que tomó veinte granos de cloral, tres veces al día, durante algún tiempo. La vista fue fallando gradualmente, y pronto se vio obligada a usar gafas. Sus ojos fueron examinados a fondo, y no se halló nada anormal. Al suspender el cloral, el trastorno ocular desapareció rápidamente. Los efectos del fármaco sobre el sistema general, especialmente el aparato digestivo, fueron muy marcados. El hábito se rompió sin dificultad.

Para una discusión completa del tema aquí presentado en esbozo, remítase el lector a mi artículo en el Record, ya mencionado.

SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA DEL CLORAL—DOSIS Y PELIGROS—TRATAMIENTO.

Los síntomas incidentes a la suspensión brusca del cloral en quienes lo han usado durante largo tiempo rara vez son graves; nunca tan graves como los que acompañan al mismo procedimiento en los habituados al

opio o a la morfina. Muchos tomadores de cloral interrumpen voluntariamente por sí mismos el uso del fármaco durante semanas enteras.

Uno de los síntomas más prominentes que ocurre ocasionalmente es la sobrevenida de un delirio grave, muy parecido al del delirium tremens. Tal caso es referido por el Dr.

Geo. F. Elliot.* El paciente, un hombre de treinta y cinco años de edad, había, sin embargo, tomado quince granos de opio diarios durante muchos años. Durante algunas semanas había sustituido el cloral, tomando 200 granos de este fármaco al día. Al retirar el cloral aparecieron todos los fenómenos del delirium tremens. Cedió con el uso de grandes dosis de tártaro emético y opio. Síntomas similares son referidos por muchos de mis corresponsales.

Sofocos de calor, postración nerviosa, palpitación del corazón, disnea, insomnio, a veces persistente, cefalea intensa con vértigo, y dolores neurálgicos en la región occipital, son igualmente comunes.

Los dolores en los miembros se hallan por lo general, pero no son tan graves como los que ocurren tras suspender el uso de la morfina. Se alivian rápidamente con grandes dosis de gelsemino. Este fármaco fue usado por primera vez para los dolores que ocurren

* Lancet, 24 de mayo de 1873.

en los miembros de los comedores de cloral, durante la continuación del hábito, por el Sr. Herbert M. Morgan.* Actuó bien.

Baños, electricidad, la compresa fría y las medidas recomendadas para el tratamiento de los habituados a la morfina deben emplearse. No debe hacerse reducción gradual, a menos que el paciente esté muy anémico y muy debilitado. La quinina en dosis de veinte granos es un excelente productor de sueño en estos casos. El delirium tremens se trata mejor con digital y bromuro de potasio. Los estimulantes deben usarse libremente durante los tres primeros días, y la estricnina y el hierro deben administrarse en dosis grandes y repetidas con frecuencia. Debe prescribirse aceite de hígado de bacalao, extracto de malta y una dieta generosa. La pepsina debe administrarse en dosis de quince a treinta granos

después de cada comida. Debe mantenerse el vientre en movimiento suave mediante algún laxante suave y enemas de agua fría. La hemorragia de los intestinos, del estómago o de las vías urinarias se controla fácilmente con la tintura homeopática de hamamelis, en dosis de diez gotas.

Después de los primeros diez días de tratamiento, deben hacerse esfuerzos enérgicos para mejorar la salud y el ánimo del paciente mediante el ejercicio, la dieta libre, buenas lecturas y conversación agradable.

La conjuntivitis se trata mejor con aplicaciones astringentes suaves, como el té, o la siguiente:—

R. Acid tannici,; F ‘ « SEY] Sodee biboratis,;: ‘ QY.XV Vin. opii,; F:: “ea Glycerine,; P;; g j Pith, | < 3.: ‘ oo Se. M.

Sic.—Colirio.

Los trastornos oculares y las afecciones cutáneas suelen desaparecer, sin intervención, unas pocas semanas después de suspender el cloral.

* British Medical Fournal, Sept. 2, 1876.

La sujeción, el control completo y un registro minucioso del paciente son necesarios con estos, como con los tomadores de opio o morfina.

La práctica empleada por algunos médicos de «reducir gradualmente» a los consumidores de cloral con pequeñas dosis de opio o morfina, la considero innecesaria y extremadamente peligrosa, pues estos pacientes, como está bien establecido, son propensos a pasar de un hábito a otro, y el uso de estas drogas les pone una tentación innecesaria en el camino.

La curación puede asegurarse si se tiene un control adecuado del paciente. Tanto depende del tratamiento posterior adecuado de estos casos como en el del hábito de la morfina.

Las recaídas ocurren menos a menudo en estos que en los habituados al opio.

Finalmente, pues, el uso prolongado del cloral no es tan propenso a formar hábito; no esclaviza tan completamente cuando se ha formado; es menos propenso a poner en peligro la vida en pequeñas dosis, más propenso a destruir mente y cuerpo en dosis grandes, y es más fácil de romper, que los hábitos de opio y morfina.

Hay un cierto peligro peculiar que acompaña al uso del cloral, que es comparativamente raro entre los habituados al opio, a saber: el de muerte por sobredosis; muerte, también, por una dosis que previamente se había tomado con seguridad.* La literatura médica está llena de registros de tales casos, e instancias en que la muerte casi ocurrió, salvándose el paciente solo gracias a los esfuerzos del médico llamado.

En algunos casos se tomó accidentalmente una sobredosis; en otros la persona es encontrada muerta, siendo probable que no tomara más que su dosis acostumbrada, la cual, sin embargo,

* Kane; «Muertes por hidrato de cloral». N.Y. Medical Record, dic., 1880.

actuó con fuerza inusitada sobre un sistema sobrecargado de la droga.

He aquí, por ejemplo, uno de estos casos, supuestamente. Me lo envía el Dr. P. C. Remondino, de San Francisco, Cal.:—

«Isaac H., abogado, de cincuenta y seis años; hace unos cuatro años comenzó a tomar cloral para el insomnio, debido, según le dijeron, a anemia cerebral; era entonces un caballero corpulento; cabello y barba oscuros; barba ligeramente teñida de gris; sintiendo la necesidad de estímulo, comenzó a beber con bastante libertad, y también a tomar morfina; luego siguió pronto el uso habitual del cloral. Ahora toma hasta ciento ochenta granos al día, en tres a cuatro dosis. A veces toma diez granos de morfina con una de las dosis; está más nervioso que de costumbre; ahora está muy emaciado; cabello y barba de un blanco descolorido; la piel le pica y tiene un tacto duro y seco; tiene pequeñas manchas parduscas, del tamaño de esta @, que desprenden una pequeña costra de piel; sufre dolores en las muñecas y rodillas; también en codos y tobillos, pero no tan severamente como en las muñecas y rodillas; insomnio y pérdida de apetito. Vientre¹⁶² regular; las facultades mentales es-

tán activas; por supuesto, nada como las que antes poseía, pues su debilidad física lo hace infantil, pero aún puede usar su mente y voluntad, hasta cierto punto; se comporta perfectamente como un caballero, aunque está como se ha dicho. Su estado físico es el de la debilidad y el tambaleo de un hombre de noventa años.»

Poco tiempo después el doctor escribe: «El consumidor de cloral murió hace unos días, en Los Ángeles. Fue encontrado muerto en el retrete de su hotel. El despacho dice: “causa supuesta, apoplejía”. Creo que fue más probablemente astenia cardíaca.»

El Dr. R. F. Lewis, de Lumberton, N. C., me escribe: «Un médico prominente de este lugar que era intemperante en

el uso de licores, morfina, etc., comenzó el uso de cloral en su lugar, y durante semanas o meses estuvo más o menos bajo su influencia. Murió repentinamente tras usarlo en cantidades aumentadas el día y la noche anteriores. Sin autopsia.»

El Dr. A. R. Kilpatrick, de Navasota, Texas, me envía la siguiente curiosa nota:—

«Hace unos cuatro o cinco años vivía un médico en Port Hudson, parroquia de West Feliciana, Luisiana, llamado (creo) Harris, que escribió varios artículos para el Med. and Surg. Reporter, de Filadelfia. Escribió uno o dos artículos especialmente sobre el uso del cloral y sobre el hábito del cloral, y advertía muy impresionantemente a la gente sobre su uso y abuso, y en menos de un año después de la publicación de esos escritos vi anunciada su muerte, y que había sido un consumidor habitual de cloral, y que este lo mató.»

He aquí otro caso de muerte por sobredosis, en un habitado, contribuido por el Dr. S. Henry Dessan, de esta ciudad:—

«El único caso en que he sabido que la muerte estuviera de algún modo relacionada con la administración de cloral fue en un caso de dipsomanía en una mujer histérica. Prescribí una combinación de quince granos de cloral con treinta granos de bromuro de potasio, para repetirse cada dos horas, hasta que se obtuviera el sueño; el efecto se obtuvo tras tres o

cuatro dosis. Se administraron unas ocho dosis de la mezcla. Dejé de atender el caso, y aproximadamente un año después supe por la prensa que la paciente había muerto por una sobredosis de cloral. Al preguntar al boticario que había preparado la receta, supe que la paciente continuó usando la medicina constantemente después de que cesaron mis visitas, y que durante las veinticuatro horas anteriores a la muerte había usado dos frascos de la mezcla, o en otras palabras

cuatro onzas de cloral con una onza de bromuro de potasio.»

Dos casos de habituación al cloral en hombres de edad madura son reportados por el Dr. C. A. Bryce, de Richmond, Va., donde la muerte ocurrió por síntomas que se asemejaban a la apoplejía.

Una práctica común en algunos de los países del Extremo Oriente —la toma de hachís— es relativamente rara entre los pueblos de las naciones civilizadas. Aquí, como allí, la práctica no consiste en una intoxicación constante y diaria con esta droga, sino que, más bien como el alcohol, se recurre a ella en determinadas ocasiones, cuando el organismo parece anhelarla especialmente, o cuando se presenta la tentación.

