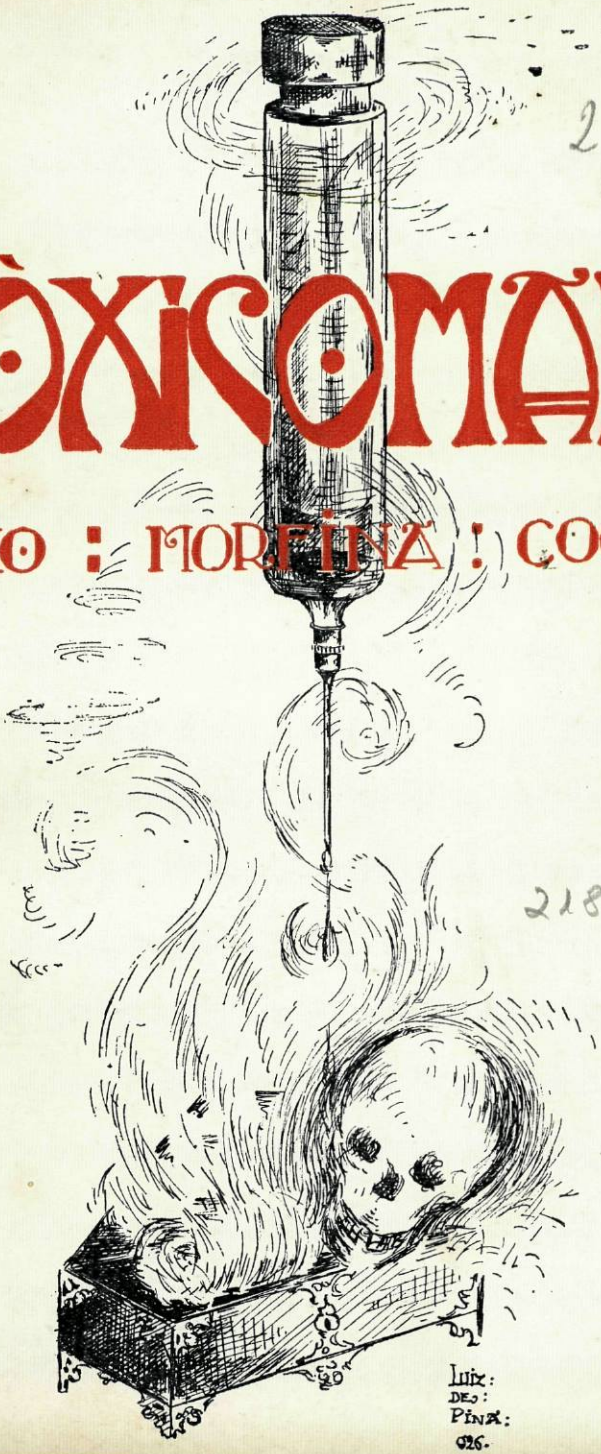
J. A. MARQUES DA SILVA

IV
248
4

TOXICOMANIA

ÓPIO : MORFINA : COCAÍNA



218/4 FMD

TÒXICOMANIA

JOSÉ AUGUSTO MARQUES DA SILVA

248

Tòxicomania

ÓPIO — MORFINA — COCAÍNA

(Contribuïção para o seu estudo clínico e social)

TESE DE DOUTORAMENTO

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

Maio de 1926

VILA-NOVA-DE-FAMALICÃO
Tip. «MINERVA», de Cruz, Sousa & Barbosa, L.da
Avenida Barão de Trovisqueira

Faculdade de Medicina do Porto

DIRECTOR

Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães

SECRETÁRIO

Dr. Hernani Bastos Monteiro

CORPO DOCENTE

Higiene	Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior
Patologia geral	Dr. Alberto Pereira Pinto d'Aguiar
Patologia cirúrgica	Dr. Carlos Alberto Lima
Dermatologia e sifiligrafia	Dr. Luís de Freitas Viegas
Terapêutica geral	Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
Anatomia patológica	Dr. António Joaquim de Sousa Júnior
Clínica médica	Dr. Tiago de Almeida
Anatomia descritiva	Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
Clínica cirúrgica	Dr. Alvaro Teixeira Bastos
Psiquiatria	Dr. António de Sousa Magalhães Lemos
Medicina legal	Dr. Manuel Lourenço Gomes
Histologia e embriologia	Dr. Abel de Lima Salazar
Pediatria	Dr. António de Almeida Garrett
Patologia médica	Dr. Alfredo da Rocha Pereira
Bacteriologia e doenças infecciosas	Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão
Anatomia cirúrgica	Dr. Hernani Bastos Monteiro
Clínica obstétrica	Dr. Manuel António de Morais Frias
Fisiologia geral e especial	Vaga
Farmacologia	Vaga
Parasitologia e doenças parasitárias	Vaga

PROFESSORES JUBILADOS

Dr. Pedro Augusto Dias
Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação.

Art. 15.º § 2.º do *Regulamento Privativo da Faculdade de Medicina do Porto*, de 3 de Janeiro de 1920.

A' saüdosa memória
de meu

Pai

e de meus Irmãos

Antônio e Augusto

A minha Mãe

Em testemunho do grande amor filial.

Ao meu bom Irmão

Padre Manuel

Sem ti nada seria hoje. Por tudo, a minha eterna gratidão.

A meus Irmãos

e

A minhas Irmãs

Um grande abraço.

AO GRANDE PSIQUIATRA

e

SÁBIO MESTRE

Dr. António de Sousa Magalhães Lemos

Homenagem do aluno
reconhecido.

Prefácio

« Chaque génération a la responsabilité de la génération qui la suit. »

GRASSET.

Fômos levados a escolher êste assunto, de preferência a muitos outros, por vários motivos:

1.º Porque supusemos prestar um alto serviço à sociedade, procurando vulgarizar a questão, tão palpitante e que entre nós está tomando um interêsse capital, a **Tòxicomania,** fazendo desenrolar diante dos seus olhos o estendal de misérias onde se condensa o maior número de calamidades que afligem os povos e os flagelam;

2.º Porque êste tema tem sido bastante desprezado entre nós, a-pesar-de actualmente ninguém duvidar que em Portugal exista tal calamidade;

3.º Finalmente porque, vindo nós desde há anos acompanhando em estudo uma tòxicómana,

mais ainda nos foi despertado o interêsse por êste tema. E' um assunto vastíssimo e sôbre o qual se poderia escrever algumas centenas de páginas, mas que, àlém de não caberem nos limites de uma simples tese, a bagagem scientífica de um principiante não possuïria elementos para o fazer.

Estamos convencidos de que êste nosso trabalho, àlém de modesto, saïrá cheio de aleijões e muitas faltas, que afinal só justificam a deficiência do nosso saber, que em nada corresponde ao alto ensinamento dos nossos mestres.

Dividimo-lo em duas partes: **Morfinomania** e **Cocaïnomania.** Adicionamos à primeira a **Opiomania,** não só porque o **ópio** e a **morfina** são produtos da mesma origem e os sintomas por êles provocados no organismo humano são mais ou menos aprôximados, mas também porque esta última psicose se encontra muito em voga não só no Oriente, onde a freqüência é extrema, mas ainda em muitos portos do Mediterrâneo e nas grandes cidades da Europa e da América.

E' certo que não se limita a estes tóxicos o grande capítulo da Psiquiatria. O alcoolismo e o tabajismo, muitíssimo espalhados entre nós, trazem também as suas conseqüências funestas. Sendo o alcoolismo um dos factores que entre

nós mais predispõe para as duas psicoses que aqui vimos tratar, não nos propômos todavia desenvolver êste assunto, não só por ser muito vasto, mas ainda por ser uma questão sôbre a qual alguma coisa se tem feito, não obstante haver muitíssimo ainda a fazer, para debelar êste terrível mal que grassa intensamente no nosso país, e que por si só, ou acompanhado destas novas ***tòxiendemias,*** *é uma das causas principais da despopulação, da degenerescência, da criminalidade e da loucura.*

Antes de concluir, desejamos apresentar ao Senhor Prof. Dr. António de Magalhães Lemos os nossos respeitosos agradecimentos, não só pela honra que nos dá em ser o nosso mui digno presidente de tese, mas também pelas preciosas indicações e sôma de conhecimentos que afenciosamente nos forneceu.

Resta-nos ainda agradecer aos Senhores Drs. Melo Viana, José de Magalhães e José Baía, as muitas atenções que lhes não merecemos, e aos colegas Fernando Fernandes e Luís de Pina o valioso auxílio que nos prestaram.

Porto, Maio de 1926.

J. A. Marques da Silva.

PRIMEIRO CAPÍTULO

Opiomania e Morfinomania

RESUMO HISTÓRICO E DEFINIÇÃO

«Les causes les plus actives des dégénérescences dans l'espèce humaine, sont celles qui s'attaquant directement et frequemment au cerveau, produisent des délires spéciaux, et placent périodiquement celui qui en fait usage dans les conditions d'une folie momentanée.»

MOREL.

Estas duas psicoses devem a sua origem ao uso longamente continuado do *ópio* e da *morfina*.

O *ópio* é um suco que corre das incisões feitas nas cápsulas de uma certa espécie de papoilas, quando se aproximam da maturação. E' a papoila branca, *papaver somniferum album* de Lineu, que o fornece. A papoila do *ópio* tem quási completamente emigrado para a Ásia. O clima que mais lhe convém, é o das regiões temperadas, húmidas até ao momento da colheita; os grandes calores estiolam a

planta, que resiste melhor ao frio. A sua haste, ramificada quási desde o solo, atinge 1m,20 a 1m,60 de altura, e produz em média, dois a cinco frutos. A floração tem lugar de Maio a Julho. No período da maturação, pratica-se sôbre as cápsulas uma incisão donde corre o látex, e que se repete de quinze em quinze dias até ao seu completo esgotamento.

Êste suco, branco, de sabor amargo, toma ao contacto do ar uma côr acastanhada.

E' o *ópio*. O nome pelo qual se designa o suco da papoila nos diferentes países do Oriente, parece confirmar a sua origem europeia. O nome grego *opion*, que quere dizer suco, deu lugar ao *ufuin* dos árabes, *afioun* dos turcos, *affion* dos persas, *opium* dos javaneses, e emfim ao *yapien* dos chineses.

Os antigos conheciam já as propriedades notáveis da papoila do *ópio*, que crescia em abundância nas margens do Mediterrâneo. Foi com efeito cultivada na costa septentrional da África, e Tebas fornecia o mundo antigo da qualidade de *ópio* a mais apreciada; a expressão *extracto tebaico*, sôbre a qual se designa ainda o extracto de *ópio*, conserva-nos a recordação desta origem longinqua. No dizer de Deodoro da Sicília, em Tebas o uso da papoila era espalhadíssimo para acalmar as dôres físicas e morais.

Tebas fabricava e exportava o veneno narcótico para todas as partes onde se estendia o seu co-

mércio. Todos os livros de medicina antiga relatam as propriedades hipnóticas e sedativas do *ópio*. A fábula, que tudo poetisa, também reservou um capítulo ao *ópio*, o que indica que o suco da papoila era apreciado pelos mesmos motivos por que os modernos toxicómanos o teem exaltado.

A papoila era o ornamento de Morfeu, criador do sonho, e daqui, por puro helenismo, o seu alcalóide se veio a chamar *morfina*.

Os médicos árabes reservavam igualmente ao suco da papoila o lugar de honra no arsenal terapêutico. Sydenham, no século XVII, declarou-o como o mais eficaz e o mais universal dos remédios. E' de acreditar que a droga fôsse importada para a Pérsia na idade-média, pelos nómadas árabes expostos a morrer de fome e sêde nas suas caravanas através do deserto. Para acalmar os seus sofrimentos, costumavam absorver certos extractos vegetais, nomeadamente o *ópio*. Da Pérsia, pode-se afirmar que o produto passou para as Índias, e de lá para a China, por intermédio dos habitantes do país de Assam, não obstante alguns afirmarem ser êste último país o berço da cultura da papoila. Como quer que seja, o imenso território chinês é actualmente consagrado quási exclusivamente a esta cultura, onde está organizada na mais vasta escala.

O *ópio* não apareceu na flora chinesa senão numa época relativamente recente, e chega-se a crer

que fôsse importado pelos árabes quando estes penetraram em 1763 no Império chinês. Não foi, todavia, senão na primeira metade do século XIX que a cultura da papoila se espalhou largamente. Uma das províncias onde a cultura se desenvolveu mais ràpidamente, foi o *Yunnan*, chegando mesmo a destronar outras boas fontes de riqueza desta província. E' daqui que vem o *ópio* mais afamado. Em 1908 a China produziu 28 milhões de quilogramas de *ópio*, sendo pois, não obstante as medidas proïbitivas tomadas pelos governos, a nação mais produtora de *ópio*.

Os cultivadores fabricam com o látex pães de 300 gramas a 1 quilograma, envolvem-nos em fôlhas de papoila e entregam-nos aos negociantes, que os põem no mercado.

Neste suco assim preparado, produto muito complexo, encontram-se misturados ácidos orgânicos, sais, resinas, gorduras, gomas, *caulchouc* e substâncias neutras. Êste *ópio* bruto não pode ser consumido sem uma prévia preparação. O *ópio* fervido e fermentado dá lugar ao *chandoo*, isto é, ao *ópio* próprio para ser fumado.

Durante esta preparação, o *ópio* perde o seu aroma especial, expulsa o seu princípio volátil e elimina as impurezas que alteram as suas qualidades plásticas. Assim separado do seu *caulchouc*, das resinas, da celulose, das gomas e de um excesso

de *narcotina* e *narceína*, é colocado em caixas, esterilizado e vendido aos consumidores. Exactamente como o vinho, envelhecendo torna-se melhor e adquire um perfume suave e penetrante. Há *ópios* de boa marca, como há vinhos de grande fama; e assim como um paladar delicado não dá a primazia ao vinho que tem mais alcool, também um fumador experimentado não dá a preferência ao *ópio* que é mais rico em *morfina*.

As qualidades inferiores são, pois, as que encerram mais *morfina* e são por conseqüência as mais nefastas. Assim, a proporção dêste alcalóide no *ópio* de Bénares é de 6 a 8 %, no de Yunnan é de 9,5 %, e todavia o primeiro é muito mais apreciado pelos conhecedores e portanto mais procurado e mais bem pago que o segundo. Bénares tornou-se o centro reputado da produção de um *ópio* de qualidade superior.

A maior parte da produção é consumida pela China; o resto, é em parte utilizado nos próprios lugares pelos indígenas, e em parte expedido para o Ceilão, Java e outras partes do mundo, principalmente para a América.

Dos alcalóides do *ópio*, três são hipnotizantes: *morfina*, *codeína* e *narceína*; e três são convulsivantes: *tebaína*, *papaverina* e *narcotina*.

E' à combinação entre estes diferentes alcalóides e às suas quantidades proporcionais, diferindo

segundo as espécies, que o *ópio* deve as suas qualidades particulares. Estes mesmos alcalóides são tóxicos a graus diversos. A *tebaína* é pouco tóxica.

E' ela que produz, isolada, um estado de alegria acompanhada de uma embriaguez ligeira. Agrupam-se na classe dos analgésicos: a *morfina*, a *narceína*, a *tebaína*, a *papaverina* e a *codeína*. Apresentam todos propriedades narcóticas, mas muito principalmente a *morfina*.

Sendo todavia a mais activa entre os analgésicos e os narcóticos, mas sendo também a mais tóxica, a *morfina*, na realidade, confere ao *ópio* as suas qualidades essenciais.

Eis porque, em medicina, podemos muitas vezes substituí-la ao *ópio*. São tão variadas as formas sob que o *ópio* é preparado, como variados são os modos de que os indivíduos se servem dêle.

O *ópio* bruto é ingerido quer simples, quer misturado com cera ou outras matérias inertes; é muito usado, sob esta forma, pelos *opiófagos* do Oriente. A Índia é um dos países do mundo onde se consome mais *ópio*, porque é um daqueles onde êle é mais ingerido. Os *opiófagos* encontram-se todavia espalhados por todos os pontos do globo. Segundo E. Martin, foram os árabes os primeiros que se serviram do *ópio* como excitante. Os povos nómadas vivendo sob um clima tórrido, tendo de percorrer vastos desertos, expostos a passar fome,

notaram que o suco da papoila constituía um tónico capaz de reavivar as fôrças. Utilizaram-no, e o hábito principiou a generalizar-se.

A maior parte dos indivíduos que fazem um uso exagerado e muito continuado do *ópio*, são em breve acometidos de um desejo imperioso e de uma tendência irresistível para êste tóxico. E' a *òpiomania*. Ela é extremamente espalhada nas regiões orientais, onde a droga é ora ingerida, ora fumada, e, conforme os indivíduos se submetem a uma ou outra prática, assim entram na classe dos *opiófagos*, ou na dos fumadores de *ópio*. Os *opiófagos*, extremamente espalhados na Turquia e na Ásia ocidental, absorvem o veneno sob a forma de pílulas, tendo a cera por excipiente. Êste vício não se encontra muito espalhado na Europa. Todavia os bebedores de *láudano* (vinho de ópio composto) não são raros em alguns países do Velho Continente, principalmente na Inglaterra, onde o seu abuso faz pagar um pesado tributo aos operários das fábricas.

Mas muito mais numerosos são os povos que fumam o *ópio*. Da Pérsia, donde é originário, êste hábito nefasto invadiu pouco a pouco a Índia, o Tonkin, o Annan, o Sião, a China, etc. Em contacto das populações indígenas, os europeus (funcionários civis, marinheiros, soldados, etc.) adoptaram ràpidamente êste novo método de envenenamento, e na sua volta das colónias implantaram-no nas suas pátrias.

Assim se explica o aparecimento crescente das casas onde se fuma o *ópio*, e que se descobrem hoje nos grandes portos do Oceano e do Mediterrâneo.

Conhece-se mal ainda o mecanismo desta variedade de intòxicação. Os sintomas a que dá lugar a *òpiomania*, são sensìvelmente os mesmos que os da *morfinomania*. Todavia nos *opiófagos* e nos fumadores de *ópio* as perturbações digestivas e respiratórias são particularmente freqüentes, e tomam uma importância especial que se não nota noutra forma de absorpção. Jeanselme tendo observado, durante uma viagem ao Extremo-Oriente, os estragos ocasionados pelos excessos do *ópio*, descreve-nos, àcêrca da intòxicação pelo mesmo, um quadro muito sugestivo: «O espírito parece totalmente desprendido das coisas do mundo, todo o aborrecimento desaparece, toda a preocupação da vida material é banida. Neste estado de euforia, a inteligência e a memória exaltam-se, a palavra torna-se fácil, os pensamentos nítidos e prontos, os problemas mais difíceis tornam-se simples e parecem fáceis de resolver. Muitos projectos são iniciados, mas dentro em breve abandonados, porque esta superactividade mórbida encobre uma diminuïção real da faculdade da atenção. Privado do raciocínio e da vontade, o *opiómano* flutua num sonho impreciso, e contempla com uma alegria indescritível as visões fugitivas e radiantes da sua imaginação desregrada. Pouco a pouco

o fumador desinteressa-se de tudo o que não é a sua paixão.

Desde então é o escravo do seu cachimbo, e não vive senão para êle e por êle. Honras, afeições, posições sociais, etc., tudo é sacrificado por esta paixão cada vez mais exigente. Além de tudo isto, triste, taciturno, avaro de palavras, o fumador mostra uma indolência extrema e não faz mais do que raros movimentos. Mesmo que seja bastante corpulento, vem a ficar duma magreza excessiva; o rosto, entumecido, empalidece; os olhos parecem os de um moribundo, a sêde é contínua, a respiração e o pulso arítmicos, depois a morte chega no marasmo, precipitada nos últimos dias por uma diarreia intensa, que contribui para o esgotamento total do indivíduo.»

Não é todavia pelo cachimbo do fumador, nem directamente pelos pães negros de fendas brilhantes, que o *ópio* tem conquistado o Ocidente e produzido os estragos de que nós não supômos por completo a importância, mas sim indirectamente pela *morfina* e os outros derivados do *ópio*, vindo em seu auxílio a seringa de Pravaz.

A intoxicação por ingestão é muito menos profunda e muito mais fácil de curar (em dose igual de tóxico) que a produzida por injecção subcutânea. Todos os derivados do *ópio* não teem, de resto, a mesma tòxicidade. A *heroína*, por exemplo, é duas vezes mais tóxica do que a *morfina*. A introdução

de novos derivados do *ópio* na terapêutica, é baseada sôbre a pretensão que estes produtos não conduzem ao hábito e podem ser suprimidos sem nenhum inconveniente.

E' falso e perigoso seguir esta opinião. Segundo o grande mestre das *toxicomanias*, P. Sollier, «todos os opiáceos arrastam fatalmente ao hábito; a supressão de qualquer dos derivados do *ópio* a que o indivíduo se habituou, traz sempre as mesmas perturbações e necessita dos mesmos tratamentos.»

O uso da *morfina* por injecções subcutâneas nasceu, segundo uns, na Alemanha, fazendo a sua aparição oficial no grande Estado-Maior alemão, durante a curta mas sangrenta guerra de 1870; segundo outros, teve a sua origem na Turquia germanizada. Outros ainda, dizem que já em 1853 Wood praticava injecções de *láudano* e de *morfina*, e que em 1859 o Dr. Behier introduziu em França a prática de Wood, principiando desde essa época a vulgarizar-se o seu uso.

Como quer que seja, estes clínicos, ao ensaiarem as suas primeiras injecções, não pensaram que iriam criar uma doença nova, um perigo terrível, sendo a sua intenção ùnicamente aliviar a humanidade sofredora. Desde então começou a grande voga do alcalóide. Certos indivíduos eram dominados por um desejo imperioso, por uma tendência irresistível para se injectarem de *morfina*, aumentando sucessiva e

indefinidamente as doses. Foi assim que teve origem a *Morfinomania*.

Nem todos os indivíduos, que fazem uso da *morfina*, são *morfinómanos*. Muitos há que, tendo feito usos prolongados de doses elevadas dêste alcalóide com fins terapêuticos, e encontrando-se durante a sua acção num estado de embriaguez morfínica ou morfinismo, libertam-se fàcilmente dela, desde que cesse o motivo da sua administração.

Estes doentes, conquanto sejam intòxicados crónicos, não são *morfinómanos*, pois fàcilmente dominam ou não sentem aquele desejo imperioso e tendência irresistível para o tóxico.

Sabe-se hoje que, de todos os meios de absorpção dêstes alcalóides, a injecção subcutânea é a mais terrível e a mais rápida.

Podem-se distinguir três períodos na voga europeia das injecções de *morfina*. No *primeiro período*, o veneno é considerado como o remédio infalível da fadiga, da depressão e da dôr.

O perigo da *morfinomania* é totalmente desconhecido; os clínicos abandonam o vélho método de administração do *ópio (láudano, extracto tebaico, etc.)* e substituem-no pelas injecções de *morfina*; Tal aconteceu na França, na Inglaterra e na Península Ibérica, pois na Alemanha e na Turquia, nesta mesma época (1880), já se encontravam as primeiras observações da *morfinomania*.

Mais tarde, estas e outras observações chamam a atenção de Charcot, cujo espírito, sempre vigilante, é naturalmente inclinado para a questão das intòxicações crónicas. Segundo Leon Daudet, os dois primeiros morfinómanos célebres são Bismarck e Wagner. O primeiro, dotado de um grande nervosismo, adquiriu o hábito pouco depois da guerra, e o seu médico assistente procedeu a alguns ensaios de cura infrutuosos. O outro morfinómano inveterado foi Richard Wagner, que, na opinião do mesmo autor, «deve ao alcalóide a sua obra, a mais expressiva e a mais admirável — *Tristão e Isolda*. — Êste drama musical é uma transposição da paixão morfínica na paixão amorosa, e a seringa de Pravaz completa aí, visìvelmente, a linda Matilde Wesendonck. Toda a esplêndida scena do terceiro acto, onde Tristão, trémulo, dominado por uma paixão ardente e num desvairo amoroso, chama a sua bem-amada, que navega em direcção às costas ennevoadas de Cornouilles, é um perfeito quadro clínico do desejo imperioso do alcalóide durante a sua abstinência. O canto do pastor é uma alucinação auditiva.

A prodigiosa impressão mórbida que nos oferece êste poema marítimo e voluptuoso é bem característica do ópio.»

O ilustre clínico alemão Westphal, que tem o seu nome ligado à neurologia, era também um morfinómano inveterado.

Nesta época, a *morfina* e a seringa de Pravaz tornam-se de um uso tão corrente, que acompanham constantemente os viciosos, como sucede hoje com a bôlsa do tabaco.

Na Alemanha, o abuso da *morfina* tomou proporções tais, que bairros inteiros de morfinómanos se injectavam uns aos outros e mesmo os morfinómanos inveterados chegavam a injectar os próprios animais domésticos, cães, gatos, etc. Nesta mesma época (1910), as fábricas alemãs de produtos químicos alimentam de *morfina* e *cocaína* o mundo inteiro, e as cidades universitárias alemãs trasbordam de intòxicados de ambos os sexos.

¿Mas onde irão os alemães buscar os elementos para a fabricação de tanta quantidade de tóxicos desta natureza? Lêmos algures que êles encontraram o meio de fabricar artificialmente *morfina*, *heroína* e *cocaína*, fazendo a síntese de subprodutos da hulha, aos quais já se deve, é certo, bastantes agentes terapêuticos novos.

Todavia, a partir de 1910, é a *cocaína* que faz sobretudo adeptos, a princípio nas mesmas camadas sociais que usavam a *morfina*, e depois na prostituïção e nos seus anexos.

No *segundo período*, numerosos autores assinalam os perigos do hábito da *morfina*, e os médicos reduzem então as prescrições de injecções de tóxicos contra a dôr, e voltam ao vélho *láudano* e ao clás-

sico *extracto tebaico*. Os legisladores publicam leis proïbitivas, que são todavia ineficazes.

No *terceiro período*, a *morfina* volta a aparecer em todos os meios sociais, e juntamente com a *cocaína*, torna-se um mal terrível e intensamente mortal. Não sòmente o seu abuso, mas até mesmo o seu uso, são absolutamente proïbidos. Chega-se a caír mesmo no excesso contrário, isto é, em banir o *ópio*, sob todas as formas, das prescrições médicas, o que em certos casos equivalia a abandonar o doente a suplícios sem nome e muitas vezes mesmo ao suïcídio. E' certo que êste período passou, e a *morfinomania* e sobretudo a *cocaïnomania* continuaram e continuam ainda hoje a lesar com violência uma sociedade desamparada, empobrecida por uma longa e terrível guerra, e que não tem verdadeiramente necessidade dêste acréscimo de males. Felizmente os métodos clássicos e racionais da cura destas intòxicações que foram preconizados e definitivamente fixos pelos três grandes clínicos — Paul Sollier na França, Erlenmeyer na Alemanha, e Jennings na Inglaterra, vieram trazer um poderoso auxílio aos infelizes intòxicados, que fazem a desgraça de muitas famílias e a ruína da sociedade.

ETIOLOGIA

A *morfinomania*, como todas as outras *tóxicomanias*, tem como origem causas muitíssimo variadas. Todavia, na grande maioria dos casos, reconhece uma origem terapêutica. O doente, muitas vezes sob a indicação de um médico, começa a ingerir ou a fazer injecções subcutâneas de *morfina* para debelar as dôres originadas por um mal qualquer. Ao alívio imediato segue-se ordinàriamente um prazer, um bem-estar geral, uma euforia que o doente deseja em breve repetir.

A' primeira injecção com o fim terapêutico sucedem-se outras mais, e, como os efeitos do alcalóide diminuem com o hábito, o doente tem necessidade de aumentar constantemente as doses, não só para obter o seu bem-estar, mas ainda pelo desejo imperioso que principia a sentir do veneno. O hábito estabelece-se pois, e com êle a irresistibilidade. A célula animal não se contenta com a dose habitual:

é necessário duplicá-la, triplicá-la, aumentá-la progressiva e indefinidamente, até que surge o abuso com todo o seu negro quadro sintomático, constituindo o terrível mal — a *Morfinomania.*

Como já foi dito, esta tendência não se encontra igualmente em todos os indivíduos. Observa-se nos nevrópatas, e muito principalmente nas histéricas, cuja irresistibilidade para todos os tóxicos reveste muitas vezes a forma de uma verdadeira obsessão.

E', pois, com justa razão que poderemos afirmar que todo o amador de tóxicos é um deficiente cerebral por natureza ou por aquisição. Se, todavia, alguns abandonam sem dificuldade o tóxico desde que teem obtido os efeitos terapêuticos, outros, por fraqueza de vontade ou pelo seu estado nevropático hereditário, não podem mais libertar-se dêsse perigoso hábito, que os conduzirá de uma maneira certa à decadência e à morte.

A facilidade com que os médicos prescrevem às histéricas injecções de *morfina*, é também uma das causas, infelizmente entre nós bem vulgares, da *morfinomania*. E' um êrro muito grave empregar nas histéricas os medicamentos narcóticos, seja qual fôr a causa que se procure combater. Dar estes medicamentos a uma histérica que tem dôres ou crises, entregar-lhe uma solução tóxica ou uma caixa de injecções e uma seringa, é fazer dela quási fatalmente uma *tòxicómana*. Nestes casos, o seu emprêgo

constitui uma falta agravada de um contra-senso. E' uma falta, porque é criar na doente um hábito perigoso, que ela adquire, em razão do seu estado nervoso, com uma extrema facilidade, impedindo a sua cura ao mesmo tempo que a mergulha num estado de decadência de que não deseja mais saír e que pode conduzi-la, se não se intervém num momento dado, à caquexia e à morte,

E' um contra-senso, porque todo o agente, tendo por efeito adormecer ou inibir os centros nervosos, não faz mais do que agravar a doença, que consiste precisamente no entorpecimento e inibição dos mesmos centros; se estes agentes narcóticos suprimem a dôr, é porque suprimem a função, emquanto que o fim do tratamento desta doença é, pelo contrário, despertar esta função diminuída ou suprimida. Os medicamentos calmantes são pois aqui não sòmente inúteis, mas perigosos.