En esto difiere materialmente de la práctica de tomar opio o morfina. En cuanto al ansia continua, podríamos, creo, ordenar estas drogas del modo siguiente: morfina u opio, cloral, hachís, alcohol.

Parecería que cuanto más intenso es el ansia diaria u horaria de un estimulante o narcótico, tanto más fácil es destruir permanentemente ese ansia una vez roto el hábito. Así, una breve lucha de cuatro a ocho días curará, en la mayoría de los casos, al paciente de opio, mientras que con el alcohol o el hachís, y menos aún con el cloral, el deseo parece latente y aflora en momentos irregulares y bajo circunstancias peculiares. Una vez satisfecho plenamente el deseo, permanece quiescente por un período más o menos largo, para mostrarse de nuevo en su forma original, o con mayor intensidad, en fecha posterior. De ahí que sea tan sumamente difícil curar permanentemente la dipsomanía. Con el habituado al opio

o a la morfina, el deseo al principio, y ciertos síntomas en fecha posterior, salen a la superficie y exigen una renovación de la saturación de la droga tan pronto como pasa el efecto de la última dosis.

Debemos diferenciar entre un estado mental enfermizo que reclama imperativamente algún narcótico o estimulante, y ese ansia de dichas sustancias que solo se desarrolla tras su uso prolongado, y que no existía antes de comenzar a usarlas. Ambas condiciones son de enfermedad; la una siempre existente, la otra nacida del uso prolongado de la sustancia a la que se han aficionado. Entiéndase claramente que donde, a lo largo de este libro, he empleado la palabra «hábito», he querido significar un apetito o condición anormal que reclama el uso de narcóticos o estimulantes, y que o bien existía antes, o fue producido por el uso de la sustancia en cuestión.

Hay quienes usan hachís de manera constante todo el año, como muchos de nuestros compatriotas usan alcohol; pero esto se debe más a depravación moral que a un ansia morbosa especial por la sustancia empleada.

Si pudiéramos procurarnos en este país un extracto de cáñamo completamente fiable, y los médicos lo usaran con tanta libertad, tanta negligencia y en dosis tan grandes como usan el opio, la morfina y el cloral, los tomadores de hachís serían más comunes.

Conocido en los países de habla inglesa como cáñamo indio o Cannabis indica, los árabes lo llaman hachís, los habitantes de la India gunjah y churrus, los egipcios bust o sheera, los hotentotes dagga o dacha, los moros el mogen. Este es el extracto sólido.

Bangue, bang o bendji es el extracto espiritoso.

Nuestra farmacopea ofrece una tintura de Cannabis indica, cada dracma de la cual representa plenamente tres granos del extracto. Algunos de nuestros químicos fabricantes preparan un extracto fluido, y los ingleses fabrican un extracto de cáñamo bastante aceptable, aunque no del todo fiable.

El extracto inglés es el que se emplea habitualmente con fines medicinales y para producir la intoxicación.

La única habituada que he conocido era una mujer de treinta y ocho años, que consumía diariamente nueve granos del extracto inglés. Lo enrollaba formando un pequeño terrón, lo amasaba durante algún tiempo entre los dedos y, colocándolo luego en la cazoleta de una pipa común de arcilla, parcialmente llena de tabaco, lo encendía e inhalaba el humo. Esto lo hacía dos veces al día, empleando unos cuatro granos y medio cada vez. A veces pasaba una semana entera —al menos eso decía— sin usar nada; pero sospecho que en aquellos días en que no lo fumaba, lo usaba por el estómago.

Era de un temperamento intensamente nervioso, antes entregada al uso excesivo de estimulantes alcohólicos; de tez cetrina, ojos apagados, pupilas siempre muy dilatadas, pulso lento e irregular, con intermitencia ocasional de un latido; ruidos cardíacos débiles, cuerpo mal nutrido, piel seca, vientre generalmente suelto, apetito escaso, y orina escasa y de color subido, pero libre de cilindros, albúmina o azúcar. Llevaba usando la droga de este modo unos dieciocho meses, y se veía obligada a aumentar ocasionalmente sus dosis.

Se quejaba, especialmente por la mañana, al despertar de su estado casi cataléptico, de un dolor intenso en el lado izquierdo de la cabeza y a lo largo del trayecto del nervio ciático del mismo lado.

Comenzó a usar la droga por curiosidad, habiendo leído sus peculiares efectos y deseando extremadamente encontrar algo que supliera el lugar del alcohol, del que se había vuelto esclava.

Cuando no estaba bajo la influencia de la droga, su intelecto era embotado y perezoso, y su temperamento, a veces, malo e irracional. Durante la noche, cuando más completamente estaba bajo la influencia del cáñamo, sus sueños eran sumamente placenteros; parecía vivir en un mundo distinto, a un pensamiento respondía su realización, a un deseo su cumplimiento; las distancias se recorrían en pocos segundos; festines, señalados por la abundancia y la variedad, con manjares en platos de oro, tachonados de diamantes y otras piedras preciosas, se le servían. Todo se

hacía a escala de magnificencia. A veces los sueños participaban de un carácter sumamente lascivo. Me aseguraba que parecía vivir una doble vida: la una real, la otra producida por el cáñamo. En esta última, los incidentes de los sueños de una noche parecían sucederse con tanta regularidad, y los personajes ser tan reales, como los incidentes y las gentes de la vida cotidiana.

Había una peculiaridad: si tomaba un poco más de su ración habitual de la droga, encontraba sus sueños de naturaleza enteramente distinta; no placenteros, sino inexpresablemente horribles, nuevos rostros y nuevas escenas ocupando el lugar de los habituales, y el hilo de su romance onírico quebrándose de repente. Lo mismo ocurría, aunque no de manera tan marcada, si tomaba menos de la cantidad acostumbrada.

Antes de comenzar el uso de esta droga gozaba de buena salud, era robusta y, cuando no estaba bajo la influencia del licor, alegre y jovial.

Desapareció por completo de mi observación, y nunca desde entonces he podido saber qué fue de ella, aunque oí una vez que había muerto; cómo o cuándo, no lo sé.

La vi una vez en uno de esos sueños profundos producidos por el hachís, y noté que parecía haber completa anestesia, respiración profunda y roncante, trece por minuto, pupilas dilatadas e irregulares, congestión purpúrea del rostro y de las conjuntivas, y un espasmo convulsivo del párpado izquierdo que duró todo el tiempo que estuve con ella: dos horas.

Poseía algún dinero y era muy instruida. Afirmaba ser la viuda de un cirujano del ejército inglés.

Por la mañana rara vez fumaba todo lo que se ponía en la pipa, y nunca lo suficiente para dormirse. Ocasionalmente añadía un poco de opio al cáñamo. Era un despojo mental y corporal. Su andar era vacilante, y a veces se veía forzada a ir en dirección opuesta a aquella hacia la que deseaba moverse.

No expresaba deseo alguno de corregirse de su vicio, diciendo a menudo que, si lo quisiera, podría dejarlo ¹⁶⁷sin dificultad alguna. Lamento en ex-

tremio que su temperamento y muchas peculiaridades no me permitirán estudiar su caso más de cerca. La orina examinada se obtuvo por cateterismo durante el acceso semicataléptico ya mencionado.

El efecto mental de esta droga ha sido descrito de muy diversas maneras por distintos autores. Así, Calkins dice:

«El estado mental es una existencia ideal, la más vívida, la más fascinante. El tiempo y el espacio parecen ambos haberse expandido por una enorme magnificación; los pigmeos se han hinchado hasta ser gigantes, montañas han brotado de toperas, los días se han agrandado hasta ser años y edades. De Moria, al dirigirse una noche al teatro de la ópera, parecíale haber empleado tres años en recorrer el corredor. De Saulcy, habiendo caído una vez en un estado de insensibilidad tras ensoñaciones incoherentes, imaginó que había vivido entretanto cien años. La rapidez, así como la intensidad del pensamiento, es un fenómeno notable. De Lucca, tras ingerir una dosis de la pasta, vio, como en un panorama fugaz, los diversos acontecimientos de toda su vida, sucediéndose todos en ordenada sucesión, aunque era impotente en el intento de detener y retener uno solo de ellos para una contemplación más pausada. La memoria queda, sin embargo, a veces modificada de manera muy singular, habiendo quizá un olvido, no del objeto, sino de su nombre propio, o la serie de acontecimientos ocurridos durante el paroxismo puede haber pasado a un total olvido.

»El estado mental normal es el de un goce exuberante más bien que el opuesto, el de melancolía y depresión, aunque la transición de un estado al otro puede ser tan extrema como rápida. Las más de las veces el sujeto se ve arrastrado en un torbellino delirante de emociones alucinatorias, cuando las imágenes más grotescas y las ilusiones más cómicas y fantásticas se agolpan unas tras otras con una celeridad que casi trasciende el pensamiento. (Mirza Abdi Roussac.)

»El dominio sobre la voluntad puede mantenerse, pero solo temporalmente. A medida que declina el autodomínio, la mente es movida por los meros caprichos fortuitos de la fantasía; y es entonces cuando la característica dominante o la propensión mental tiene su verdadera apocalipsis. La expresión exterior puede revelarse bajo una apariencia de

complacencia y contento ante las cosas que rodean, o la sospecha, la desconfianza o la quisquillosidad de carácter pueden aflorar a la superficie, o puede ser que una altivez señorial que exige un homenaje incuestionado del “*profanum vulgus*” en virtud de una afectada superioridad sobre los mortales comunes sea la idea dominante de la hora; o quizá los impulsos eróticos puedan, por el momento, eclipsar y disfrazar todos los demás.