Na etiologia dêste terrível mal, cabe pois aos médicos uma tremenda responsabilidade, não só pelas prescrições freqüentes que fazem do alcalóide, mas ainda pela extrema facilidade com que muitos deixam à liberdade dos doentes a regulamentação das doses. Êles são mesmo muitas vezes *morfinómanos* e espalham então à sua volta o mau exemplo. A sua falta é tanto mais imperdoável, quanto é certo que êles, melhor do que ninguém, devem saber o quanto êste veneno torna a existência penosa.

Os farmacêuticos assumem também uma grande responsabilidade; e há tantos que, olhando ùnicamente para os seus interêsses e não sendo bastante conscienciosos no desempenho da sua profissão, fornecem a toda e qualquer pessoa, sem mesmo prescrição médica, os tóxicos que requisitam.

A imitação, a curiosidade de conhecer e apreciar pessoalmente as delícias dêstes narcóticos, por alguns tão elogiadas, bem como a propaganda feita pelos próprios *tòxicómanos*, devem com efeito figurar também no capítulo etiológico da *morfinomania*.

Não há peor nem mais perigoso engano que ensaiar estes venenos para melhor os conhecer. A curiosidade, sendo o comêço da sciência, é aqui o comêço da *tòxicomania*.

Também os homens dados aos trabalhos intelectuais pagam um pesado tributo a êste terrível mal.

Êles vão muitas vezes pedir aos tóxicos o auxílio para a resolução de grandes problemas ou para o empreendimento de grandes obras, não se lembrando que passam depois à ruína e à miséria.

De tudo o que ficou dito, concluímos que há duas grandes categorias de *morfinómanos:* os que se injectam contra uma dôr física real, a fim de fugir a um sofrimento intolerável, escapando muitas vezes à decadência morfínica, e os que se injectam por prazer, imitação, curiosidade, ou para esquècer algum pezar moral, aumentando as doses muito mais

ràpidamente que os *morfinómanos* da primeira categoria. E' dêstes sòmente que se pode dizer que o seu veneno é realmente um vício. A *tòxicomania* não é nêles senão uma das expressões do seu desequilíbrio mental e moral. Também sob o ponto-de-vista curativo, escapam sempre a toda a terapêutica; não teem vontade alguma de fazer a sua cura, nem mesmo de permanecer curados, se por felicidade lhes foi feita a cura de supressão. Nestes casos, a recidiva é quási sempre fatal.

Mas não ficam por aqui as causas do mal que vimos descrevendo. A hereditariedade tem também, como em todas as doenças, uma importância capital.

Há duas grandes heranças que muitos filhos recebem infelizmente de seus pais: o *Héredo-alcoolismo* e a *Héredo-sífilis*. *Delicta majorum immeritus lues*. «Pagarás inocentemente a falta dos teus ascendentes». E' certo que muitas vezes os filhos herdam dos pais boas qualidades e até mesmo virtudes, mas por vezes, também, muitos pais legam aos filhos tendências más, taras e vícios, dos quais os mais freqüentes e mais bem conhecidos são os que acabamos de apontar.

Estes dois males, que tão espalhados estão entre nós, são outras duas causas que predispõem de uma forma bem frisante para as *tòxicomanias*.

Os filhos dos alcoólicos teem uma tendência exagerada para os tóxicos; abstraindo mesmo de

qualquer contágio, são criaturas perversas, indecisas, dotadas de uma tendência extraordinária para o mal.

Desde a infância nota-se uma excitabilidade nervosa excessiva, e a sua propensão para os excitantes tóxicos transforma-se, na puberdade, numa verdadeira paixão.

E' bem conhecida a loucura moral dos héredo-alcoólicos.

Legrain estudou a descendência de duzentas e quinze famílias, podendo seguir algumas em quatro gerações. E' bem edificante o quadro patológico por êle apresentado, provando bem que são freqüentíssimos os desequilíbrios, tanto na esfera moral como na esfera intelectual, dos descendentes de alcoólicos.

Um outro exemplo particularmente demonstrativo é apresentado por Goddard de Viland (New Jersey): Um homem de boa família tornou-se, depois de dois matrimónios, chefe de duas descendências: do primeiro obteve filhos todos normais, bons cidadãos e respeitadores; os seus 496 descendentes ocupam uma brilhante posição social.

Do segundo matrimónio, sendo a espôsa filha de um alcoólico, a descendência é caracterizada, pelo contrário, por uma pesada tara mental; são todos pobres *tóxicómanos*, abundando os anormais, prostituídos e criminosos.

A outra grande tara hereditária, que tanto predispõe para as *tòxicomanias*, é a sífilis.

Sabe-se hoje que esta doença pode ficar latente durante uma, duas e mesmo três gerações, para reaparecer depois sob a forma hereditária, e algumas vezes de uma maneira virulenta.

A maior parte, talvez os oito décimos das perturbações mentais, tem a sua origem na héredo-sífilis. Encontrámo-la tanto nas crianças como nos vélhos, porque ela surge em todos os momentos da existência. A héredo-sífilis num período de cem anos é a regra e a sua ausência a excepção; é uma das causas mais importantes da hereditariedade chamada nervosa, e a que anda muitas vezes ligada a *tòxicomania*. Nestes casos, os doentes apresentam uma tendência exagerada para as intòxicações crónicas, o que é bem próprio da hereditariedade nervosa.

As depressões, os estados de decadência mental e uma certa ansiedade, impelem os héredo-sifilíticos da segunda, e mesmo da terceira geração, a aumentar artificialmente nêles o vigor da vida, a sensação de bem-estar, de ânimo, etc., o que os leva à *tòxicomania* em geral. Êles procuram antes de tudo a euforia, o optimismo ilusório, o bem-estar subjectivo que os tóxicos lhes fornecem e de que em breve serão pobres escravos. Todas as vezes que êste desequilíbrio exista, é preciso pensar na héredo-sífilis e fazer o seu tratamento.

A todo o héredo-sifilítico que tenha uma propensão para os tóxicos e faça uso dêles, sucede muitas vezes que acidentes de ordem sifilítica teem sido atribuídos exclusivamente àqueles, emquanto que êles reconhecem como causa única o treponema e os seus produtos convulsivantes. Numa hereditariedade agravada, os tóxicos narcóticos fazem estragos infinitamente superiores aos que realizariam numa hereditariedade indemne.

O estado mental das gerações modernas, qualquer que seja a sua origem, e que se traduz por um horror ao sofrimento, à dôr física ou moral, é, no nosso modo de ver, outra causa bem evidente dêste terrível mal.

O homem contemporâneo procura nos tóxicos, ora um anestésico para os seus sofrimentos, ora um estimulante, embora efémero, para as suas deliberações; são indivíduos muitas vezes inteligentes, mas ávidos de sensações extraordinárias, ou de um ideal de grande calma e de grande repouso.

A falta de instrução é outra causa da *morfinomania*, como o é de todas as *tòxicomanias* em geral. Conhecemos alguns pais-de-família que, ignorando por completo as conseqüências funestas que proveem do uso prolongado de certos narcóticos, entregam-nos aos seus doentes, sentindo-se muito satisfeitos por terem encontrado um medicamento maravilhoso, de efeitos rápidos contra a dôr, que dá

a satisfação e o alívio aos mesmos doentes e o sossêgo a toda a família.

E' o sexo feminino que paga o maior tributo à *morfinomania*.

Todavia, as profissões médica e farmacêutica dão uma grande percentagem de morfinómanos em todos os países. Kraepelin diz que, na Alemanha, os médicos afectados eram tão numerosos e faziam, como todos os tòxicómanos, uma tal propaganda do seu vício, que chegou a ser lembrada a necessidade de legalmente os impedir de exercerem a sua profissão.

SINTOMATOLOGIA

Evolução e complicações

Chambard, no seu memorável trabalho sôbre o morfinismo, encara a carreira dos *morfinómanos* desde o momento em que, impelidos pela dôr física ou moral, curiosidade ou maus conselhos, tomam a primeira injecção, até àquele onde a sua paixão os conduzirá: ao asilo, à prisão ou à morte.

Divide, pois, a vida do doente em vários períodos, que se sucedem geralmente numa ordem regular, de maneira a constituir um ciclo mais ou menos completo, e apresentando em cada período uma sintomatologia mais ou menos definida. São êles: 1.º, período de *iniciação;* 2.º, período de *morfinismo intermitente;* 3.º, período de *morfinismo habitual;* 4.º, período de *morfinomania;* 5.º, período de *caquexia.*

O primeiro período do ciclo morfínico, ou de *iniciação*, compreende duas fases: de *intôxicação* e de *euforia.* Na primeira, como o organismo não

está habituado ao tóxico, o paciente sente um certo aborrecimento, um estado de inquietação que muitas vezes em alguns doentes vem acompanhada de náuseas, vómitos, ligeiras cefaleias, desfalecimentos, inteligência pesada e ideias confusas, verdadeiros sintomas do *choc* anafilático, parecendo mesmo que estes indivíduos são rebeldes aos agradáveis efeitos da *morfina*. Se o principiante vai mais de-pressa e exagera logo de começo, as doses, então, depois de uma fase inicial de excitação, que nem sempre aparece, o doente apresenta os sintomas de uma intòxicação aguda: não ouve o que se lhe diz; pálido, perde o conhecimento e cai como uma massa inerte, ficando em estado comatoso. Suores frios, abundantes e viscosos inundam-lhe todo o corpo. A pele é fria. Os membros estão num relaxamento completo. Os esfíncteres tornam-se incontinentes. Sôbre o rosto lívido aparecem manchas violáceas. A língua, tumefacta e violácea, pende da bôca. As pupilas dilatam-se ao máximo. O pulso enfraquece e perde a sua regularidade. A respiração sofre modificações análogas. Fortes convulsões surgem por vezes. Emfim, o doente pode morrer por colapso ou por asfixia bulbar, mas em regra estas terminações são raras. Geralmente o intòxicado sai do seu estado comatoso ao fim de um tempo mais ou menos longo, segundo a gravidade do caso. O despertar é penoso, e o indivíduo sente um estado de cansaço geral, de

torpôr indescritível, acompanhado de cefaleias intensas. O rosto apresenta uma palidez mortal. Os olhos estão injectados. A fisionomia reflecte uma impressão de abatimento e de incómodo. A respiração é difícil e sibilante, o pulso deprimido e lento. A garganta está sêca e a língua saburrosa, a obstipação é pertinaz. Emfim, os vómitos surgem quási sem esfôrço e sem náuseas ao menor movimento.

Todavia, estes sintomas de início não aparecem igualmente em todos os indivíduos. O quadro clínico de uma doença bem definida não é nunca absolutamente semelhante em todos os doentes, qualquer que seja a entidade mórbida. E' preciso entrar em linha-de-conta não sòmente com o temperamento do doente, mas sobretudo com as reacções individuais, formas obscuras ainda mal definidas, e que influem consideràvelmente no aspecto da doença. E isto é sobretudo verdadeiro pelo que respeita às *tòxicomanias*, cujo quadro clínico é muito complexo. Aqui, o sindroma raras vezes é completo; muitos factores adicionados — hereditariedade, outras intòxicações, debilidade física ou, pelo contrário, robustez do indivíduo, etc. — veem modificá-lo por completo, sendo impossível fixar factos invariáveis.

Na segunda fase dêste primeiro período, o indivíduo sente já um bem-estar geral, uma excitação ídeo-afectiva com sentimento de euforia e diminuïção das tendências motoras. Um devaneio tranqüilo

é suave, um agradável torpôr muscular invade o indivíduo, que todavia reconhece facilitado o curso das ideias e elevada a tonalidade afectiva. E assim, a imaginação é hiperactivada, as ideias surgem mais abundantes, mais originais e mais nítidas. A memória participa também desta exaltação funcional; as recordações aparecem mais numerosas e mais vivas. As ocupações habituais ou os trabalhos profissionais são realizados com mais facilidade. Se o *tóxicómano* é poeta, a sua imaginação exalta-se e fornece-lhe matéria para um poema; se é um matemático, opera cálculos maravilhosos; se é pintor, forma, com a combinação das côres, quadros sublimes; se é compositor, as suas obras serão cheias de sentimento e expressão.

As paixões individuais são também estimuladas: o libertino entrega-se às mulheres, o jogador ao jôgo, o ambicioso aos seus sonhos de fortuna, etc.

Durante esta fase, se o abuso do narcótico é muito continuado, aparecem então alguns sinais físicos de natureza tóxica: a face é pálida, os olhos anormalmente brilhantes e as pupilas contraídas. As pálpebras, envolvidas num círculo violeta, ficam entreabertas sôbre os globos oculares, em conseqüência do relaxamento dos levantadores. O pulso é mais forte, mais freqüente, um pouco irregular e às vezes dícroto. A respiração é levemente ofegante. A marcha é vagarosa e titubeante. As mãos tremem

ligeiramente. A palavra é breve e entrecortada. A sensibilidade cutânea é muito diminuída, e os reflexos preguiçosos. O apetite desaparece, mas a sêde é ardente. A pele é húmida, e suores abundantes correm ao menor movimento. Passadas três ou quatro horas, estes sintomas dão lugar a uma depressão mais ou menos acentuada, estando a sua intensidade em relação com o grau de excitação que a precedeu. Uma sonolência progressiva conduz o *morfinómano* a um sono profundo, ora isento, ora acompanhado de sonhos, que ordinàriamente correspondem às preocupações individuais e não oferecem nenhum sinal específico. Durante esta sonolência, as visões que se apresentam ao morfinómano são geralmente agradáveis, relativamente coordenadas, sucedem-se com lógica e não acompanham fenómenos de reacção.