»En medio de la escena espectacular siempre cambiante, el sentido de la identidad personal no se pierde quizá nunca por completo, pero surge en muy raras ocasiones la noción de una dualidad de existencia; no precisamente la idea persa, la de dos almas que ocupan uno y el mismo cuerpo en una especie de asociación por acciones (doctrina aludida por Jenofonte en la historia de la hermosa Pantea), sino más bien la idea de una y la misma alma en una duplicación o bipartición, y presente en dos cuerpos.»

Muchas personas que se han puesto una o dos veces bajo la influencia de esta droga afirman que no se producen tales efectos placenteros, sino condiciones más bien torturantes y horribles. Los resultados, cuando la droga se toma de este modo, como los producidos por el tabaco en los muchachos que fuman por primera vez, no deben tomarse como una estimación verdadera de los resultados obtenidos por el uso continuado de una u otra.

Un curioso, interesante y valioso experimento fue realizado sobre sí mismo por el doctor H. C. Wood, de Filadelfia, quien está especialmente cualificado para emprender y registrar los resultados de tal observación.

Dice:—

«El cannabis indica, administrado en dosis completas, produce una sensación de exaltación, con un estado de ensueño y una serie de fenómenos mentales y nerviosos que varían mucho según el temperamento o las idiosincrasias del sujeto y, muy probablemente también, hasta cierto punto, según la naturaleza de cuanto le rodea. Las sensaciones se describen generalmente como muy placenteras; a menudo flotan hermosas visiones ante los ojos y un sentimiento de éxtasis llena todo el ser; a veces

se excitaban sobremanera los apetitos venéreos; a veces se presentan cargadas sonoras, risitas continuas y otras manifestaciones de regocijo. Hace algunos años,

* *Materia Medica and Therapeutics*, Filadelfia, 1877, p. 226.

al experimentar con el extracto americano, tomé una dosis muy grande, y en el ensayo sobre la materia (*Proceedings of the American Philosophical Society*, 1869, vol. XI, p. 226), se describió el resultado como sigue:

»Hacia las cuatro y media de la tarde del 23 de septiembre tomé la mayor parte del extracto. No se produjo de inmediato síntoma alguno.

Hacia las siete de la tarde se me pidió una visita profesional y, olvidándome por completo del cáñamo, salí y vi a mi paciente. Mientras escribía la receta quedé perfectamente ajeno a los objetos que me rodeaban, pero seguí escribiendo, sin que se interrumpiera ni se desviara la serie ordinaria de actos mentales propios de tal proceso, al menos que yo sepa. Terminada la receta, recordé de pronto dónde estaba y, al levantar la vista, vi a mi paciente sentado tranquilamente ante mí. La convicción fue irresistible de que había permanecido así muchos minutos, quizá horas, y al punto se afianzó en mí la idea de que el cáñamo había comenzado a obrar y me había sumido en un estado de trance de considerable duración, durante el cual había estado sentado estúpidamente ante mi asombrado paciente. Me levanté a toda prisa y me disculpé por haberme quedado tanto tiempo, pero se me aseguró que solo habían transcurrido unos pocos minutos. Hacia las siete y media de la tarde regresé a casa. Estaba ya bastante excitado, y la sensación de hilaridad aumentaba rápidamente. No era una sensación sensual, en el sentido ordinario del término; no era meramente una excitación intelectual; era una especie de bienestar —lo contrario precisamente del malestar. No venía de fuera; no estaba ligada a pasión ni sentido alguno. Era simplemente un sentimiento de alegría interior; el corazón parecía rebosar por encima de toda inquietud; todo el organismo sentía como si todo cansancio quedara desterrado para siempre; la mente corría gozosa y desenfrenada, libre de saltar sin cesar de una idea a otra, al parecer desligada de

sus leyes ordinarias. Me sentía dispuesto a reír, a hacer gestos cómicos; una fantasía que se repetía con mucha frecuencia era imitar con los brazos los movimientos de un violinista y con los labios la tonada que se suponía que tocaba. No había nada semejante a delirio violento, ni alucinación alguna que yo recuerde. En ningún momento tuve visiones, o al menos ninguna que ahora pueda traer a la memoria; pero una persona que estaba conmigo en aquel momento afirma que en una ocasión levanté la cabeza y exclamé: “¡Oh, las montañas! ¡las montañas!”. Mientras hacía las diversas payasadas ya aludidas, sabía muy bien que me comportaba de manera sumamente necia, pero no podía dominarme. Creo que fue hacia las ocho cuando empecé a sentir un entumecimiento en los miembros, así como una sensación de inquietud y desasosiego generales, y el temor de haber tomado una sobredosis. Me paseaba sin cesar por la casa; mi piel, para mí mismo, estaba caliente; en verdad, toda mi superficie la sentía encendida; la boca y la garganta las tenía muy secas; las piernas adoptaron una sensación extraña y ajena, como si no formaran parte de mi cuerpo. Me tomé el pulso y lo hallé en ciento veinte, bastante lleno y fuerte.

Un presentimiento, un vago y horrible temor, como de muerte inminente, comenzó entonces a apoderarse de mí; con presteza mandé llamar auxilio médico. Las curiosas sensaciones de mis miembros aumentaron. Las piernas las sentía como columnas de cera bajo mi cuerpo. Recuerdo haberlas palpado con la mano y haberlas encontrado, según pensé al menos, muy firmes, con los músculos en estado de contracción tónica. Hacia las ocho empecé a tener marcados “accesos”: períodos en que toda conexión parecía quedar cortada entre el mundo exterior y yo. Podría decirse que durante esos momentos estuve inconsciente, en tanto que era ajeno a todos los objetos externos; pero al salir de uno de ellos no era un vacío en blanco, sin sueños, aquello hacia lo que miraba retrospectivamente, un mero espacio

vacío, sino más bien un período de vida activa pero sin propósito. No creo que hubiera en ellos pensamiento conexo alguno; parecían simples ensoñaciones desenfrenadas, sin hilo alguno que las uniera: cada una, un mero caos de ideas inconexas. La mente parecía liberada de sus leyes ordinarias de asociación, de modo que pasaba de una idea a otra, por así

decirlo, completamente al azar. La duración de estos accesos, para mí, era muy grande, aunque en realidad solo duraban unos segundos, o un minuto o dos. En efecto, perdí por completo la facultad de medir el tiempo. Los segundos parecían horas; los minutos, días; las horas, infinitas.

Con todo, estaba perfectamente consciente durante las intermitencias entre los paroxismos. Miraba mi reloj y luego, tras una hora o dos, según pensaba, volvía a mirarlo y hallaba que apenas habían transcurrido cinco minutos. Contemplaba su esfera con profundo disgusto, pues el minuterero parecía inmóvil, como grabado en la propia esfera; el perezoso segundero avanzaba despacio, tan despacio que parecía empresa desesperada vigilarlo durante su entera e infinita vuelta de un minuto, y siempre lo abandonaba desesperado antes de que transcurrieran los sesenta segundos. De vez en cuando, cuando mi mente estaba más lúcida, había en ella una especie de acción doble respecto a la duración del tiempo. Me decía para mis adentros: ha pasado tanto desde tal acontecimiento —una hora, por ejemplo, desde que vino el doctor—; y entonces la razón decía: no, solo han pasado unos minutos; tus pensamientos o sensaciones son causados por el cáñamo. Sin embargo, no era capaz de sacudirme esa sensación de prolongación casi indefinida del tiempo, ni siquiera por un minuto. Los paroxismos ya aludidos no iban acompañados de relajación muscular. Hacia las nueve menos cuarto estaba de pie en la puerta, aguardando ansiosamente al doctor, y cuando sobrevenían los accesos permanecía de pie, apoyándome quizá ligeramente en el marco. Al cabo de

un rato vi acercarse a un hombre, al que tomé por el doctor. El sonido de sus pasos me indicó que caminaba muy de prisa, y estaba bajo un farol de gas, a no más de un cuarto de manzana de distancia; sin embargo, parecía hallarse a una distancia enorme y llegar en un tiempo correspondiente. Fue esta la única ocasión en que advertí una exageración de la distancia; en la habitación no era perceptible. Mis extremidades empezaron entonces a enfriarse y entré en la casa. No recuerdo más, hasta que me despertó el doctor sacudiéndome o llamándome. Entonces la intelección parecía bastante buena. Le narré lo que había hecho y padecido, y le dije que mi opinión era que estaba indicado un emético, tanto

para eliminar cualquier resto de extracto que aún quedara en el estómago como para estimular el sistema nervioso. Le sugerí además que pasáramos al consultorio, por ser más adecuado que el salón donde entonces estábamos. Había en aquel momento una muy marcada sensación de entumecimiento en mis miembros, y lo que el doctor dijo fue un pellizco fuerte no produjo dolor alguno. Cuando intenté subir las escaleras, mis piernas parecían tener la mitad inferior hecha de plomo. Después de esto no hubo nuevos síntomas, solo una intensificación de los ya mencionados. Los períodos de inconsciencia se hicieron a la vez más largos y más frecuentes, y en sus intervalos la intelección era más imperfecta, aunque, cuando me despertaba del todo, creía razonar y juzgar con claridad. La opresiva sensación de muerte inminente se hizo más intensa. Era horrible. Cada paroxismo parecía haber sido el más largo que había sufrido; al salir de él, una voz parecía decir sin cesar: “Estás empeorando; tus paroxismos son cada vez más largos y profundos; acabarán por dominarte; morirás”. Una sensación de antagonismo personal entre mi fuerza de voluntad, tal como la

EFFECTOS SOBRE EL ORGANISMO.

afectaba la droga, se hizo muy fuerte. Sentía que mi única posibilidad era luchar contra esos paroxismos, que debía despertarme constantemente mediante un esfuerzo de voluntad; y ese esfuerzo se hacía con infinita fatiga y dolor. Sentía como si algún espíritu maligno se hubiera apoderado de todo mi ser, excepto de la fuerza de voluntad, y estuviera en conflicto decidido con esta, la última ciudadela de mi ser. Nunca he experimentado nada semejante a la temerosa sensación de angustia casi sin esperanza y de absoluta lasitud que se apoderó de mí. Una o dos veces, durante un paroxismo, tuve lo que podrían llamarse sensaciones de pesadilla; me sentía elevarme, expandirme, dilatarme, disolverme en los vastos confines del espacio, abrumado por una desesperación horrible, desgarradora, indecible. Luego, con esfuerzo tremendo, parecía sacudirme de ello y levantarme con el pensamiento estremeedor: la próxima vez no podrás sacudirme esto, ¿y qué entonces? Bajo la influencia de un emético vomité con abundancia, sin náuseas y sin gran alivio.

Hacia medianoche, por sugerencia de los médicos, subí a acostarme. Las

lo que pude hacer caminar con ayuda. No tengo recuerdo alguno de haberme desvestido, pero me dicen que me dormí de inmediato.

Cuando desperté, temprano por la mañana, mi mente estuvo al principio despejada, pero a los pocos minutos los paroxismos, semejantes a los de la tarde, volvieron a presentarse y se repitieron a intervalos más o menos breves hasta bien entrada la tarde. Todo el día hubo marcada anestesia de la piel. En ningún momento se produjeron sensaciones afrodisíacas. Hubo un marcado aumento de la secreción urinaria. No hubo efectos posteriores, como náuseas, dolor de cabeza o estreñimiento de vientre.

»La sensación de prolongación del tiempo que experimenté me resultó muy notable, pero no es rara en estos

casos. Evidentemente se debe a la inmensa rapidez de la sucesión de ideas. La mente, sin duda, mide el tiempo por la duración de sus propios procesos, y cuando una infinidad de ideas surge ante ella en el tiempo que suelen ocupar unas pocas, el tiempo se prolonga infinitamente para la mente. Es toda una vida en el minuto. Un fenómeno mental muy común, aún no mencionado, es un estado de conciencia doble, la sensación de tener dos existencias, de ser al mismo tiempo uno mismo y otro».

Por muy placenteros que sean el estadio de excitación o la intoxicación, por muy fascinantes que sean los sueños que siguen, el efecto nocivo sobre el cuerpo es rápido y decisivo.

La consunción de los músculos, la palidez terrosa de la piel, la hebetud de la mente, el trastorno de la coordinación, la falta de apetito, los accesos convulsivos, la pérdida de fuerzas y la descendencia idiota parecen, según todos los relatos, ser el resultado uniforme del uso prolongado de esta droga.

Un cuidadoso estudio de los hechos presentados en los capítulos precedentes nos enseña varias lecciones bien dignas de consideración y sugiere ciertas cautelas y reformas que son muy necesarias.

De la abundante evidencia sobre este punto creo que debemos concluir que el abuso o uso habitual de narcóticos aumenta constantemente, especialmente el uso subcutáneo de morfina; que estas drogas, en la mayoría de los casos, se toman primero para aliviar el dolor, y no para la simple gratificación de un apetito morbosos; y que la droga empleada y la manera de usarla están en consonancia con la práctica médica predominante de la época en que vive el habituado.

Hay dos clases especialmente culpables de esto: los médicos y los boticarios. En la temprana historia del uso de la jeringa hipodérmica no se reconocía el peligro de contraer el hábito por su uso frecuente, y el médico no era entonces culpable. En la actualidad, sin embargo, conociendo plenamente los peligros inherentes a su uso, el médico es criminalmente descuidado al poner el instrumento en manos del paciente o de sus amigos para que lo usen. Si no comprende toda la extensión del peligro, es culpablemente ignorante, y ciertamente merecedor de castigo.

Las muertes, y los accidentes peligrosos, y la propagación del uso continuado de narcóticos, se deben, en gran medida, a los boticarios, quienes, en muchos casos, venden la droga sin receta médica, y sin excusa razonable por parte del paciente, en directa violación de la ley.

El cloral se vende a hombres que apenas se reponen de una borrachera; las recetas que contienen grandes cantidades de estas drogas se renuevan para pacientes a quienes originalmente no fueron dadas; el propio boticario a menudo prescribe una mezcla de cloral, morfina y bromuro de potasio, para borrachos arrepentidos, o para pacientes que sufren de insomnio.

Cuando se les habla de este asunto, excusan fríamente sus prácticas con la observación de que «si no lo hacemos nosotros, algún otro boticario lo hará; y ¿por qué habríamos de perder el dinero?». Las leyes relativas a la venta de venenos son laxas e ineficaces, la práctica está corrompida, y el estatuto es realmente letra muerta. Las consecuencias peligrosas e incluso fatales no son, entonces, tan de extrañar.

Otro asunto en este sentido necesita atención, a saber: las pretensiones mentirosas de unos pocos charlatanes, notablemente en el Oeste, quie-

nes, mediante anuncios especiosos y mentiras engañosas, inducen a las víctimas de estos hábitos a comprar sus medicinas, o a ponerse bajo su cuidado para recibir tratamiento. Sus llamados específicos no son sino preparaciones de opio o morfina, y su tratamiento se basa en el plan de sustituir una forma de la droga por otra.

Estos estafadores carecen por completo de conciencia, y no escatiman en aprovecharse de sus víctimas y minar su salud, con tal de ganar unos cuantos dólares. Ya es hora de que la gente descubra que los médicos honestos, honorables y dignos de confianza, que solo tienen en el corazón el bien del paciente, no se anuncian. Es un hecho vergonzoso que la prensa religiosa tolere en sus columnas los anuncios de estos charlatanes. Por regla general, los anuncios más viles se encuentran en estos periódicos. Debido al peso moral que se supone que llevan estas hojas, debido a su gran circulación entre el pueblo, que mira cada palabra contenida en ellas como verdad, estos anuncios y endorsamientos hacen al pueblo una cantidad infinita de daño. ¿Será que los «patrocinadores» financieros de estos periódicos se imponen a los escrúpulos del editor religioso? Si es así, aunque sea una buena inversión financiera, debe ser una muy mala inversión moral.

He subrayado el hecho de que el uso continuado de cloral no es tan propenso a terminar en la formación de un hábito como lo es el uso prolongado de morfina u opio; no porque los médicos puedan ejercer menos cuidado y discriminación en su empleo, pues el peligro es suficientemente grande, sino simplemente para refutar las afirmaciones de algunos hombres que se han vuelto locos sobre el tema de la habituación y la ebriedad, y que sugieren medidas de reforma, y planes de contención y tratamiento, tan impracticables e imposibles como sus afirmaciones son caprichosas y falsas.

Finalmente, quede claramente entendido que muchos de los síntomas enumerados como presentes tanto en los habituados a la morfina como al cloral, pero especialmente en los últimos, solo se encuentran donde la droga se ha usado en gran cantidad, o durante mucho tiempo. Todo síntoma será, además, modificado en cierta medida por las peculiaridades sistémicas de cada paciente.

Los hábitos «mixtos», así llamados, en que los pacientes usan dos o más narcóticos a la vez, no se han discutido por separado, pues no poseen caracteres distintivos, y el médico que comprenda los puntos prominentes de cada uno no tendrá dificultad en detectar y tratar estos casos.

LIND,

Aborto por uso excesivo de morfina, 43. Absceso por inyección hipodérmica de morfina, 71.

Absorción de la morfina, rapidez de, 83.

Accidentes por el uso subcutáneo de morfina, 71.

Ady, Dr. A., caso de, 152.

Tratamiento posterior de los hábitos de opio y morfina, 140.

Edades de los consumidores de opio y morfina, 25. de los consumidores de cloral, 150.

Akland, Dr. Fr., sobre el hábito del cloral, 151.

Albuminuria por el uso continuado de opiáceos, 46. en consumidores de cloral, 182.

Estimulantes alcohólicos usados por los consumidores de opio, 30. en el tratamiento de la morfinomanía, 139.

Allbutt, Dr. T. Clifford, observaciones de, 54.

Alopecia en consumidores de morfina, 40.

Amaurosis por el uso continuado de opiáceos, 47. en consumidores de cloral, 197.

Amidon, Dr. R. W., experimentos de, 99.

Andrews, Dr. Judson B., caso de, 54.

Anstie, Dr., caso de, 175, 178.

Aphasia por el uso prolongado de cloral, 195.

Arton, Dr. J. H., caso de, 180.

Ascitis por uso excesivo de morfina, 43.

Atkinson, Dr. A., caso de, 76.

Barker, Dr. Fordyce, 29.

Barkitt, Dr. F. W., caso de, 102.

Bartholow, Prof. Roberts, observaciones de, 90. caso de, 72.

Baños en el tratamiento de los consumidores de morfina, 130.

Beaumetz-Dujardin, caso de, 71.

Belladona en el tratamiento de los consumidores de morfina, 130.

Bidlack, Dr., caso de, 152.

Bigelow, Dr. H. C., caso de, 184, 198.

Bilis, efectos del uso continuado de opiáceos sobre la, 37.

Blalock, Dr. W. C., ácido hidrocianico en el tratamiento del hábito del opio, 137.

Sangre, efectos del cloral sobre la, 186.

«Hinchazón» en consumidores de morfina, 39.

Bond, Dr. Thos., caso de, 170.

Bouchut, diabetes por cloral, 182.

Braine, Dr. F. W., caso de, 88.

Bradley, Dr. Edward, casos de, 184, 199.

Brandeis, Dr. R. C., caso de, 180.

Brown-Sequard sobre la parálisis por cloral, 178.

Bromuros en el tratamiento de los consumidores de opio, 136.