Ch. Richet descreve assim a auto-observação desta fase:

«Uma hora depois que se tem tomado o *ópio*, sente-se uma ligeira excitação, um sentimento geral de vivacidade e de satisfação, que é em breve substituída por uma verdadeira sonolência acompanhada de devaneios e pesadelos. Pouco a pouco as pernas tornam-se pesadas, os braços caem quási inertes, e as pálpebras, caídas sôbre os globos oculares, não podem ser levantadas. Sonha-se, divaga-se, e todavia não se dorme; a consciência do mundo exterior,

que nos rodeia, não desaparece. Os ruídos exteriores são percebidos de uma maneira confusa. O *Eu* activo, consciente, voluntário, já não existe, e imagina-se que um outro indivíduo veio substituí-lo. Pouco a pouco tudo se torna mais vago; as ideias perdem-se numa bruma confusa; o indivíduo imaterializa-se completamente, não sente mais o corpo, é todo pensamento. Depois o mundo exterior desaparece; já não resta mais do que um mundo interior, às vezes tumultuoso, delirante, provocando uma agitação febril, outras vezes pelo contrário calmo e tranqüilo, mergulhando-se assim num delicioso sonho. O que faz os encantos dêste estado, é o indivíduo sentir-se dormir. As horas passam com uma maravilhosa rapidez. De manhã, sobretudo à hora em que o tóxico parece ter esgotado a sua acção, emquanto que na realidade conservou toda a sua fôrça, o sono tem um encanto incomparável. A inteligência, desprendida de todos os laços terrestres, parece reinar num mundo de ideias tranqüilas. E' uma embriaguez completamente psíquica, bem muito superior à do alcool.»

Depois, uma vez a dôr acalmada, a tristeza dissipada ou a curiosidade satisfeita, um certo número de indivíduos aí permanece, quer não tenha tomado nenhum gôsto pela droga, quer recue a tempo, perante os perigos reconhecidos de uma paixão nascente; mas muitos também, ignorando estes perigos,

fascinados pela curiosidade ou arrastados pelo desejo, continuam as suas injecções, aumentando-as constantemente e indefinidamente, marchando assim a passos largos para o *morfinismo crónico* e daqui para a *morfinomania*.

Depois dêste primeiro período segue-se outro, cuja duração pode ser muito longa; tudo corre bem em geral, sobretudo se as doses iniciais não são elevadas, se a constituïção é boa e o género de vida confortável. Alguns *morfinómanos* hesitantes manteem-se durante muitos anos nestes limites, mas são excepcionais. São os que se encontram no período de *morfinismo intermitente*. Outros, por um esfôrço de vontade, recuam, renunciando definitivamente às suas perigosas práticas. Estes estão no período de *morfinismo habitual*.

Porém, a grande maioria, não tendo a fôrça de vontade suficiente para se vencerem, atravessam ràpidamente a fronteira da *morfinomania*. Do morfinismo habitual à *morfinomania*, não há mais que um pequeno espaço, bem de-pressa transposto.

Neste estado, o morfinómano recorre constantemente à *morfina*, e é obrigado a aumentar indefinidamente as doses, não sòmente para encontrar o seu bem-estar inicial, que vai desaparecendo pouco a pouco, mas também para escapar ao mal-estar intolerável provocado pela abstenção do seu tóxico favorito.

Ao mesmo tempo, manifesta-se invariàvelmente uma susceptibilidade exagerada para a mais pequena dôr física ou moral e, pelas mais pequenas causas, o doente serve-se da sua seringa, que é o único fim da sua vida, primando entre todas as coisas, reinando como senhora absoluta e exercendo o seu império sôbre a esfera da vontade.

Êste período apresenta sempre os mais variados sintomas.

Para facilidade de estudo dividímo-los em dois grupos: psíquicos e somáticos.

Os primeiros, à medida que as doses vão aumentando e o hábito se vai inveterando, traduzem-se por uma depressão de todas as funções da inteligência, da afectividade e da vontade.

Na *morfinomania*, exactamente como no alcoolismo, a primeira perturbação psíquica é a da personalidade moral. Pouco a pouco vai-se estabelecendo uma abulia parcial ou total dos sentimentos afectivos e da vontade (abulia tóxica).

Os doentes tornam-se insensíveis aos sofrimentos alheios, não se comovem com a ruína da família, e sacrificam tudo ao bem-estar artificial que o tóxico lhes dá, perdendo por completo a vontade de se curar. Esquecem fàcilmente todos os sacrifícios e atenções que se tem para com êles, parecendo mesmo estar convencidos que tudo o que se lhes faz é por estricta obrigação. Tornam-se em último grau com-

pletamente egoístas, despóticos e até mesmo tirânicos.

A perda da memória é outro sinal da decadência mental dos *morfinómanos*. A impossibilidade de fixar a atenção, a apatia, a instabilidade do humor, caracterizam-na também. A memória torna-se pois infiel, a percepção tardia e incerta, a capacidade para o trabalho diminui progressivamente, e o desleixo torna-se absoluto, até mesmo nos actos mais indispensáveis.

Muitas vezes, crises de melancolia, e até mesmo de neurastenia aguda, sucedem aos períodos de lucidez, principalmente quando o desejo do tóxico se apodera do doente, ou quando o abuso do mesmo o tem esgotado.

Os *morfinómanos* são também amigos dedicados da solidão, onde nada se opõe às delícias do seu vício. Abstraem-se do mundo e tornam-se contemplativos.

O tóxico e a seringa são a sua única preocupação. Desconfiando do seu estado — falta de memória, expansões intempestivas, confidências absurdas, disparates possíveis, etc. — adoptam um género de vida especial, isolam-se e limitam as suas relações. As novidades e todos os assuntos, mesmo os mais curiosos, de-pressa os aborrecem.

Permanecem mergulhados numa abulia cubicular constante. Esta forma cubicular da abulia, sendo

muito vulgar nos *morfinómanos* típicos, é todavia muito rara nos *morfinómanos* histéricos, alcoólicos e cocaïnicos, nos quais há, devido ao seu estado de nevrose ou adição de tóxicos, uma agitação constante. O leito é pois o refúgio dos *morfinómanos* puros, se a sua situação social lhes permite abandonar o trabalho.

E assim sucede, não só porque êste isolamento os livra das relações e obrigações mundanas, tornadas fatigantes e incómodas, devido às exigências do seu vício, mas também porque a ausência de todo o esfôrço muscular os dispensa de aumentar as doses.

São todos em breve dotados de uma franca dissimulação e tendência para a calúnia e mentira; um *morfinómano* nunca confessa o seu vício: nega-o por completo. Quanto a fazer-lhes confessar qual o número de injecções diárias, é um intento impossível. Esta tendência para a mentira e para a fraude acompanha também os *cocaïnómanos*. Uns e outros entram na categoria dos dissimuladores.

Para obterem o tóxico, iludem os médicos, simulam dôres violentas, falsificam receitas, subornam os criados e enfermeiros, vão mesmo em último lugar até ao roubo; mulheres há, que vão a caminho da prostituïção quando lhes falta o dinheiro para a compra do veneno.

O sentido moral é pois quási sempre profundamente enfraquecido. Os *morfinómanos* chegam a

cometer actos indelicados, mesmo actos delituosos e criminosos, sem que tenham a noção exacta da gravidade dos mesmos.

Muitas vezes os seus intentos não são realizados, com receio da prisão, onde sofreriam a falta do narcótico. A diminuïção da vontade e dos afectos dá lugar a uma irritabilidade extrema, acompanhada de verdadeiras impulsões, sendo muito freqüentes e perigosas as explosões de cólera, quando os doentes são contrariados nas suas intenções, nomeadamente quando se lhes fala contra os efeitos da *morfina* aconselhando a sua supressão, ou se por qualquer motivo sentem a sua falta.

São quási sempre dotados de um certo proselitismo, isto é, um desejo mórbido de fazer aceitar aos outros as suas convicções, as suas más tendências ou vícios. Dir-se-ia que estes desgraçados querem, num sentimento de raiva e de vingança contra tudo e todos, arrastar com êles ao fundo do abismo os seus semelhantes. E assim, aconselham as suas injecções, injectam todas as pessoas que a isso se prestem e chegam mesmo, na falta destas, a injectar os seus próprios animais domésticos e até mesmo os móveis. O carácter modifica-se por completo, e a afectividade baixa em absoluto.

No domínio da emotividade, existe uma tendência para lastimar-se constantemente sem razão; queixam-se de que ninguém se interessa por êles, nem se

comove com os seus sofrimentos, etc. Os estados de ansiedade nocturna são muito vulgares.

Quando as perturbações adquirem uma certa intensidade, juntam-se, de ordinário, acidentes mais graves, tais como terrores, pânicos, alucinações (visuais sobretudo), podendo afectar igualmente a audição, o gôsto e o olfacto. Estes estados psico-sensoriais provocados pela *morfina*, notam-se sobretudo de noite; revestem, em semelhantes casos, o carácter de crises nocturnas, como afinal se observam em quási todos os estados de intòxicação.

São muitíssimo mais freqüentes nos indivíduos com uma tara neuro-hereditária, ou naqueles em que o terreno se encontra preparado por um outro tóxico, como o alcool ou a *cocaína*. Estes tóxicos são muitas vezes usados conjuntamente pelo mesmo doente. Nas histéricas observam-se bastantes vezes estas perturbações psico-sensoriais, sendo mais freqüentes as alucinações visuais.

Sabe-se que as histéricas, pela razão do seu estado mental, fornecem um sério contingente à intòxicação morfínica.

Também uma histérica que entra no domínio da *morfinomania*, terá mais fàcilmente alucinações que qualquer outro doente. Mas, segundo alguns psiquiatras, estes fenómenos manifestam-se em todo e qualquer *morfinómano*, em maior ou menor grau, conforme o seu estado psíquico anterior.

E assim, tal doente levanta-se de noite, sobressaltado, julgando caír num precipício; tem sonhos aterradores (visões de animais repugnantes surgindo nas paredes e nos cortinados, espectros, fitas de fogo, máscaras horripilantes, etc.).

Outras vezes são pesadelos que lhe predizem toda a espécie de infelicidades, dando lugar a insónias penosas. O doente acorda então de manhã fatigado, acabrunhado, num estado de esgotamento físico e moral, não podendo levantar-se às horas matinais ordinárias.

Todos estes sintomas desaparecem mediante uma injecção, e o pobre doente não poderá evitá-la, porque já não encontra aquele estado normal ficticio, senão morfinizando-se. E' um círculo vicioso, porque o tóxico não faz mais do que agravar o mal e entreter o estado de saturação do organismo. Ao lado das alucinações visuais, as alucinações auditivas representam também algumas vezes um papel predominante. São raras as alucinações da sensibilidade geral, mas podem aparecer, nomeadamente quando há um passado alcoólico.

Algumas vezes sobrevém ainda um verdadeiro estado de depressão neurasténica ou melancólica, acompanhado de ideias de perseguição, tendências para o suïcídio, etc.

Depois do enfraquecimento gradual e completo do carácter e da vontade, o infeliz intòxicado asse-

melha-se a uma criança; deixa-se ir ao sabor das suas impulsões as mais extravagantes; irresoluto, é sobretudo incapaz de resistir aos seus desejos, até mesmo que sejam absolutamente opostos às leis da moralidade e da honra.

A todas estas desordens psíquicas vem juntar-se o cortejo habitual dos sintomas somáticos da intòxicação crónica. Estes, dependem da quantidade do veneno absorvido regularmente, isto é, do número de injecções diárias, bem como da susceptibilidade particular do indivíduo para o alcalóide.

Em geral, estas perturbações vão de-par com os fenómenos intelectuais, e assim como estes atingem todas as faculdades, assim também aquelas atingem todos os órgãos. Ao abandôno moral e intelectual sucede a decadência orgânica, em que o corpo, depois da inteligência, vai mergulhando dia a dia. A diminuïção do pêso que é manifesta, a deterioriza-ção dos dentes que é vulgar, e depois a côr amarela da pele que se torna sêca e rugosa, dando ao doente um aspecto de velhice precoce, são provas evidentes do compromisso das funções nutritivas.

A fôrça muscular é muito diminuída; há sufocações, opressões, palpitações, suores copiosos, zumbidos, vertigens, que se observam a cada elevação sensível da dose habitual, e que abatem fortemente o infeliz *morfinómano*. Os doentes dormem mal; o sono é agitado, sonham muito e teem fortes pesade-

los. Tais perturbações conduzem os *morfinómanos* a aumentar o número das injecções da noite.

A marcha torna-se custosa e titubeante. Nota-se freqüentemente um aumento da excitabilidade reflexa, e um trémulo torna-se perceptível, sobretudo nas mãos e na língua perturbando a palavra.

As pupilas contraem-se, sinal característico da intòxicação morfínica. Neste momento, todo o corpo principia a ressentir-se gravemente do veneno.

A atrofia muscular é considerável e o emmagrecimento extremo.

As perturbações da sensibilidade são inegáveis.

No decurso da *morfinomania*, a sensibilidade periférica é mais ou menos atingida. Há formigueiros intoleráveis, dôres vagas nos membros, pruridos insuportáveis. A face, pescoço e couro cabeludo cobrem-se de placas eritematosas de aspecto marmóreo, que depois caem sob a forma de escamas ou retalhos.

Ao nível dos braços, flancos e coxas encontram-se cicatrizes nacaradas, sinais de antigos abcessos produzidos pelas injecções; muitas vezes, nestas mesmas regiões, constata-se uma pigmentação azulada, em máculas inumeráveis, não desaparecendo sob a pressão, tendo a sua origem nos próprios lugares das picadas e algumas vezes sucedendo imediatamente a elas, dando à pele o aspecto *tigrado*. Depois de estudos minuciosos, concluiu-se que esta

pigmentação resulta do depósito de partículas metálicas destacadas das agulhas.

A função sudorípara, a princípio exagerada, torna-se quási nula, e os *morfinómanos* que estavam constantemente inundados de suores abundantes, vêem-nos agora desaparecer gradualmente. As outras secreções são igualmente diminuídas. O fígado, que armazena os produtos tóxicos, é o mais lesado, assim como os rins, que segregam menos urina, tornando-se esta rara, muito turva e às vezes albuminosa, o que revela geralmente um rim predisposto ou mesmo doente. Há neste caso uma indicação formal para se proceder com urgência à desintòxicação.

Os órgãos digestivos sofrem, depois dêstes, a sua repercussão. O apetite diminui, a sêde é ardente, as digestões são difíceis e muitas vezes acompanhadas de vómitos, os intestinos tornam-se cada vez mais preguiçosos, a obstipação aumenta de uma forma assustadora, alternando às vezes com crises de diarreia. As funções e os desejos sexuais, não obstante a sua excitação no período inicial, diminuem progressivamente até ao seu completo desaparecimento. O homem torna-se completamente indiferente para a mulher e vice-versa; a diferença de sexos parece não existir. Na mulher, a menstruação vai desaparecendo progressivamente até à amenorreia completa. A respiração perde a sua amplitude, freqüência e regularidade normais.

Muitas vezes a tuberculose pulmonar implanta-se, devido ao estado de desnutrição do organismo. As opressões e palpitações concorrem para a perturbação dos aparelhos respiratório e circulatório.

As fibras contrácteis do coração e das artérias são atingidas de degenerescência, donde resulta o seu enfraquecimento; o pulso dos *morfinómanos* é fraco, lento, arítmico e muitas vezes intermitente.

Os doentes incapazes de todo o esfôrço físico ou intelectual, chegam assim ao terceiro período ou de decadência, cujo final é a *caquexia* e a *morte*. Êste estado caquéctico da *morfinomania* assemelha-se muito ao da caquexia cancerosa: é uma desnutrição geral, com côr amarelo-palha dos tegumentos, secura e apergaminhamento dos mesmos, emmagrecimento excessivo, inaptência e aborrecimento de tudo.