Bryce, Dr. C. A., caso de, 205.

Bunting, Dr. James, caso de, 170.

Cable, Dr. W. W., caso de, 91.

Calkins, Dr. Alonzo, observaciones de, 44.

Calvet, observaciones de, 96.

Cannabis indica en el tratamiento del hábito del opio, 137. uso continuado de, 206.

Capsicum en el tratamiento del hábito del opio, 137.

Cilindros en la orina de los consumidores de morfina, 46.

Cambio del opio al alcohol, etc., 38.

Escalofríos nerviosos en consumidores de cloral, 177.

Hidrato de cloral, uso continuado de, 149. en el tratamiento del hábito del opio, 137.

Circulación, efectos del cloral sobre la, 186. en consumidores de morfina, 48.

Condición civil de los consumidores de cloral, 150.

Civilización como modificadora del sistema nervioso, 17.

Claggett & Halls, Dres., caso enviado por, 118.

Clark, Dr. Alonzo, caso de, 93.

Clinical Society of London, informe de, 136. en el tratamiento del hábito del opio, 136.

Coleridge, cantidad de opio usada por, 27.

Color de la piel en consumidores de morfina, 38.

Compton, Dr. W. M., observaciones de, 155.

Estreñimiento en consumidores de opio, 37.

Corona, inyección de drogas en las venas, 90.

Cram, Dr. C. W., observaciones de, 155.

Antojo de estimulantes y narcóticos, 33.

Cullen, Dr. C. R., observaciones de, 194.

Dabbs, Dr. G. H. R., caso de, 186.

Peligros del hábito del cloral, 202.

Davis, Dr. G. W., caso de, 171.

Muertes por cloral, 202.

Delmont, Dr. F., caso de, 194.

Delirio al abandonar el cloral, 200.

Dessau, Dr. S. Henry, caso de, 204.

De Quincey, confesiones de, 22, 33. preparación y cantidad usada por, 27.

Diabetes por consumo de morfina, 41, 46, 47. por consumo de cloral, 182.

Dieta en el tratamiento de la abstinencia de morfina, 138.

Aparato digestivo, efecto de los opiáceos sobre el, 34. del cloral sobre el, 180.

Diplopía por uso excesivo de morfina, 47.

Bebedores de la época actual, peculiaridades de, 17.

Domes, Dr. R. H., caso de, 198.

Ducha fría, usos de la, 131.

Polvo de Dover, 27.

Sueños, 19, 20.

Borrachos, uso del cloral por, 163.

Dispepsia en consumidores de opio, 34, 142.

Disnea en consumidores de cloral, 195.

Earle, Dr. C. Warrington, observaciones de, 24.

Electricidad en el tratamiento de los consumidores de opio, 62.

Elliot, Dr. Geo. F., caso de, 200.

Erupciones en consumidores de morfina, 37, 38.

Erisipela por inyección subcutánea de morfina, 74.

Ojos, efecto del uso prolongado de opiáceos sobre los, 47. del cloral sobre los, 197, 201.

Heces, en la morfinomanía, 36, 37.

Feltz & Ritter sobre la diabetes por cloral, 182.

Folsom, Dr. Norton, caso de, 113.

Formación de los hábitos de opio y morfina, 18, 31, 92.

Fowler, Dr. Geo. R., observaciones de, 84.

Francis, Dr. Sam'l W., caso de, 84.

Fry, Dr. Frank H., caso de, 172.

Jugo gástrico, efecto de los opiáceos sobre la secreción del, 34. catarro gástrico en consumidores de opio, 35.

Gley & Bernard-Claude, experimentos de, 92.

Graham, Dr. Arthur, caso de, 78.

Griswold, Dr., experimentos de, 97.

Hábito, el del opio, cómo se forma, 18.

Hemorroides en habituados a la morfina, 37.

Hemorragia por superficies mucosas en consumidores de cloral, 182, 201.

Cabello, caída del, en consumidores de opio, 40.

Ham, Dr. O. F., caso de, 185.

Harrington, Dr. H. L., caso de, 80.

Hábito del hachís, 206.

Hayne, Dr. A. P., observaciones de, 171.

Haywood, Dr. Burke, caso de, 198.

Pirosis en consumidores de morfina, 37.

Herpes zóster en consumidores de morfina, 40.

Holbrook, Dr. M. L., casos de, 153.

Houtz, Dr. J. A., observaciones de, 87.

Husted, Dr. N. G., caso de, 198.

Hutchinson, Dr. Wm. F., caso de, 132.

Ácido hidrocianico en el tratamiento del consumo de morfina, 137.

Inyección hipodérmica de morfina, 24, 30.

Histeria, cómo la modifican los opiáceos, 54.

Impactación de heces, 37.

Impotencia por uso prolongado de opiáceos, 43.

Inebriedez de los consumidores de morfina, 53.

Ingals, Dr. E. F., caso de, 79.

Inglis, Dr. T., caso de, 159.

Inyección de morfina en una vena, 75.

Locura por uso continuado de opiáceos, 52.

Insomnio, mejor remedio para el, 140.

Grado intelectual de los consumidores de opio, 25.

Ictericia por uso continuado de opiáceos, 35, 37, 38.

Jewell, Prof. J. S., observaciones de, 84.

Jones, Dr. N. Jasper, caso de, 163.

Jones, Dr. E., caso de, 76.

Kane, Dr. H. H., experimentos de, 95, 98.

Solución de morfina de Keyes, 72.

Keyser, caso de, 198.

Riñones, efecto del uso prolongado de opiáceos sobre los, 39, 46.

Kiernan, Dr. J. G., observaciones de, 192.

Kilpatrick, Dr. A. R., caso de, 204.

King, Dr. Willis P., caso de, 168.

Kinsman, Dr. D. N., caso de, 169.

Kirn, Dr. Ludwig, observaciones de, 187, 195.

Labbée, diabetes por cloral, 182.

Lactucarium, 138.

Lee, Dr. Benj., caso de, 175.

Leucorrea en consumidores de opio, 43, 141.

Levenstein, observaciones y experimentos de, 30, 42, 45, 47, 62, 106, 107, 182.

Lewis, Dr. Morris J., observaciones de, 183.

Lewis, Dr. R. F., caso de, 203.

Ligadura en la medicación subcutánea, 100.

Lobelia, 137.

Locomoción en consumidores de opio, 48.

Loose, Dr., observaciones de, 30.

Lupulina, 138.

Lusk, Prof. W. T., observaciones de, 94.

Propensión a mentir de los consumidores de opio, 52, 53.

Lyman, Prof. H. M., caso de, 154.

MacDonald, Dr. Carlos F., sobre el hábito del cloral, 152.

Malaria, síntomas de, en consumidores de opio, 34.

Mattison, Dr. J. B., observaciones de, 30.

Marsh, Dr. Madison, observaciones de, 44.

Maudsley sobre el cloral en la locura, 171.

McAllister, Dr. W. F., caso de, 30.

Casos y experimentos de la Medico-Chirurgical Society, 83, 98.

Meldon, Dr. Austin, caso de, 103.

Memoria, efecto del uso continuado de cloral sobre la, 170. del hachís sobre la, 211.

Menstruación en consumidores de morfina, 41, 142. en consumidores de cloral, 185.

Miller, F. H., caso de, 84.

Miller, J. A., caso de, 164.

Mente, efecto del uso prolongado de opiáceos sobre la, 49. del cloral sobre la, 165. del hachís sobre la, 211.

Morgan, Dr. Herbert M., observaciones de, 201.

Hábito de la morfina, el, 17. uso subcutáneo de, 24, 30, 145.

M'Rae, Dr. A. E., caso de, 193.

Murphy, Dr. W. Kirkpatrick, casos de, *Muscz volantes*, 47.

Sistema muscular, efecto del uso continuado de opiáceos sobre, 48. efecto del uso continuado de cloral sobre, 194.

Neal, Dr. W. A., caso de, 77.

Elemento nervioso, crecimiento de, 17, 18. sistema, condición de, en los consumidores de opio, 53. sistema, condición de, en los consumidores de cloral, 174.

Neuralgia por el uso prolongado de opiáceos, cloral, 174, 175.

«Pacientes» neurasténicos, peligro de usar narcóticos y estimulantes con, 31, 32.

Nordlin, Dr. J. H., observaciones de, 151. caso de, 185.

Nariz, enrojecimiento de, en los consumidores de opio, 39.

Nussbaum, Prof., caso de, 84.

«Observer», caso de, 85. Esófago, parálisis de, 180.

Hábito del opio, el, 17. fumado, 29. preparaciones de, 27.

Compresa, la fría, 131.

Parálisis por el uso continuado de cloral,

Park, Dr. Roswell, caso de, 170.

Parker, Prof. Willard, caso de, 94.

Parrish, Dr. Jos., observaciones de, 21,

Patología de los hábitos de opio y morfina,

Pepper, Prof. Wm., inyección intravenosa de leche, 87.

Diario de Pepys, extracto de, gs.

Experiencias personales de un ex-habituado al opio, 50.

Perrigo, Dr. James, caso de, 171.

Transpiración en los habituados al opio, 39.

Teoría de Pflueger sobre el menopause artificial, 42.

Fotofobia por el cloral, 197.

Médicos, cómo culparlos, 18.

Pollak, Dr., sobre el hábito del cloral, 155.

Pollock, Dr. C., caso de, 173.

Embarazo en las consumidoras de morfina, 43.

Preparaciones de opio comúnmente usadas, 27.

Conservantes para soluciones de morfina, 74.

Prevalencia del hábito del opio, 18.

Progenie, efecto del uso continuado de morfina sobre la, 44.

Pronóstico en la habituación al opio, 143. habituación al cloral, 202.

Púrpura hemorrágica por el uso excesivo de morfina, 35, 40.