Chegado a êste estado, o *morfinómano* está quási todo o dia em uso contínuo da seringa e sob a acção do veneno; completamente embrutecido, apenas sai daquela sonolência para ficar num suave torpôr. Vegetando assim, sem dar conta da sua situação, está à mercê de qualquer acidente que quebrará o fio da sua existência. Êste estado de emmagrecimento e prostracção, que vem sempre acompanhado dos mais graves acidentes, traz uma mudança profunda para o aspecto geral do doente. Pouco a pouco os traços fisionómicos apagam-se, as sobran-

celhas franzem-se, as pálpebras rodeiam-se dum círculo escuro, os olhos tornam-se encovados e o olhar estúpido.

Os alimentos são vomitados quási continuamente. Há gastralgias e as diarreias sucedem à obstipação inicial. O fígado e os rins ficam saturados de veneno e tornam-se insuficientes.

O hálito é extremamente fétido. O corpo cobre-se de furúnculos e grandes abcessos. Os músculos emaciam-se sensìvelmente e são a sede de dôres intensas. O moral está profundamente atingido e o doente cai num estado de indolência e apatia, que o obriga a abandonar por completo o trabalho.

Estes infelizes, se os excessos os não teem conduzido ao asilo ou à prisão, sucumbem em extrema caquexia, ou, notando que vão a caminho da ruína e da desgraça, e não se sentindo com fôrças para renunciar ao tóxico, suïcidam-se num momento de desespêro, preferindo a morte à decadência.

PROGNÓSTICO

Em todos os casos de *morfinomania*, o prognóstico é muito grave, mas muito mais ainda quando há na vida do doente um passado psíquico pessoal ou hereditário.

Neste último caso, os doentes são rebeldes a toda a terapêutica; não mostram desejo algum de se submeterem à cura, nem mesmo de a conservar, se acaso teem sido por completo desintòxicados. A recidiva é quási sempre fatal, a não ser que sejam submetidos durante alguns anos a uma vigilância extrema até que se modifique por completo o seu estado mental, o que só se conseguirá numa casa de saúde e em completo isolamento.

Quantos há que, ao fim de meses ou anos de completa abstinência, recomeçam a intòxicar-se a-propósito de uma simples picada inadvertidamente feita

por um médico para debelar uma dôr! E assim, estes doentes, principiando por uma pequena dose, atingem em poucos dias a dose máxima anterior, como se quisessem indemnizar-se das doses que perderam durante a sua abstinência.

TRATAMENTO

E' principalmente ao tratamento profilático que devemos recorrer para combater a *morfinomania*, ou de um modo geral a *toxicomania*. O ideal seria a supressão completa do uso de tóxicos, mas, pôsto que teòricamente nisso se pensasse, nada se conseguiria na prática.

O Estado deverá, é certo, exercer uma vigilância constante sôbre a saúde pública, impedindo a venda clandestina dos tóxicos, apreendendo todo o produto desta natureza que se apresente para consumo e não esteja ao abrigo das leis, sendo os traficandos severamente castigados.

Exercer uma vigilância extrema sôbre as farmácias e drogarias, cujos responsáveis, sem o menor escrúpulo, entregam muitas vezes, mesmo sem receita médica, todo e qualquer produto tóxico que lhes seja requisitado, etc.

Mas a acção dos Poderes públicos, sendo alguma coisa, não resolve o problema na sua plenitude. De todos os meios empregados contra a *tóxicomania*, parece-nos que os meios morais são da maior utilidade, quando aplicados em tempo oportuno e por processos persuasivos.

Será, evidentemente, à educação que devemos recorrer, mas a uma educação sólida e devidamente dirigida. Será por meio de ensinamentos claros e ao alcance de todos, fazendo compreender os perigos individuais e sociais, os encargos públicos e a ruína geral, chamando a atenção para o rebaixamento da própria dignidade, para a miséria, a fome, a nudez e até para a própria desonra, provindo do abuso dos tóxicos, que conseguiremos incutir no espírito do público o horror aos mesmos. Educando-o e moralizando-o, sem lhe fazer sentir o pêso de uma vontade adversa à sua, de uma imposição violenta como é a das leis, que, longe de dominar, repugnam e revoltam, conseguiremos suprimir êste mal, que é a decadência e a ruína da sociedade. E' desde a infância que as mães devem iniciar o ensinamento, gravando no espírito dos filhos as conseqüências do mal que os há-de ameaçar, despertando-lhes assim o aborrecimento pelos tóxicos.

E' nas escolas primárias, onde os professores, em breves e persuasivas lições de higiene individual e social, mostrando ao aluno o mal que provém do

abuso dos tóxicos, que deve intensificar-se a luta contra a *toxicomania*.

Agora que o cinematógrafo se tornou um dos passa-tempos familiares mais usuais e de que as crianças tanto gostam, seria um óptimo meio de propaganda antitóxica, fazendo passar no *écran*, *films* sôbre êste assunto, mas cheios de moralidade, gravando assim no espírito das crianças e dos adultos as conseqüências funestas do mal que os ameaça.

O teatro e o romance podem também ser poderosos agentes da propaganda antitóxica. Serve de exemplo a obra que René Maïllard compôs para teatro, *Les Morphinomanes*, apresentada por várias vezes em scena e que foi, segundo os críticos, muito bem recebida, chegando mesmo a fazer sucesso; o autor apresenta aí quadros cheios de moralidade, fazendo sempre sobressaír a miséria e a ruína a que chegam os infelizes intòxicados.

E no romance, Guy Vander apresenta ao público a sua admirável obra *La Drogue*, que, sendo um trabalho literário de alto valor, é ao mesmo tempo uma obra de profilaxia antitóxica, porque põe a nu, brutal e violentamente, um mal que dia a dia vai fazendo a sua corrupção.

Para lastimar é, que esta obra não possa ser lida por todas as classes sociais, devido às descrições impúdicas que de onde a onde apresenta.

Mas, o principal papel nesta luta deve ser desempenhado pelo médico.

Compete-lhe reclamar dos Poderes públicos que os preceitos higiénicos sejam decretados.

Compete-lhe, como homem de sciência, acompanhar a educação física e moral dos membros de cada família onde penetra a cada instante, e procurar conhecer o estado psíquico dos seus doentes, para assim estar precavido contra todas as eventualidades no caso de prescrever os tóxicos narcóticos. Compete-lhe finalmente, por meio de conferências e outros meios de propaganda, até mesmo durante a sua clínica, gravar bem, no espírito de todos, as conseqüências funestas do uso e abuso de tais produtos. Um meio de acção verdadeiramente eficaz está pois nas mãos dos médicos; êles teem àlém disto a obrigação de encarar bem a responsabilidade tremenda que assumem, usando estas drogas repetidas vezes num mesmo doente.

*
* *

Mas se, com todas as precauções até aqui apontadas, os indivíduos adquirem o hábito, devemos então proceder como para as epidemias, isto é, ao seu isolamento, pois são muitos dêles, como já vimos, bons elementos de propaganda a favor do mal.

Para estes, existe então o tratamento curativo, que se consegue, fazendo o seu internamento em casas de saúde especialmente construídas para estes fins, e onde, sob a direcção de um único médico competente, auxiliado por um pessoal de enfermagem da máxima confiança, os doentes permanecerão durante todo o seu período de cura.

Aqui, serão submetidos ao único tratamento que existe, isto é, à supressão do tóxico, ou como muito pitorescamente dizem os franceses, ao *sevrage*.

A desintòxicação, que para o nosso estudo é a desmorfinização, pode fazer-se por três processos: *bruscamente*, deixando de ministrar o tóxico desde o primeiro dia do internamento; *lentamente*, diminuindo gradualmente a dose máxima, até à completa supressão; e *ràpidamente*, reduzindo logo de entrada a dose máxima a metade ou a um têrço, e descendo depois gradualmente. O primeiro, se beneficia o doente abreviando-lhe o período de tratamento, é, todavia, na opinião de Tanzi, um método cruel e perigoso: cruel, porque faz sentir em altíssimo grau os sofrimentos da abstinência, e tão horrorosos são, que os doentes que por lá passaram a primeira vez, guardam disso uma recordação atroz, e recusam-se terminantemente a aceitar uma nova cura que lhes seja imposta; perigoso, porque pode trazer complicações funestas, conduzindo fàcilmente ao colapso, e, muitas vezes, à morte súbita. Só pode, pois, ser aplicado aos

morfinómanos robustos, e que não tenham chegado a altas doses de *morfina*.

O segundo, o método lento, convém quási exclusivamente aos debilitados, que entraram no período de caquexia, aos vélhos, aos cardíacos em geral, aos doentes em que a supressão da *morfina* possa acarretar uma perturbação grave de qualquer órgão lesado, e, finalmente, aos indivíduos que chegaram a doses superiores a 1 grama diário. Tem o grande inconveniente de aborrecer e cansar extremamente os doentes, que não teem coragem nem paciência para sofrer durante tanto tempo esta cura, e conserva-os constantemente num estado de excitação.

Mas, de mais larga aplicação é o método *rápido*, preconizado na Alemanha por Erlenmeyer, e seguido na Inglaterra por Jennings e na França por Sollier. Êste método consiste, como já dissemos, em reduzir dia a dia a dose de *morfina*, com diminuïção em série, depois de haver reduzido sùbitamente a dose massiça a que o doente chegou.

No quadro a seguir, veem indicadas as doses regularmente decrescentes a administrar em dias sucessivos, tendo em conta a dose inicial:

Doses habituais		10-30 cgr.	30-40 cgr.	40-50 cgr.	0,5-1 gr.	1-2 gr.
Dias de tratamento	1.º dia . . .	8 cgr.	15 cgr.	25 cgr.	30 cgr.	50 cgr.
	2.º dia . . .	6 cgr.	12 cgr.	15 cgr.	20 cgr.	30 cgr.
	3.º dia . . .	5 cgr.	10 cgr.	12 cgr.	15 cgr.	20 cgr.
	4.º dia . .	3 cgr.	6 cgr.	7 cgr.	12 cgr.	15 cgr.
	5.º dia . . .	2 cgr.	4 cgr.	4 cgr.	8 cgr.	10 cgr.
	6.º dia . . .	1 cgr.	3 cgr.	3 cgr.	6 cgr.	6 cgr.
	7.º dia . . .		2 cgr.	2 cgr.	4 cgr.	4 cgr.
	8.º dia . . .		1 cgr.	1 cgr.	2 cgr.	2 cgr.
	9.º dia . . .				1 cgr.	1 cgr.

Todavia, causas particulares as mais variadas, podem surgir oportùnamente, e obrigar a uma modificação, no modo e rapidez da supressão, sendo o quadro de Erlenmeyer apenas um guia apròximado.

Êste método tão eficaz, também chamado por Sollier *o método fisiológico*, e que êle vem usando há mais de vinte anos, tendo já obtido mais de quatrocentos casos de cura, divide-se em quatro períodos: um período de *preparação*, um período de *supressão* ou de *sevrage*, um período de *eliminação aguda*, e um período de *convalescença*.

O primeiro período ou de *preparação*, dura de cinco a oito dias, segundo o grau de intòxicação, o estado geral da doente e o funcionamento de certos órgãos (fígado, rins, intestinos, coração, etc.). Durante êste período vai-se suprimindo os tóxicos em uso, progressivamente, e seguindo as indicações fornecidas pelas reacções individuais. Se se trata de

um *morfino-cocaïnómano*, é preciso prèviamente suprimir a *cocaína*, o que não apresenta, em regra, nenhum inconveniente grave; se se trata de um *heroïnómano*, deve-se fazer a substituïção da *heroína* pela *morfina*, mas na dose quási dupla.

Por outro lado, vai-se aproveitando a ocasião para pôr o organismo em estado de boa eliminação dos produtos alterados pelo tóxico, e aumentar a sua resistência para sofrer o *sevrage*. Como auxiliares da boa eliminação, empregam-se antes de tudo os purgantes, não quaisquer, mas dando a preferência aos calomelanos e à água de Sedlitz.

O doente deve ser purgado todos os dias, e é sòmente quando as evacuações alvinas forem asseguradas de uma maneira contínua e abundante, que se deve proceder à supressão.

Tentar o *sevrage* num *morfinómano*, tendo ainda tendência à obstipação, é expô-lo a todos os acidentes graves bem conhecidos, de que adiante falaremos, e que faziam outrora recuar diante de uma supressão rápida. Hoje, empregando o método das purgações quotidianas, estes acidentes já não são para temer, e há muitos anos que Sollier, na sua clínica, não tem visto uma única síncope no decurso do *sevrage*, o que era muito freqüente ou quási constante outrora.

Mas seria um êrro acreditar que bastaria purgar os doentes repetidas vezes para os preparar para a desintòxicação definitiva. O fígado e os intestinos

não são as únicas vias de eliminação dos elementos alterados pelos tóxicos, nomeadamente o *ópio* e seus derivados. E' preciso também actuar sôbre as glândulas que são susceptíveis de o armazenar (salivares, sudoríparas, etc.). Os banhos de imersão, os duches quentes e os banhos de luz, são úteis para as primeiras; a policarpina, no dia ou mesmo na véspera do *sevrage*, permite limpar as segundas. Finalmente, é preciso assegurar o funcionamento regular dos rins, e a sua permeabilidade completa.

Para que o organismo resista o melhor possível ao *sevrage*, deve fortalecer-se o doente, usando neste período uma alimentação tão substancial quanto possível, sendo o leite a base principal, acompanhada de medicamentos tónicos e estimulantes. Tem-se empregado sempre e com bons resultados, a esparteína adicionada à estricnina, precavendo-se assim o doente contra possíveis colapsos cardíacos. Tem-se notado que a esparteína, àlém de ser um bom tónico cardíaco, torna o *sevrage* de uma inocuïdade absoluta.

O segundo período é o da *supressão* ou *sevrage*. Todos os canais excretores das glândulas, estando livres, a hipersecreção, que resulta da falta do tóxico. encontra uma passagem fácil. O coração não tem nenhum esfôrço a fazer, e permanece no seu funcionamento quási normal, não havendo o perigo de síncopes.

As dôres, as agitações e agonias, muito especiais neste período e provenientes do esfôrço do organismo para se libertar, serão reduzidas ao mínimo, se êste esfôrço o fôr também. Sòmente os músculos que não teem via de excreção, são a sede de abalos e contracturas dolorosas, que devem ser acalmadas pelos banhos quentes freqüentemente repetidos.

Todavia estes fenómenos, que sobreveem durante o *sevrage*, não constituem um quadro fixo e inalterável, mas variam de indivíduo para indivíduo, sobretudo em relação à sua intensidade. E assim, há doentes que teem a princípio sofrimentos atrozes; depois, irritabilidade crescente, enfraquecimento da inteligência, crises de agitação, de lágrimas e de desespêro, episódios confusionais com alucinações aterradoras e impulsões perigosas em que o doente procura muitas vezes o suïcídio. A vontade mais firme de acabar com o veneno, nem sempre conduz à vitória.

Incapaz de suportar esta agonia e de dominar o seu estado moral, o paciente suïcida-se, muitas vezes até de caso pensado. E' nestes momentos que temos necessidade de lançar mão dos calmantes, físicos ou químicos, mas dando sempre preferência aos primeiros (banhos tépidos com aspersões de água fria sôbre a cabeça, etc.).

Do lado físico podem aparecer também perturbações gravíssimas: prostracções, aritmias cardíacas, hipotermias, tendências sincopais, dôres opressivas no

peito, gastralgias, náuseas e vómitos freqüentes, anorexia acentuada, suores frios, obstipação alternando com crises diarreicas, ataques convulsivos, podendo em qualquer momento aparecer a morte por colapso.

Estes sintomas devem ser imediatamente combatidos. Os mais graves são os do aparelho circulatório, que importa vigiar com cuidado e combater pelos tónicos cardíacos (digitalina, esparteína, estrofantina), pelos estimulantes (cafeína, éter, óleo canforado), pelos banhos quentes, duches frios, sinapização e faradização cutânea.

Durante êste período, a evacuação intestinal deve ser assegurada de tal forma que o doente não deve ficar mais que seis horas sem evacuar.

No caso contrário, devemos administrar os purgantes (água de Sedlitz), que em todos os casos é sempre dada durante os primeiros dias do *sevrage*, de manhã e à noite. Quanto mais fàcilmente o doente evacuar, tanto mais viva e rápida é a sua reacção, e tanto menos sofre.

Procedendo assim, temos a certeza de que ao fim de vinte-e-quatro horas após a última picada, o desejo da *morfina* tem desaparecido.

O terceiro período, ou de *eliminação aguda*, compreende os oito ou dez dias que sobreveem ao *sevrage*, e durante os quais o organismo continua a desembaraçar-se de todos os seus elementos intòxicados. O fígado em particular, sempre mais ou me-

nos reduzido durante o período da doença, toma o seu volume normal, e segrega bílis em abundância. Todo o tubo digestivo despoja-se pouco a pouco do seu revestimento mucoso. A pele descama-se, e toma uma coloração mais ou menos normal. As urinas, a princípio albuminosas e raras, tornam-se abundantes, claras e perdem a albumina. Se, no decurso da intôxicação morfínica, as glândulas sofrem uma diminuïção mais ou menos acentuada no seu funcionamento, e donde resulta geralmente a secura da bôca, da pele, a diminuïção da urina, a obstipação, etc., pelo contrário, durante a supressão do tóxico, produzem-se fenómenos inversos: há hipersecreção, que o tratamento empregado concorre para favorecer e exagerar.

Estas modificações consideráveis nos processos de renovação celular, concorrem muitas vezes para o aparecimento de uma albumina ligeira e transitória, que se acompanha de leucocitemia, devendo, segundo Morat, pertencer ao grupo das albuminúrias de origem leucopática. Há outro facto muito curioso e que bastantes vezes se vê aparecer nos *morfinómanos* submetidos ao *sevrage:* consiste no aparecimento de colecções purulentas subcutâneas, muitas vezes não inflamatórias e amicrobianas, nos pontos onde existem sinais de antigas injecções, sendo muitas vezes provocados por simples traumatismos. Passado êste período, estes abcessos, depois de abertos, cicatrizam com extrema facilidade. Parece haver uma analogia

entre estes abcessos, e os de fixação provocados pela essência de terebintina, pois quando êles aparecem é sinal de que o organismo reage bem e que a cura é muito provável. Os grandes banhos, os duches e uma purgação quotidiana, bem como o repouso no leito, que deve ser mantido desde o primeiro dia de tratamento, são as únicas indicações dêste período.

Pelo que diz respeito à alimentação dos doentes, Sollier aconselha a dieta completa durante o primeiro dia do *sevrage*, limitando-se ao uso de limonadas cítricas, e o café com leite, desde que o estômago do doente pode suportar alguma coisa. Aumenta muito progressivamente a alimentação, acompanhando os gôstos e desejos do doente, nos últimos dias do *sevrage*.

A perda de pêso que daqui resulta e que é devida sobretudo à desidratação do organismo, é de-pressa reparada, desde a primeira semana após o *sevrage*.

O quarto período ou de *convalescença*, é marcado pela volta de um apetite devorador, com digestões extremamente rápidas, o que permite ao doente fazer copiosas refeições, adquirindo assim em média dois quilogramas por semana, e muitas vezes três, quatro, e mesmo cinco quilogramas, se o indivíduo é de constituïção forte.

Durante êste período o organismo não se encontra por completo desembaraçado do tóxico, como o

prova o exame do sangue, e, se não houver cuidado, produzem-se crises eliminatórias, que teem o grande inconveniente de conduzir a um mal-estar geral que de novo desperta o desejo do veneno.

Para evitar isto, basta entreter cuidadosamente a eliminação intestinal, hepática e cutânea, lançando mão dos banhos, dos purgantes repetidos todos os dias, durante as três primeiras semanas, e depois, de três em três ou de quatro em quatro dias, e sempre que haja tendência para a obstipação. E' notável a facilidade com que estes doentes aceitam os purgantes repetidos. São êles, muitas vezes, ao fim de algum tempo, os primeiros a reclamá-los desde que se sentem menos livres do ventre. Deve-se notar também que, quanto melhor os doentes se submeterem a êste tratamento, tanto mais acentuado será o seu apetite e o seu aumento de pêso. Por outro lado, é interessante ver o pouco aborrecimento que isto lhes causa; meia hora depois de terem tomado o seu copo de Sedlitz, tomam o pequeno almôço sem inconveniente algum; o apetite é melhor e a digestão mais fácil.

A actividade dos órgãos genitais aparece ao décimo quinto ou vigésimo dia, e não tem necessidade de nenhum estimulante. No fim de sessenta ou oitenta dias, o doente pode considerar-se completamente curado e retomar o seu trabalho. Sollier insiste sôbre êste ponto: nem substitutivos, nem

hipnóticos. A-propósito dêstes últimos, o autor faz notar a acção desastrosa e imediata do trional, do sulfonal, e outros produtos do mesmo género, nos desintòxicados recentes, que caem muito ràpidamente, por mais pequenas que sejam as doses, num estado de depressão que, à primeira vista, os faz tomar por paralíticos gerais.

Tal é, como acabamos de descrever, o método rápido, o método fisiológico de Sollier, que hoje mais se emprega, e que oferece o máximo de segurança, o melhor resultado em curas imediatas e persistentes, e ao mesmo tempo o mínimo de duração no tratamento e de perturbações no período de *sevrage*.

Como já dissemos, os doentes são submetidos a êste tratamento em casas de saúde, especialmente construídas para êste fim, sob a assistência de um médico especializado, e de um pessoal de enfermagem competente e consciencioso, evitando-se assim todas as astúcias de que os doentes se servem para adquirir o tóxico, não esquècendo que os intòxicados usam sempre dos meios os mais sedutores e engenhosos para alcançar os seus fins. Os doentes devem conservar-se completamente incomunicáveis com a família, emquanto persistirem as perturbações ocasionadas pela supressão. O médico deve estar sempre pronto, durante êste período, a intervir imediatamente. Deve vigiar cuidadosamente o doente

do lado do aparelho circulatório, que fàcilmente pode ceder a um colapso inesperado. E' sempre oportuna a administração de esparteína e estrofantina, sendo a digitalina indicada nos casos mais graves. Perante a sintomatologia do colapso, deve-se recorrer às injecções de cafeína, éter, óleo canforado, etc.

Contra o estado de ânsia e de agitação, são muito úteis os banhos quentes prolongados, podendo também recorrer-se aos brometos, no caso em que aqueles sejam insuficientes.

As náuseas e os vómitos que teem a sua origem na hipersecreção gástrica, combatem-se com as lavagens do estômago, ou administrando água alcalina.

A anorexia será combatida pelos amargos. No caso de insónias, nunca se devem dar os hipnóticos, em regra inúteis, e por vezes nocivos; os banhos quentes prolongados, com aspersões de água fria sôbre a cabeça, constituem o melhor meio para combater êste sintoma.

O papel do médico perante um *morfinómano*, é tentar convencê-lo da necessidade que tem de se curar e de se tratar nas melhores condições. Deverá tentar encorajá-lo e animá-lo nas suas apreensões. Opôr-se terminantemente a deixá-lo tentar ensaios de *sevrage* progressivo no domicílio, ensaios que não dão resultado nenhum, e que só servem para esgotar as fôrças do doente, ao mesmo tempo

que tornam o seu tratamento ulterior mais dificultoso.

A cura da *morfinomania* requere, da parte do médico: firmeza, autoridade, abnegação, e uma vigilância constante, desconfiando sempre de tudo e de todos. Nunca se deve deixar levar pelas palavras, queixumes e outras propositadas manifestações que aparecem logo no início do *sevrage*, mas atender constantemente aos sintomas físicos, que melhor o elucidarão do verdadeiro estado do doente.

Se os doentes tinham o hábito de fazer as injecções a si próprios, convém, antes de começar a supressão, fazer a cura dêste elemento psíquico como primeiro tempo do *sevrage*.

Em alguns doentes, o desejo de se picar é tão imperioso como o do próprio tóxico, chegando mesmo, na falta dêste, a injectar-se com água fervida. E' pois de alta conveniência que as injecções passem a ser feitas por um enfermeiro de competência. E' bom fazer-se sempre a sugestão em vigília, levantando-se assim o espírito dos doentes, mostrando-lhes por meio de palavras, ou, se teem alguma instrução, colocando nas suas mãos livros de medicina, revistas ou romances sôbre êste assunto, e que descrevam o martírio físico e moral que sofrem os infelizes *morfinómanos* até a sua última ruína, na certeza de que êles próprios se encarregarão de exagerar, salutarmente é claro, todos os fenómenos pato-

lógicos de que tenham lido a descrição. Assim se consegue muitas vezes, duma maneira quási certa, suprimir o elemento prazer, o que é um dos pontos capitais para a cura persistente.

Na opinião de Tanzi, a sugestão em estado de hipnose completa, sempre que se possa fazer, é um meio dos mais eficazes.

«O hipnotismo, diz Grasset, deve ser empregado no maior número de casos de dipsomania e *tòxicomania* em geral, não por exaltar a vontade do indivíduo, mas por suprimir a perturbação poligonal mórbida que impede a vontade de se exercer regularmente.»

Vários outros métodos de cura teem sido aconselhados, mas não dando tão bons resultados.

Todavia, Lebeaupin e Jennings demonstraram, por mais de trezentos casos de cura, a eficácia do *Combretum-Sundaïcum*.

O modo de emprêgo é o seguinte: tomam-se 50 gr. de fôlhas desta planta, colocam-se numa chaleira com 4 litros de água, e deixa-se ferver até que a quantidade da água aí contida, fique reduzida à quarta parte. Divide-se o decocto, assim obtido, em duas garrafas de uma capacidade de 500 c. c., que se marcarão respectivamente com as letras *A* e *B*; deixam-se algumas horas num lugar sêco, fresco e ao abrigo da luz, tendo o cuidado de as conservar bem arrolhadas.

Colocar-se-há depois na garrafa *A* a dose diária de *ópio* ou *morfina* que o doente em tratamento tem por hábito tomar, tendo o cuidado de agitar a mistura para que se torne bem homogénea. O doente tomará seis ou sete vezes por dia cêrca de 30 gr. da mistura assim obtida na garrafa *A*, tendo o cuidado de substituir cada dose, assim retirada desta garrafa, por uma quantidade igual do conteúdo da garrafa *B*. Quando esta estiver vazia, dá-se ao doente sòmente a mistura da garrafa *A*, até ao final, altura em que se deve poder fazer a supressão completa.

Alguns terapeutas atribuem ao decocto das fôlhas desta planta uma acção tónica e colagôga. Todavia, a análise química não descobriu, até à data, nenhum alcalóide particular nesta planta, e a não ser uma certa quantidade de tanino, nada explica as suas propriedades antitóxicas. E' muito provável que a sua acção seja de ordem puramente psíquica, e na realidade, pôsto que muitas curas tenham sido obtidas com ela, tem-se notado que os doentes recidivam com extrema facilidade.

Ultimamente, Brissemiret e Challamel teem empregado, com alguns resultados, a *berberina* na dose de 10 a 20 centigr., associada à *helenina*. Esta associação que, segundo os autores, tem a vantagem de utilizar substâncias de uma inocuïdade absoluta e não susceptíveis de associar uma nova intòxicação à que se tenta combater, assegura ao

doente um bem-estar que pode rivalizar com a euforia morfínica, desaparecendo de uma maneira notável a penosa sensação de desejo do tóxico. Àlém disto, faz, sem período de preparação, uma desmorfinização progressiva e mais ou menos rápida; atenua as crises mortais e os sofrimentos do paciente; evita durante a convalescença as recaídas extremamente freqüentes; faz acelerar a volta do organismo depauperado ao estado fisiológico normal.

Mas, a-pesar-de todas estas innovações, o método fisiológico de Sollier prevalece, não só por se basear em dados puramente scientíficos, mas, principalmente, por ser o que melhores resultados nos tem fornecido. E' êste método, com efeito, o único capaz de criar uma reacção intensa, interessando todas as funções orgânicas, reacção esta que se nota por: descamação das mucosas, eliminação das células impregnadas de *morfina*, hipersecreção de todas as glândulas, muito especialmente as do tubo digestivo e as suas anexas, fenómenos reaccionais que é impossível obter por um método lento ou por substituïção.

As modificações hematológicas confirmam também, de uma maneira bem frisante, o valor da desmorfinização rápida.

Sabe-se que, durante a intòxicação, o sangue apresenta poucas alterações morfológicas ou estruturais; pelo contrário, durante o período de *sevrage*, a hiperglobulia e principalmente a hiperleucocitose

aumentam consideràvelmente. Nos primeiros dias após o *sevrage*, constata-se uma polinucleose com desaparecimento dos eosinófilos, e depois, pelo vigésimo dia, uma mononucleose seguida de eosinofilia e aparecimento de formas anormais (grandes macrófagos e mielocitos). Existem alterações morfológicas e estruturais dos hematias, traduzindo-se por hipercromia e aparecimento de microcitos. Os leucocitos, durante êste período, oferecem numerosas alterações nucleares e protoplasmáticas. Produzem-se igualmente modificações na resistência globular, que é, em regra, aumentada. A viscosidade sangüínea, aumentada também durante a intòxicação, cresce mais ainda durante o *sevrage* e durante as primeiras semanas após o mesmo. A volta ao normal, de todos os elementos sangüíneos, não se efectua senão pelo quinquagésimo dia depois da última injecção. Estes factos mostram o paralelismo notável e concordante em todos os pontos, entre as modificações hematológicas que sobreveem no decurso da desintòxicação, e o estado do sangue nas doenças infecciosas.