Cantidad de opio y morfina usada por los habituados, 28.

Rapidez de absorción de la morfina, 98.

Reiman, Dr., observaciones de, 151.

Remondino, Dr. P. C., caso de, 203.

Respiración, efectos del cloral sobre la, 195.

Richardson, Dr. B. W., sobre el hábito del cloral, 156.

Roberts, Arthur, caso de, 89.

Dr. John, caso de, 183.

Schlaughenhausen, Dr., opiniones de, 151.

Schiile, observaciones de, 193, 198.

Seguin, Dr. E. C., caso de, 78.

Semen, condición del, en los habituados al opio, 45.

Sensación modificada por el uso prolongado de opiáceos, 41, 70.

Sexo de los habituados al opio, 25. consumidores de cloral, 150.

Órganos sexuales, efectos del uso continuado de opiáceos sobre los, 41.
efectos del uso continuado de cloral sobre los, 184.

Shettle, Dr. R. C., observaciones de, 194.

Shurtleef, Dr. G. A., observaciones de, 153.

Piel, efectos del uso continuado de opiáceos sobre la, 38, 71. del cloral sobre la, 187.

Sueño de los consumidores de morfina, 49.

Sleightholme, Dr. J. Pennock, caso de, oO.

Smith, Prof. A. A., sobre el hábito del cloral, 152.

Dr. Q. C., observaciones de, 164.

Dr. Nathan R., observaciones de, Gravedad específica de la orina en los consumidores de morfina, 46. consumidores de cloral, 183.

«Spectator», caso de, 85.

Esterilidad por el uso continuado de opiáceos, 42.

Estimulantes, 139.

Deposiciones, carácter de las, en la habituación al opio, 36.

Estranguria por el uso prolongado de opiáceos, 47.

Estramonio, 137.

Estricnia, 136.

Privación súbita, peligros de la, 127.

Síntomas de abstinencia de morfina, cloral, 200.

Taylor, Dr. Isaac E., 29.

Temperamento en los habituados al opio, 49.

Temperamento de los consumidores de cloral, 162.

Testículos, atrofia de los, 45.

Tétanos por inyecciones subcutáneas, 101.

Thomas, Prof. T. Gaillard, casos de, 31.

Thornley, Dr. J. G., uso del cloral en la insania, 152.

Tratamiento de los hábitos de opio y morfina, hábito del cloral, 200.

Tupper, Dr. Aug. M., caso de, 80.

Turnbull, observaciones de, 194.

Upham, Dr. W. R., caso de, 177.

Upshur, Dr. J. N., casos de, 184.

Órganos urinarios, efecto del uso continuado de opiáceos sobre los, 46.
efecto del uso continuado de cloral sobre los, 181.

Vaginismo por el uso continuado de opiáceos,

Trastornos vasomotores debidos al cloral,

Profeta Velado de Khorassan, 51.

Venas, punción de, por la aguja hipodérmica, 75. Vértigo en los habitua-
dos al cloral, 179.

Tenesmo vesical por la habituación al opio, 62.

Von Mering y Musculus, ácido urolórico, 183.

Washington, Dr., 29.

Webb, Dr. J. W. F., casos de, 184, 192.

Wells, Spencer, observaciones de, 194.

Wenger, Dr. E., caso de, 88.

Wilson, Dr. E. T., caso de, 78.

Wood, Alexander, 29.

Prof. H. C., casos de, 83.

sobre AS thir 212.

Woodling, Dr. M. E., caso de, 75.

Mn. PRESLEY BLAKISTON, 1012 Walnut Street, Filadelfia.

Cualquiera de los siguientes libros será enviado, franqueado de porte, al recibirse el precio, o se hallarán en el surtido de la mayoría de los librerías de los Estados Unidos y el Canadá.

SOBRE LIGEROS ACHAQUES. Su naturaleza y tratamiento.

Por Lionel S. Beale, m.p. 12mo mayor. Tela. Precio \$1.75.

Entre las naciones civilizadas un individuo perfectamente sano parece ser la excepción más bien que la regla; casi todos han experimentado muy frecuentes desviaciones, de una u otra especie, del estado saludable; en la mayoría de los casos estos desarreglos son ligeros, aunque quizá muestren síntomas muy graves, que necesitan un remedio sencillo pero rápido.

La lengua en la salud y en los ligeros achaques, Apetito, Náusea, Sed, Hambre, Indigestión, su naturaleza y tratamiento, Dispepsia, Estreñimiento y su tratamiento, Diarrea, Vértigo, Mareo, Biliosidad, Jaqueca, Neuralgia, Reumatismo, sobre el estado febril e inflamatorio, los cambios en la fiebre y la inflamación, formas comunes de ligera inflamación, Nerviosismo, Vigilia, Inquietud, etc., etc.

«Abunda en información y consejos, y está escrito para uso popular».— *Philadelphia Bulletin*.

«Singularmente claro y feliz».— *Sanitarian*. «Una obra valiosa para la biblioteca familiar».— *Boston Transcript*.

«Una obra rigurosamente práctica para lectores no profesionales así como médicos».— *Cincinnati Gazette*.

«Pertenece a esa clase de obras a las que corresponde alta recomendación».— *New Haven Palladium*.

«Un libro erudito, singularmente libre de tecnicismos, y casi tan valioso para los lectores generales como para los miembros de la profesión».— *Chicago Inter-Ocean*.

«Claro, práctico, y un valioso instructor y guía».— *Baltimore Gazette*.

«El consejo dado en cuanto al tratamiento es tan excelente, que ningún estudiante o joven practicante debería dejar de leerlo».— *Med. and Surgical Reporter*.

«En un sentido muy importante, un libro popular».— *Chicago Advance*.

«Un tratado admirable sobre los males menores a que la carne está sujeta».— *Springfield Republican*.

2 Presley Blakiston's

ENFERMEDAD DE BRIGHT. Cómo deben vivir las personas amenazadas o afligidas por esta enfermedad. Por J. F. Edwards, M.D. 16mo, 96 páginas. Tela. Precio 75 centavos.

El autor da, de manera amena, aquellas instrucciones relativas a la Higiene, el Vestido, la Alimentación, el Baño, etc., etc., que, llevadas a cabo, prolongarán la vida de quienes sufren de esta enfermedad, y cuya negligencia cuesta anualmente muchas vidas.

«Todos deberían leer este excelente librito, en el que el Dr. Edwards describe y define la enfermedad».— *Providence Journal*.

«Este librito está preparado, no en interés del médico, sino del enfermo».— *Louisville Christian Observer*.

«Una obra muy valiosa».— *New York Commercial Advertiser*.

«Escrito con sencillez, y debe ser de gran utilidad».— *Philadelphia Public Ledger*.

«Lo que debe hacerse y evitarse se muestra claramente, y la información comunicada es de interés general».— *Albany Journal*.

«Sencillo y directo».— *Baltimore Sun*.

«Un libro admirable y muy necesario».— *Catholic Mirror*, Baltimore.

«Un tratado notablemente hábil y útil sobre un asunto oscuro y vital».— *North American*.

«Debería ser leído con atención por todos».— *The Voice*, Albany, N. Y.

«Alienta al enfermo a la vez que lo instruye».— *Congregationalist*.

«Una obra inteligente».— *Toledo Blade*.

«Una clara exposición de algunas de las reglas de la vida, que asegurarán el más largo plazo de vida y la mayor medida de salud».— *Providence Press*.

«Un tratado satisfactorio».— *Indianapolis Sentinel*.

«De especial interés e importancia, y debería ser universalmente conocido».— *Lutheran Observer*.

«Será acogido con entusiasmo por miles de personas. La dolencia es de carácter peculiarmente insidioso, y puede afirmarse con confianza que este libro será muy valioso para los médicos así como para los legos. El libro está escrito en buen inglés sencillo, y con claridad».— *Stoddart's Review*.

«Instrucciones simples y prácticas que pueden obedecerse fácilmente».— *Bookseller and Stationer*.

«Nos complace llamar la atención sobre este volumen».— *Southern Churchman*.

«Las consideraciones presentadas en este pequeño volumen son de la mayor importancia».— *N. E. Journal of Education*.

«Este volumen se recomienda especialmente a aquellos en cuyo beneficio está escrito».— *Chicago Evening Journal*.

«Contiene gran cantidad de información útil».— *Rural New Yorker*.

«Los médicos, así como los legos, hallarán la obra interesante, y obtendrán muchas indicaciones valiosas sobre la higiene apropiada que debe observarse en esta enfermedad».— *Medical News*, Cincinnati.

«Para aquellos a quienes está destinado, este manual difícilmente puede dejar de ser un don del cielo».— *Buffalo Courier*.

ESTREÑIMIENTO. Tratado con sencillez y aliviado sin el uso de drogas. Por Joseph F. Edwards. 16mo. Tela. Precio 75 centavos.

Select List of Books. 3

EL MANEJO DE LOS NIÑOS en salud y enfermedad. Por la Sra. Amie M. Hale, m.p. Un libro para madres. Segunda edición. 12mo. Tela. Precio 50 centavos.

«En conjunto, es un libro que debería ponerse en toda canastilla de bebé, aunque se deje fuera algún adorno de encaje, y ciertamente debería estar sobre toda cómoda de cuarto de niños».— *Philadelphia Public Ledger*.

«Se distingue por el buen sentido, la sencillez y la utilidad en grado poco común».— *Boston Journal*.

«Admirables consejos de sentido común, que las madres harían bien en tener».— *Southern Churchman*.

«Contiene instrucción invaluable».— *Evening News*, Detroit.

«La importancia de este libro no puede sobreestimarse».— *N. E. Journal of Education*.

«Una obra para madres, llena de sabiduría».— *Congregationalist*.

«Debe ser el medio de salvar muchas vidas jóvenes».— *Philadelphia Inquirer*.