Os três estados sucessivos, que caracterizam a evolução da fórmula hemoleucocitária dos doentes em estado de desintòxicação (polinucleose, mononucleose e eosinofilia), lembram exactamente as três fases da reacção leucocitária da maior parte das infecções agudas. Da mesma forma a hiperglobulia

do início coincidindo com a diminuïção do valor globular, o aparecimento durante o período de mononucleose de leucocitos anormais, e o aparecimento momentâneo de grandes macrófagos, são outros tantos pontos comuns à reacção de desintòxicação e à das infecções agudas.

Podemos pois dizer que na fase de supressão, exceptuada a temperatura, assistimos a fenómenos absolutamente análogos aos das doenças infecciosas: reacções hematopoiéticas e quimiotáxicas destinadas a lutar contra todo o agente microbiano ou tóxico prejudicial ao organismo. No caso da desmorfinização, êste impulso reaccional não se reduz ùnicamente à destruïção do tóxico e dos produtos de desintegração celular que daí proveem; parece que o organismo aproveita com isso, predispondo-o para lutar eficazmente contra os germes infecciosos de qualquer ordem, que nêle tenham permanecido, e contra os quais toda a terapêutica se tem mostrado ineficaz, evolucionando espontâneamente para um melhoramento notável, e, muitas vezes até, para uma cura total.

Quando se pratica a desmorfinização nestes casos, por mais paradoxal que isso possa parecer, sucede muitas vezes que a afecção primitiva, por causa da qual a *morfina* foi dada, desaparece por completo e o doente adquire uma saúde melhor do que a que tinha antes da sua doença.

O estudo das reacções sangüíneas no decurso da desintòxicação, pode pois ser, como fàcilmente se deduz, de uma utilidade de ordem prognóstica e terapêutica indescritível. Em particular, a hiperleucocitose com polinucleose, indica a rapidez e a benignidade da desintòxicação; emquanto que a fraca reacção polinuclear, e o carácter tardio da mononucleose, são os sinais de uma desintòxicação lenta, e de uma convalescença retardada. Estes factos levam-nos a estabelecer uma analogia entre estas reacções e as provocadas pela essência de terebintina nas infecções agudas, nomeadamente na infecção puerperal.

Não devemos terminar êste capítulo sem frisar bem um ponto que tem um alto interêsse para a cura persistente dos *morfinómanos*.

Em todos os doentes que sofreram a cura da desintòxicação, persiste durante alguns meses uma tal predisposição, que, muitas vezes, basta uma pequena dose de tóxico para provocar nos seus organismos um estado que lhes desperta imediatamente o hábito, e cria um desejo tão imperioso, que os leva infalìvelmente à recidiva. Por isso, é de uma alta importância, nunca mais dar a um desintòxicado, mesmo muito tempo depois do *sevrage*, sob nenhum pretexto e sob nenhuma forma, qualquer dose, por mínima que seja, de um tóxico narcótico.

SEGUNDO CAPÍTULO

Cocaïnomania

RESUMO HISTÓRICO
DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

«Partout la polytoxie a été florissante, partout elle a bercé de ses illusions redoutables des peuples déja anémiés, épuisés, asthéniques ayant faim d'énergie.»

LEGRAIN.

Esta psicose, exactamente como as que acabamos de estudar, deve a sua origem ao uso longamente continuado da *cocaína*.

A *cocaína* é um alcalóide extraído da coca *(Erythroxilon Coca)*, arbusto da América-do-Sul, crescendo nas Índias, na Bolívia e no Brasil.

As fôlhas desta planta são levemente aromáticas e de sabor amargo.

Encerram diversos alcalóides, as cocaínas, que derivam todas de um núcleo comum, a *Ecgonina*, sendo uma delas, pelo menos, notàvelmente tóxica.

A que se emprega em terapêutica é a *metil-benzoíl--ecgonina*, por ser também a mais pura. Para se obter esta *cocaína*, isenta de todas as combinações nocivas, faz-se o seguinte: decompõem-se os alcalóides da coca nos seus elementos, entre os quais figura a *Ecgonina* isolada; tomando esta, e combinando-a primeiro com o anidrido benzílico e depois com o alcool metílico, obtém-se a *cocaína* acima indicada e isenta de todas as impurezas. Apresenta-se em grandes prismas incolores, transparentes, inodoros, amargos e insensibilizando momentâneamente a língua. São pouco solúveis na água, mas dissolvem-se bem no éter, alcool, clorofórmio, benzina e corpos gordos. Fazendo a sua combinação com os ácidos, a *cocaína* forma sais, dos quais o mais usado em terapêutica é o cloridrato; apresenta-se em agulhas brilhantes, muito solúveis na água e no alcool, mas insolúveis no éter, clorofórmio e benzina, Contém, por cada 100 partes, 89,25 de *cocaína* e 10,75 de ácido clorídrico.

Foi em 1869 que Samuel Percy observou pela primeira vez que a mastigação das fôlhas de coca, que os índios consideravam como divina, produzia uma notável diminuïção de sensibilidade da língua.

Desde 1869, Fauvel utilizou esta propriedade nas afecções dolorosas da laringe.

Cazal, em 1881, lembrou à Sociedade Médica dos Hospitais que a tintura de coca é um excelente

medicamento para obter a anestesia faríngea, bastando para isso pincelar com ela a mucosa daquela região.

Em 1884, Morell Mackenzie, em Londres, publicou os seus interessantes estudos sôbre os *Efeitos anestésicos da cocaína no tratamento das doenças das mucosas da faringe, laringe e nariz*, sendo nesta altura que a *cocaína* se tornou de uma aplicação menos excepcional.

Mais tarde, Jarvis, reconhecendo as suas propriedades vaso-contrictoras enérgicas, preconiza-a nas corizas particularmente rebeldes, na asma nasal e nas epistaxis.

Desde então, o alcalóide entra no domínio farmacêutico, e o seu emprêgo espalha-se cada vez mais.

Ruault prescreve-a em solução a 20 e 30 p. c. contra as epistaxis e outras afecções nasais, e, mais tarde o americano da Costa vai mais àlém: chega mesmo a elogiar a sua acção sedativa sôbre todo o sistema nervoso.

Em 1892, Wells descobre as suas propriedades anafrodisíacas.

Em 1893, os cirurgiões empregam-na como anestésico usual, e Réclus fixa de uma forma magistral a técnica da anestesia cirúrgica pela *cocaína*.

Em 1897, Fliess emfim, estuda as relações da mucosa nasal com o aparelho genital, e trata as

dôres dismenorreicas pelo toque com *cocaína*, de certas regiões da mucosa do nariz.

Desde então, principia a salientar-se a sua tòxicidade, embora, já em 1884, Moure e Baratoux dissessem: «E' preferível não repetir muitas vezes na mesma sessão os toques feitos com êste medicamento, e empregar ao princípio soluções fracas.»

No ano seguinte, o cocaïnismo principia a ser conhecido, e Shaw, em 1885, escreve: «Para certas pessoas, não há nada mais atraente que o uso habitual da *cocaína*. Ela dissipa o estado de fadiga e astenia física e moral, e produz uma deliciosa sensação de alegria e de bem-estar.»

Esta sensação de bem-estar, que, como diz o autor, certas pessoas começam a sentir, e desejam repetir com freqüência, sendo dominadas já por uma tendência irresistível para o alcalóide, constitui o primeiro passo da *Cocaïnomania*.

As intòxicações cocaínicas cada vez mais freqüentes, chamam então a atenção dos clínicos. Numerosos autores escrevem sôbre êste assunto, e, em 1887, o médico americano Frank Ring, *cocaïnómano*, descreve os sintomas que observou em si próprio durante o período da doença.

Mais tarde, Réclus, Erlenmeyer, Brouardel, Magnan, Vibert e outros, analisam e descrevem os sintomas, quer no estado agudo, quer no estado crónico.

Em 1899, Lutaud insiste, na Sociedade de Medicina Legal, sôbre as medidas que convém tomar para combater êste tipo de intòxicação.

Na época em que a *cocaína* entrou no domínio da terapêutica, a injecção subcutânea constituia o processo mais geralmente empregado. E' todavia o modo de intòxicação mais perigoso, não sòmente devido à rapidez do efeito produzido, mas sobretudo pela concentração, às vezes exagerada, das soluções de que os indivíduos se servem. A ingestão é completamente excepcional. O processo que mais era empregado, e a que hoje os *cocaïnómanos* quási sempre recorrem, é o das pitadas. A *cocaína* é então empregada, quer dissolvida prèviamente em água, quer, o mais das vezes, sob a forma de pó no seu estado de pureza ou misturada com outros pós inofensivos, entre os quais os mais habitualmente empregados são: a *lactose*, a *sacarina*, o *ácido bórico* e o *bicarbonato de sódio*.

Mas, pôsto que o cocaïnismo nasal seja quási tão antigo como a aplicação terapêutica da *cocaína*, só em 1908 Hautant assinala, num *cocaïnómano* por via nasal, uma ulceração do vestíbulo com produções inflamatórias fibrosas, e uma perfuração da cartilagem quadrangular. Descrições de casos dêste género tornam-se, desde então, numerosas.

Desde 1912, o crescimento alarmante da *cocaïnomania* dá origem a uma série de publicações: al-

guns autores estudam minuciosamente esta doença e o seu tratamento; outros, surpreendidos com o número sempre crescente dos intòxicados, chamam a atenção dos Poderes públicos para êste perigo social.

Em 1913 e 1914, muitos outros clínicos colhem numerosas observações, para bem mostrar a freqüência e as terríveis conseqüências que traz êste funesto hábito.

Os médicos, principalmente em França, onde o mal se faz severamente sentir, organizam conferências para insinuar bem no espírito do público o mal que o ameaça. Neste mesmo país, devido ao desenvolvimento assustador do tráfico da droga, sobretudo nestes últimos anos, a Imprensa e os Poderes públicos manifestam-se, procurando fazer uma repressão severa.

Os *cocaïnómanos* encontram-se em todos os grandes meios e em todas as classes sociais; porém, a *cocaïnomania* tem os seus centros. Em Paris, Montmartre e o Bairro Latino são dois focos onde o mal atinge o seu auge, chegando muitas vezes a assumir o aspecto de verdadeiras epidemias.

Em Portugal, o mal progride, alastra assustadoramente. Esta questão, infelizmente bastante desprezada entre nós, começa agora a tomar uma importância capital. Nos clubes de Lisboa e mesmo nos do Porto, os miseráveis exibem já as suas máscaras de cocaïnófilos. Muitos dêstes, ignorando por com-

pleto as conseqüências do mal que os domina, pensam ùnicamente no seu bem-estar artificial, e vivem para um veneno que à traição os conduzirá em breve à miséria, à loucura e à morte.

*
* *

Os *tòxicómanos*, reagindo de formas diferentes, segundo os inúmeros factores — temperamento, estado geral do indivíduo, dose do tóxico, antiguidade do vício, etc., — a sua classificação não poderá ser absoluta nem mesmo scientífica. Parece todavia que, segundo a predominante psíquica, os poderemos agrupar em duas categorias: os *solitários*, e os *colectivos*. Os primeiros, constituindo a minoria, pertencem ao número dos *sonolentos* ou dos *contemplativos* de tendências voluptuosas. Teem horror ao ruído e à luz. Gostam de idealizar um quadro de suavidade lasciva. Procuram, sob a acção das drogas, prolongar a euforia e o bem-estar, deslizando num sono de volúpia povoado de sonhos e visões agradáveis, realizando assim o que êles chamam o *Kieff*.

Os da segunda categoria, são todos aqueles que a droga excita intelectual e moralmente. Podem formar dois grupos: os *hiperexcitados cerebrais*, e os *hiperexcitados genitais*. Aos primeiros, pertencem

os *expansivos*, que, como a palavra indica, actuam constantemente, encontrando, neste estado de actividade, uma euforia diferente do *Kieff*, mas acompanhando-se de uma viva alegria. Tendem quási sempre para a megalomania. Não admitem a menor contradição, e estão sempre dispostos a batalhar, mesmo pelos motivos mais fúteis.

Pertencem a êste mesmo grupo os *concentrados*. São queixosos, inquietos, irritáveis, aflitos, manifestando os sinais de uma intôxicação avançada e próximo a caír nas alucinações e no estado delirante.

São geralmente indivíduos predispostos para a melancolia ou candidatos neurasténicos.

Os tóxicos despertam e exteriorizam nêles, depois de uma breve euforia, todas as fobias que escondem no fundo das suas almas. As visões que êles teem do mundo tornam-nos atrozmente pèssimistas, vivendo pois concentrados no meio de uma triste e dolorosa agitação.

Aos *hiperexcitados genitais* pertencem os *afrodisíacos*, os *sádicos* e os *anormais*.

A *cocaína*, sendo afrodisíaca para o homem apenas no início, traz em seguida uma frigidez quási total. Todavia êste período do cocaïnismo é grave, e todas as perversões genitais podem produzir-se sob a influência da droga. Na mulher, a excitação genital é extrema e acompanha-a em todos os períodos, sendo muito freqüentes os actos de sadismo.

ETIOLOGIA

A *cocaïnomania* tem, quási sempre, como a *morfinomania*, uma origem terapêutica.

Na grande maioria dos casos, os *cocaïnómanos* são também *morfinómanos*, e a razão está, em que muitos médicos, para combater os efeitos da intòxicação morfínica, empregam deploràvelmente a *cocaína*, não se lembrando que criam no doente um hábito mil vezes mais funesto do que o primeiro. E' um dos casos em que o tratamento é muito peor do que o mal que se tenta curar.

Pelas suas propriedades anestésicas, vaso-constritoras, e pela acção inibitória que exerce sôbre as secreções, a *cocaína* é de um emprêgo corrente em rinolaringologia e estomatologia. Associada habitualmente ao mentol, prescreve-se muitas vezes às cegas nas corizas, rinites e em certos casos de hidrorreia e de obstrução nasal. E' assim que, de uma maneira involuntária, os rinolaringologistas e

estomatologistas são muitas vezes os iniciadores do futuro intòxicado.

As mulheres pagam um pesado tributo ao cocaïnismo, mas ao cocaïnismo nasal em particular. Trata-se quási sempre de raparigas que, por um mau passo na vida, foram arremessadas para os antros da prostituïção, onde, para esquècerem a sua infelicidade, por curiosidade ou mesmo até por imitação, seguindo os exemplos e os conselhos das suas companheiras, em breve entram no caminho da *cocaïnomania*.

Mas não se deve acreditar que o contágio se faça ùnicamente neste meio, e do intòxicado ao indivíduo são. Sucede também que todo o indivíduo fraco de espírito pode lá chegar, levado ùnicamente por uma imitação automática, mesmo sem que a vontade intervenha.