«Abunda en información valiosa».— *Therapeutic Gazette*.

«Decididamente un libro para madres, y no puede dejar de ser útil a todos los que lo lean».— *Indiana Farmer*.

«Admirablemente simple, claro, sensato y seguro en sus enseñanzas».— *Friends' Review*.

«Debería estar sobre toda mesa de familia».— *Nashville Journal of Med. and Surg.*

HIGIENE BÍBLICA; o, Advertencias sobre la salud. Por un médico. Este libro ha sido escrito, primero, para ¹⁹²impartir en forma popular y conden-

sada los elementos de la Higiene. Segundo, para mostrar cuán variadas e importantes son las Advertencias sobre la salud contenidas en la Biblia, y tercero, para probar que las tendencias secundarias de la filosofía moderna corren en dirección paralela a la luz primaria de la Biblia. 12mo. Tela. Precio \$1.25.

«El anónimo autor inglés de este volumen ha escrito un libro decididamente ameno y saludable».— *Philadelphia Press*.

«El tratamiento científico del asunto está muy a la altura de los tiempos presentes, y es tan claro y libre de tecnicismos innecesarios que lectores de todas las clases podrán leerlo con satisfacción y provecho».— *Edinburgh Medical Journal*.

SALUD Y HOGARES SALUDABLES. Una guía de higiene personal y doméstica. Por George Wilson, M.A., M.D., Oficial Médico de Salud. Editado por Jos. G. Richardson, Profesor de Higiene en la Universidad de Pensilvania. 12mo. Tela. 314 págs. Precio \$1.50.

I. Introducción. 17 VI. Ejercicio, recreación y II. El cuerpo humano, 33 entrenamiento, 187

III. Causas de enfermedad, 66 VII. El hogar y sus alrede-

IV. Alimento y dieta, 119 dores, drenaje, calefac-

V. Limpieza y vestido, 169 ción, etc., 171

VIII. Enfermedades infecciosas y su prevención, 269

«Un libro muy útil y, en todo sentido, aceptable».— *New York Herald*.

4 Presley Blakiston's

LOS PRIMEROS MANUALES AMERICANOS DE SALUD. Editados por W. ay Keen, M.D. Encuadernados en tela. Precio 50 centavos cada uno.

Los doce volúmenes, en elegante estuche de tela, \$6.00.

I. El oído y cómo conservarlo. Con ilustraciones. Por Chas. H. Burnett, M.p., de Filadelfia, aurista del Presbyterian Hospital, etc.

II. La larga vida, y cómo alcanzarla. Por J. G. Richardson, M.D., de Filadelfia, Profesor de Higiene en la Universidad de Pensilvania.

III. El verano y sus enfermedades. Por James C. Wilson, M.D., de Filadelfia, profesor de diagnóstico físico en el Jefferson Medical College.

IV. La vista, y cómo cuidarla. Con ilustraciones. Por George C. Harlan, M.D., de Filadelfia, cirujano del Wills (Eye) Hospital.

V. La garganta y la voz. Con ilustraciones. Por J. Solis Cohen, m.p., de Filadelfia, profesor de enfermedades de la garganta en el Jefferson Medical College, etc.

VI. El invierno y sus peligros. Por Hamilton Osgood, M.D., de Boston, redacción del *Boston Medical and Surgical Journal*.

VII. La boca y los dientes. Con ilustraciones. Por J. W. White, M.D., D.D.S., de Filadelfia, editor del *Dental Cosmos*.

VIII. Trabajo cerebral y exceso de trabajo. Por H. C. Wood, Jr., M.D., de Filadelfia, profesor clínico de enfermedades nerviosas en la Universidad de Pensilvania, etc.

IX. Nuestros hogares. Con ilustraciones. Por Henry Hartshorne, M.D., de Filadelfia, antiguo profesor de Higiene en la Universidad de Pensilvania.

X. La piel en la salud y en la enfermedad. Por L. D. Bulkley, M. D., de Nueva York, médico del Departamento de Enfermedades de la Piel del Demilt Dispensary y del New York Hospital.

XI. Aire de mar y baños de mar. Por John H. Packard, M. D., de Filadelfia, cirujano del Episcopal Hospital.

XII. Higiene escolar e industrial. Por D. F. Lincoln, M. D., de Boston, Mass., presidente del Departamento de Salud de la American Social Science Association.

Esta serie de American Health Primers está preparada para difundir, del modo más amplio y económico posible, entre todas las clases, el conocimiento de los hechos elementales de la Medicina Preventiva, y las rela-

ciones y aplicaciones de las investigaciones más recientes y mejores en cada rama de la Ciencia Médica e Higiénica. No están destinados (salvo incidentalmente) a ayudar a curar la enfermedad, sino a enseñar a las gentes cómo cuidar de sí mismas, de sus hijos, alumnos, empleados, etc.

Están escritos desde un punto de vista americano, con especial referencia a nuestro clima, legislación sanitaria y modos de vida; y en estos respectos diferimos materialmente de otras naciones.

Los temas escogidos son de importancia vital y práctica en la vida cotidiana y están tratados en un estilo tan popular como lo consiente su naturaleza.

Cada volumen, si el tema lo requiere, está profusamente ilustrado, de modo que el texto pueda ser clara y fácilmente comprendido por cualquiera que hasta ahora haya ignorado por completo la estructura y funciones del cuerpo. Siendo el objeto proporcionar al lector general o no científico, en forma compacta y a bajo

precio, guías fidedignas para la prevención de la enfermedad y la conservación del cuerpo y de la mente en un estado saludable.

Los autores han sido escogidos con gran cuidado, y por su especial idoneidad, cada uno para su tema, en razón de su previo estudio cuidadoso del mismo, ya en privado, ya como maestros públicos.

«A medida que cada pequeño volumen de esta serie ha llegado a nuestras manos, hemos hallado cada uno a su vez práctico y bien escrito».—New York School Journal.

«Este es el volumen núm. 5 de los American Health Primers, cada uno de los cuales ha tenido The Inter-Ocean el placer de elogiar. Por sus enseñanzas prácticas, su saber y su sólido sentido, estos volúmenes son dignos de todos los cumplidos que han recibido. Enseñan lo que todo hombre y toda mujer deberían saber, y sin embargo lo que las nueve décimas partes de la clase inteligente ignoran, o a lo sumo no conocen sino a medias».—Chicago Inter-Ocean.

«La serie de American Health Primers, editada por el Dr. Keen, de Filadelfia, y publicada por Presley Blak¹⁹⁵ston, merece caluroso encomio. Es-

tos manuales de sugerencias prácticas están preparados por hombres cuya competencia profesional está fuera de toda duda, y, en su mayor parte, por aquellos que han hecho del tema tratado el estudio específico de su vida.

Tal era el pequeño manual sobre la Audición, compilado por un conocido otólogo, y ahora tenemos un tratado compañero, en La vista y cómo cuidarla, por el Dr. George C. Harlan, cirujano del Wills Eye Hospital. El autor ha logrado hacer su tema inteligible e incluso interesante para los jóvenes mediante una juiciosa evitación del lenguaje técnico y la ocasional introducción de alusiones históricas. Su método sencillo y feliz de tratar un asunto difícil es manifiesto en la discusión de los diversos defectos ópticos, tanto congénitos como adquiridos, y de aquellas lesiones y enfermedades por las cuales la vista puede ser menoscabada o perdida.

Somos de la opinión de que esta pequeña obra resultará de especial utilidad a los padres y a todas las personas encargadas del cuidado de los ojos».—New York Sun.

«La serie de American Health Primers (ahora enteramente completa) presenta un amplio cuerpo de sólidos consejos sobre diversos temas, en una forma a la vez atractiva y provechosa. Los distintos autores parecen acertar con el feliz término medio entre lo demasiado técnico y lo demasiado popular. Aconsejan de un modo general, sin hablar de manera que hagan a sus lectores empezar a tomarse el pulso, o a componerse el cuerpo sin consejo médico».—Sunday-school Times.

«Trabajo cerebral y exceso de trabajo. Por el Dr. H. C. Wood, profesor clínico de enfermedades nerviosas en la Universidad de Pensilvania. Este es otro volumen de los admirables Health Primers, publicados por Presley Blakiston. Para las gentes de ciudad resultará la obra más valiosa de la serie.

Da, en forma condensada y práctica, justamente aquella información que es de tan vital importancia para los hombres sedentarios. Trata todo el asunto del trabajo cerebral y el exceso de trabajo, del descanso, y de la recreación y el ejercicio de un modo llano y práctico, y sin embargo con

la autoridad de un conocimiento completo y científico. Ningún hombre que estime su salud y su capacidad de trabajo debería dejar de proveerse de este valioso librito».—State Gazette, Trenton, N. J.

QUÉ HACER PRIMERO en los accidentes y envenenamientos. Por Charles W. Dulles, M. D. Ilustrado. 18vo. Tela. Precio 50 centavos.

Quien haya visto cuán inestimable, en presencia de un accidente, es el hombre o la mujer de cabeza serena, mano firme y algún conocimiento de lo que mejor debe hacerse, no dejará de apreciar la conveniencia de poseer estas cualidades. Para tenerlas en una emergencia es preciso adquirirlas antes de que esta surja, y es con la esperanza de ayudar a quienes deseen prepararse para tales exigencias de sus propios recursos que se han reunido las siguientes sugerencias.

«De especial valor práctico, y lo recomendamos a todos».—Lutheran Observer.

«Debería estar en manos de todo el mundo».—Times, Filadelfia.

«Su utilidad le da derecho a una circulación amplia y permanente».—Boston Gazette.

«Justamente lo que se necesita para una emergencia».—Portland Transcript.

«De gran valor práctico para el público».—Wisconsin State Journal.

«Una guía completa para las emergencias súbitas».—Philadelphia Ledger.

«Tan llano y sensato que debería introducirse en todo seminario femenino».—Evening Chronicle, Pittsburgh.

«Las sugerencias son de valor inapreciable».—The Traveler, Boston.

«El libro es inestimable».—Providence Press.

«Una valiosa adición a la biblioteca doméstica».—Boston Transcript.

«Merece una venta extensa».—St. Louis Courier of Medicine.

«Este es un librito sumamente útil y bien ordenado».—North American.

«Las instrucciones de este librito son necesarias y oportunas».—Christian Secretary.

«Contiene una variedad de sugerencias prácticas de las que ningún hogar puede prescindir».—Contributor, Boston.

LA VISTA, BUENA Y MALA. La conservación de la visión.

Por Robert Brudenell Carter, M. D., F. R. C. S. Con muchas ilustraciones explicativas. 12vo. Tela. Precio \$1.50.

Gran parte del tiempo de todo cirujano oftálmico se ocupa, día tras día, en repetir a pacientes sucesivos preceptos y advertencias que deberían ser universalmente conocidos y comprendidos. Las páginas siguientes contienen un esfuerzo por hacer estos preceptos y advertencias, y las razones de ellos, claramente inteligibles para aquellos que más interesados están en su observancia.

«Un libro muy valioso, y debería estar en manos de todo el mundo».—North American.

«Un libro valioso para todos los interesados en el mejor uso y conservación de la visión».—N. E. Journal of Education.

«Un volumen compacto, lleno de información para todas las clases de personas.»—Bookseller and Stationer.

«Un tratado completo, bien calculado para educar al público.»—Kansas City Review.

«Da excelentes consejos.»—Chicago Journal.

«Para los maestros particularmente el libro es de interés e importancia.»—Educational Weekly.

SOBRE LOS DOLORES DE CABEZA. Sus causas y curación. Por Henry G. Wright, M.D. Noveno millar. 16mo. Tela. Precio 50 centavos.

SOBRE LA SORDERA, LOS VAHÍDOS y los Ruidos en la Cabeza. Por Ed. Woakes, M.D. Ilustrado. 2.^a edición. 12mo. Tela. Precio \$2.50.

HIGIENE Y CIENCIA SANITARIA. Un manual completo. 4.^a edición revisada. Contiene capítulos sobre Salud Pública, Alimentos, Aire, Ventilación y Calefacción, Agua, Análisis de Aguas, Viviendas, Hospitales, Evacuación, Purificación, Utilización de Aguas Residuales y Efectos sobre la Salud Pública, Drenaje, Epidemias, Deberes de los Oficiales Médicos de Salud, etc. Por Geo. Wilson, M.A., M.D. 12mo. Tela. Precio \$2.75.

«Un libro sólido, de un escritor muy competente.»—London Lancet.

ANÁLISIS DE AGUAS para fines sanitarios, con indicaciones para la interpretación de los resultados. Por E. Frankland, PH.D., D.C.L. Ilustrado. 12mo. Tela. Precio \$1.00.

«El nombre del autor es un testimonio suficiente de su exactitud y su valor práctico.»—Boston Journal of Chemistry.

CÓMO ENSEÑAR QUÍMICA. Siendo seis conferencias a maestros de ciencia. Ilustrado. 12mo. Tela. Precio \$1.25.

EL ARTE DE LA PERFUMERÍA. Los métodos para obtener los olores de las plantas e instrucciones para la fabricación de perfumería, dentífricos, jabón, etc. etc. Por G. W. Septimus Piesse. 4.^a edición aumentada. 366 ilustraciones. 8vo. Tela. Precio \$5.50.

AGUA POTABLE. Cómo formar un juicio sobre la aptitud del agua para fines de bebida. Por Charles Ekin. 12mo. Precio 75 centavos.

BALNEARIOS DE Europa, Asia y África. El resultado de las propias observaciones del autor durante varios años de viajes de salud en muchas tierras. Por T. M. Madden, M.D. 8vo. Tela. Precio \$2.50.

EL OCÉANO COMO BALNEARIO. Un manual de información práctica sobre los viajes por mar. Para uso de inválidos y turistas. Por Wm. S. Wilson, M.D. Ilustrado con una carta que muestra las rutas oceánicas de los vapores y la geografía física del mar. 12mo. Tela. Precio \$2.50.

CASAS DE VIVIENDA y sus disposiciones y construcción sanitarias. Por W. H. Corfield. Ilustrado. 12mo. Tela. Precio \$1.25.

DRENAJE PARA LA SALUD. Lecciones fáciles de ciencia sanitaria. Por Joseph Wilson, M.D. Ilustrado. 8vo.¹⁹⁰ Tela. Precio \$1.00.

Alimento. Por Cornelius B. Fox, M.D. 94 grabados. 12mo. Tela. Precio \$4.00.

NUTRICIÓN EN SALUD Y ENFERMEDAD. Una contribución a la higiene y a la medicina. 3.^a edición. Por J. Henry Bennett, M.D. 8vo. Tela. Precio \$2.50.

HIGIENE Y CLIMA en el tratamiento de la tisis. 3.^a edición. Por J. Henry Bennett, M.D. 8vo. Tela. Precio \$2.50.

HIGIENE PRÁCTICA. Un manual completo para oficiales médicos militares y civiles, juntas de salud, ingenieros y sanitarios. 5.^a edición. Con muchas ilustraciones. Por Ed. A. Parkes, M.D. 8vo. Tela. Precio \$6.00.

HIGIENE Y FISIOLOGÍA VOCAL. Con referencia especial al cultivo y conservación de la voz. Para cantantes y oradores. Con grabados. Por Gordon Holmes, M.D. 12mo. Tela. Precio \$2.00.

QUÍMICA, INORGÁNICA Y ORGÁNICA. Con experimentos y una comparación de fórmulas equivalentes y moleculares. 295 grabados. Por C. L. Bloxam. 4.^a edición de Londres revisada. 8vo. Tela. Precio \$4.00.

NOTAS PARA ESTUDIANTES DE QUÍMICA. Compiladas de Fowne y otros manuales. Por Albert J. Bernays, PH.D. 6.^a edición. 16mo. Tela. Precio \$1.25.

Sintética, descriptiva y analítica. 2.^a edición, completamente reorganizada y revisada. Por John Muter, M.A., M.D. Royal 8vo. Tela. Precio \$6.00.

MANUAL DE QUÍMICA MODERNA, orgánica e inorgánica. Por C. Meymott Tidy, M.D. 8vo. 600 páginas. Tela. Precio \$5.00.

UN ABC DE LA QUÍMICA. Incluyendo el análisis. Por Arthur Vacher. 82mo. Tela. Precio 50 centavos.

ANÁLISIS ORGÁNICO COMERCIAL. Siendo un tratado sobre las propiedades, el examen analítico inmediato y los modos de ensayar los diversos productos químicos orgánicos y preparaciones empleados en las artes, manufacturas, medicina, etc. 8vo. Tela. Precio \$3.50.

SOBRE LOS HOSPITALES Y LAS SALAS DE PAGO en todo el mundo. Hechos en apoyo de una reorganización del sistema de asistencia médica. Por Henry C. Burdett. 8vo. Tela. Precio \$2.25.

HOSPITALES DE ALDEA; su origen, progreso y administración. 2.^a edición, aumentada e ilustrada. Por Henry C. Burdett. \$4.50.

DEFECTOS DE LA VISTA Y DEL OÍDO; su naturaleza, causas y prevención. Por T. Wharton Jones, F.R.S. 2.^a edición. 12mo. Tela. Precio 50 centavos.

DIGESTIÓN IMPERFECTA; sus causas y tratamiento. Por Arthur Leared, M.D., F.R.C.P. 6.^a edición. 12mo. Tela. Precio \$1.50.

COMPENDIO DE MEDICINA DOMÉSTICA, y compañero del botiquín. Por Savory y Moore. Ilustrado. 12mo. Tela. Precio 50 centavos.

CÓMO TRABAJAR CON EL MICROSCOPIO. Un manual completo de manipulación microscópica. Contiene descripciones completas de todos los nuevos procesos de investigación, con instrucciones para examinar objetos bajo los mayores aumentos y para fotografiar objetos microscópicos. Por Lionel S. Beale, M.D. 5.^a edición, aumentada y con más de 400 ilustraciones, muchas de ellas coloreadas. 8vo. Tela. Precio \$7.50.

MONTAJE MICROSCÓPICO. Un manual completo, con notas sobre la colección y examen de objetos. Por Jno. H. Martin. 2.^a edición. Con 150 ilustraciones. 8vo. Tela. Precio \$2.75.

CORTE DE SECCIONES. Una guía práctica para la preparación y montaje de secciones para el microscopio. Por Sylvester Marsh. Ilustrado. 16mo. Tela. Precio 75 centavos.

EL MICROSCOPIO EN LA MEDICINA PRÁCTICA. Con instrucciones completas para examinar, preparar e inyectar objetos, las diversas secreciones, etc. Por Lionel S. Beale, M.D. 4.^a edición. 500 ilustraciones. 8vo. Tela. Precio \$7.50.

AIRE DE MAR Y BAÑOS DE MAR; su influencia sobre la salud. Una guía para visitantes en la costa. Por Chas. Parsons, M.D. 18mo. Tela. Precio 60 centavos.

Colofón

Edición digital preparada por Pevgrow para su Biblioteca de cannabis.

Texto original: H. H. Kane, *Drugs that Enslave: the opium, morphine, chloral and hashisch habits*, 1881. Obra en dominio público.

Fuente del original: Internet Archive.

Esta traducción se distribuye bajo licencia CC BY 4.0. Puedes copiarla, adaptarla y redistribuirla citando «Biblioteca Pevgrow».

Generado el 2026-10-25.