O sexo feminino, bem como as profissões médica e farmacêutica, são por toda a parte as que mais contribuem para as estatísticas da *cocaïnomania*.

A grande maioria dos intòxicados são indivíduos que, em patologia mental, são agrupados na categoria dos nevropatas degenerados ou desequilibrados.

Estes indivíduos, sem vontade e sem carácter, são às vezes de boa família e possuindo uma certa instrução. E' que, embora tendo recebido uma edu-

cação cuidada, são dotados de uma grande instabilidade nas suas decisões e nos seus actos. São em regra mentirosos, ambiciosos e atingidos muitas vezes de perversões morais. Incapazes de resistir às suas paixões, caem ràpidamente nos vícios, uma vez que peçam às drogas a energia que o seu estado psíquico ou orgânico lha tenha recusado.

Sob a sua acção, sentem renascer uma actividade e um bem-estar geral, que, sendo apenas passageiros, os obriga a recorrer a novas doses e cada vez mais elevadas, para encontrar sempre aquele bem-estar patológico.

E' entre estes que devemos agrupar todos os *cocaïnómanos* célebres, romancistas, poetas, dramaturgos, oradores, artistas e todos os sábios, que pedem aos meios artificiais uma energia fictícia para os seus trabalhos.

SINTOMATOLOGIA

Evolução e complicações

Os efeitos da *cocaina* são bastante diferentes, segundo se trata de um primeiro ensaio ou, pelo contrário, de um hábito inveterado. No primeiro caso observa-se um conjunto de sintomas, descritos sob o nome de *cocaïnismo agudo*, ou *embriaguez cocaínica*, e que apresenta, na sua evolução, três estados: uma fase de *excitação*, uma fase *delirante*, muitas vezes acompanhada de impulsões violentas e seguida de uma fase de *côma*.

Estes estados variam, é claro, não só com a dose maior ou menor do tóxico, mas também com a receptividade do indivíduo para o mesmo. Num indivíduo não habituado, doses às vezes mínimas de *cocaina* podem determinar acidentes agudos, que aparecem também nos intòxicados crónicos após a absorpção de uma dose exagerada e maciça do mesmo tóxico.

Os acidentes, uma vez manifestados, incidem igualmente sôbre os sistemas circulatório e nervoso.

Os primeiros fenómenos observados pelos doentes variam segundo a porta de entrada do tóxico.

Quando a *cocaina* é inalada sob a forma de pó, produz-se, antes de tudo, uma anestesia completa da mucosa nasal, e ao mesmo tempo o indivíduo sente a meio da face uma sensação extrema de frio, observando-se então uma anemia particular dos tegumentos. Quando o tóxico é injectado subcutâneamente, produz-se a mesma anestesia local, mas a sensação de frio é menos nítida.

Os fenómenos são também aqui bastante diferentes daqueles que observamos para a *morfina*.

Emquanto que a primeira picada de *morfina* produz uma sensação de bem-estar, uma euforia consistindo numa espécie de entorpecimento do corpo com proveito das faculdades intelectuais, e durante a qual as dôres físicas e as preocupações morais se atenuam ou desaparecem, a primeira injecção ou a primeira pitada de *cocaina*, um pouco forte, produz uma espécie de embriaguez sob todos os pontos comparável à que seria produzida pela ingestão de uma certa quantidade de alcool.

Os olhos injectam-se, a face anima-se, o indivíduo torna-se muito falador, e, emquanto o *morfinómano* procura de preferência a solidão, a sombra e o silêncio, o *cocaïnómano* não permanece um ins-

tante no mesmo lugar: sente uma energia sobre-humana a invadi-lo, uma necessidade extrema de actuar e de falar. E' a fase de *excitação* com todos os seus sintomas.

Mas esta excitação, sempre fugaz no cocaïnismo agudo, desaparece ao fim de alguns minutos para dar lugar a uma sensação mais desagradável, de uma extrema prostracção, e durante a qual o indivíduo sente os seus membros pesados como chumbo, impedindo-lhes os movimentos, e o coração extremamente agitado, com uma forte taquicardia, que lhe aumenta o mal-estar na sua posição deitada.

A-par dêstes fenómenos veem as perturbações psíquicas; aparecem ordinàriamente, se a absorpção da droga se faz de uma maneira progressiva, como é o caso das inalações.

Trata-se quási sempre de uma excitação geral que dá lugar a uma agitação do tipo maníaco, e vindo muitas vezes acompanhada de alucinações e delírios. Todavia, estes últimos, são na intòxicação aguda muito difusos e de curta duração.

E' êste período da intòxicação que constitui a fase *delirante*.

As perturbações motoras podem observar-se nesta forma aguda da intòxicação, e, quando existem alucinações, estas perturbações acompanham-nas, precedendo-as ou seguindo-as. Trata-se as mais das vezes de fenómenos convulsivos, que po-

dem ser tónicos ou clónicos, observando-se muito freqüentemente na face e nos membros. As contracções tónicas dão lugar ao quadro sintomático de um estado tetaniforme, muitas vezes seguido de convulsões clónicas, encontrando-nos então em presença de um complexo sintomático, lembrando a crise de epilepsia essencial com aura, espuma, emissão de urina, etc. Neste estado, os olhos fixam-se, a vista turva-se, o ritmo cardíaco acelera-se, e esta aceleração é notada pelo doente sob a forma de palpitações muito penosas. O pulso torna-se pequeno, filiforme e muitas vezes incontável. O intòxicado tem quási sempre náuseas e vómitos, sendo muitas vezes estes extremamente biliosos.

Se examinarmos o doente neste momento, em plena crise de intòxicação aguda, somos impressionados pela sua palidez excessiva; os olhos são brilhantes, o olhar fixo e as pupilas dilatadas. A respiração é ansiosa; é uma verdadeira polipneia, sobretudo freqüente nos nervosos deprimidos e nos caquéticos.

Em certos casos a intòxicação bulbar determina o aparecimento do ritmo de *Cheyne-Stokes*.

A pele cobre-se de suores frios, as extremidades estão geladas, o pulso é miserável; numa palavra: encontrámo-nos em presença de um quadro clínico que pode ir da lipotímia ao colapso nitidamente caracterizado.

Mas, às vezes, os fenómenos observados são ainda mais graves: a perda do conhecimento sobrevém conjuntamente, e temos então, ou a síncope cardíaca com todas as suas desagradáveis conseqüências, ou o estado *comatoso*.

Em resumo: os sinais do cocaïnismo agudo são muito variáveis, mas podem ser esquematizados, segundo o grau de intòxicação, da maneira seguinte: Se a intòxicação é fraca, assiste-se ao desenrolar de sintomas dependentes de uma ligeira perturbação vaso-motora. Se a intòxicação é mais intensa, as perturbações cardíacas e cerebrais aparecem. Emfim, se a intòxicação é maciça, àlém dos acidentes indicados, as perturbações respiratórias alarmantes dominam a scena clínica e terminam em regra pela morte.

Mas, se a absorpção da droga é lenta, progressiva e prolongada, aparece então pouco a pouco um conjunto de sintomas que caracterizam o cocaïnismo crónico ou a *cocaïnomania*. Esta é muito vulgar nos indivíduos que usam a *cocaína* em pitadas, isto é, nos tomadores.

Não é senão ao fim de alguns dias, depois de uma série de pitadas, que os tomadores começam a deliciar-se com os encantos do veneno e a sentir a satisfação e a alegria da embriaguez cocaínica.

Podemos aqui distinguir duas fases: a primeira é caracterizada por um crescimento do dinamismo

geral, traduzindo-se, de um lado, por uma excitação intelectual às vezes muito pronunciada; os indivíduos teem, com efeito, uma lucidez e uma vivacidade de espírito, que nunca conheceram no estado normal.

Os problemas mais difíceis e mais delicados apresentam-se-lhes sob um aspecto mais simples e parecem fáceis de resolver; há abundância de ideias por associação puramente automática, loquacidade, verbosidade, uma necessidade imperiosa de actividade física e intelectual, uma exaltação constante, que pode durar dia e noite. Neste estado de excitação contínua, o *cocaïnómano* torna-se insuportável, apresenta uma irritabilidade particular, não admitindo a menor contradição. A-propósito das mais pequenas futilidades, está disposto a batalhar. A's vezes, mesmo sem motivos, procura as questões no meio dos seus conviventes, indo muitas vezes até à injúria e à ofensa.

A *cocaína*, contràriamente ao efeito produzido pelos outros narcóticos, acusa e exalta as qualidades e os defeitos, as particularidades boas ou más, sondando profundamente o indivíduo. Se elas estão simuladas ou escondidas, o tóxico descobre-as manifestando-as.

Exaltando as personalidades, a *cocaína* tem o poder de arrancar a máscara enganadora confeccionada pela educação, as conveniências, a hipocrisia

das relações sociais, e de revelar o indivíduo segundo a maior verdade psicológica.

A segunda fase, à qual o indivíduo nem sempre chega, é caracterizada por uma indolência psíquica com sonhos agradáveis, nos quais o doente se deleita, conservando uma imobilidade constante, como receasse que, com a execução de um breve movimento, fizesse cessar os encantos da sua sonolência. A's vezes, todavia, no meio desta calma produzem-se descargas motoras, sob a forma de movimentos bruscos e impulsivos.

Infelizmente para o doente, esta euforia de início não é duradoura; o hábito é muito mais ràpidamente adquirido que para a *morfina*. Então, para encontrar o seu bem-estar inicial, é forçado a aumentar constantemente as doses. Há *cocaïnómanos* que em poucos dias chegam a tomar 2 e 3 gramas da droga em 24 horas. Com tais doses, em algumas semanas ou meses o organismo altera-se profundamente, sobrevindo uma verdadeira caquexia. Ao mesmo tempo as faculdades intelectuais são também muito atingidas, marchando o doente progressivamente para uma irremediável demência.

E' o que constitui o estado mental do cocaïnismo crónico. A memória torna-se infiel e preguiçosa, tanto para os factos antigos como para os recentes; a percepção, mais imprecisa; a vontade enfraquece, e uma verdadeira incapacidade para o trabalho esta-

belece-se ao fim de algum tempo. Os *cocaïnómanos* perdem pouco a pouco toda a energia. Dolentes, apáticos, passam horas e horas numa completa sonolência, incapazes de tomar a menor decisão ou de realizarem os actos mais indispensáveis. Os sentimentos afectivos alteram-se também, tornando-se os doentes indiferentes a tudo e para todos.

Mas é sobretudo o sentido moral que é profundamente tocado. A perda completa dêste sentido é uma regra que não sofre excepção; daqui as falsidades, os roubos, a prostituïção, as tendências para a destruïção e incêndio, e até para o homicídio, sendo isto quási sempre com o único fim de adquirir o veneno.

O *cocaïnómano* tem como que um véu diante da consciência; não sòmente é capaz de actos repreensíveis, imorais, estúpidos ou extravagantes, mas ainda, comete-os pùblicamente, sem dar conta da sua gravidade. A perversão do sentido genital é ainda uma conseqüência da excitação genital produzida pelas primeiras pitadas. O grande número de homosexuais, que aparecem actualmente nas grandes cidades, são na maioria *cocaïnómanos*.

Numa fase mais adiantada da *cocaïnomania*, a insónia instala-se, completa e absoluta.

E' entrecortada por pesadelos zoópsicos e profissionais, às vezes voluptuosos como os dos alcoólicos crónicos. E' então que as mais das vezes sobre-

vém a psicose cocaínica, sobretudo nos indivíduos constitucionalmente desequilibrados. Esta apresenta em regra dois períodos: Um período de *perturbações sensoriais*, caracterizado por ilusões e alucinações visuais, auditivas, gustativas, olfactivas e da sensibilidade geral, podendo associar-se em combinações as mais variadas.

O doente vê pontos negros ou de múltiplas côres, que se movem sôbre a pele ou sôbre o vestuário, em todas as direcções, e que êle toma por pulgas, piolhos, formigas ou outros quaisquer insectos, vermes, etc. Outras vezes não explica ou não pode explicar a natureza daquilo que vê, mas persegue estes pontos com a ponta de uma agulha ou alfinete; vê-os saltar, mas não pode seguir as suas evoluções. A's vezes vê-os saír através da pele; passa então o tempo a extraí-los, produzindo assim grandes feridas, que êle aumenta com as unhas, na esperança de encontrar o animal que o atormenta. As suas visões, ou são megalópsicas ou micrópsicas, podendo tanto umas como outras serem de uma só côr ou de côres variadas.

Trata-se muitas vezes de sombras que dançam à volta do intòxicado, assustando-o horrìvelmente; outras vezes são espectros ameaçadores, cadáveres, pessoas que o perseguem e tentam prendê-lo. Serpentes de formas bizarras e medonhas, gatos e ratos que saltam sôbre o leito e sôbre os móveis.

Vampiros que se precipitam sôbre êle, soltando gritos horrorosos. Pessoas de ambos os sexos nuas e em atitudes lascivas, etc. E' freqüente ver também todas as pessoas e todos os objectos cobertos de micróbios.

As alucinações auditivas são também freqüentes. Os doentes ouvem, quer melodias singulares, quer gritos indistintos e rumores fantásticos. A's vezes percebem a voz de um amigo querido que lhes fala, ou então ouvem vozes humanas proferindo palavras grosseiras ou ofensivas. Outras vezes ouvem ruídos extraordinários, que os assustam horrìvelmente.

Sob a influêneia destas alucinações, uns entrincheiram a porta do quarto; outros, sentindo passos, remexem tudo à sua volta para se certificarem de que ninguém existe; outros ainda, atiram-se pela janela para escapar aos ladrões, assassinos, etc., que são para êles a origem dos ruídos percebidos.

As ilusões e alucinações da sensibilidade geral teem, por carácter particular, fazer nascer as sensações de corpos estranhos sob a pele.

Estas são em regra as primeiras a aparecer. Assim, as picadas e os formigueiros, originados pelo tóxico ao eliminar-se, dão origem a sensações ilusórias subcutâneas ou submucosas; umas vezes são vermes procurando vir à superfície dos tecidos, outras vezes são cristais de *cocaína* ou outros corpos, que obrigam num e noutro caso os doentes a rasparem

a pele e às vezes a língua, para se libertarem dos mesmos. Há também casos em que os doentes teem a sensação de segurar um objecto na mão, tendo-a na verdade completamente vazia.

As alucinações do cheiro são menos freqüentes; todavia, alguns *cocaïnómanos* são às vezes incomodados com os cheiros mais extravagantes; é freqüente o cheiro que sentem a chamusco, e casos há, em que os doentes, temendo um incêndio e procurando salvar-se, tão desvairadamente o faziam que encontravam a morte; outras vezes abrem todas as janelas e portas, porque sentem o cheiro de um gás com que os querem envenenar.

Estes fenómenos, seguindo a sua evolução, fazem entrar os intòxicados no período de ideias delirantes. Durante algum tempo os doentes notam bem que são joguetes das perturbações sensoriais; apreciam-nas e discutem-nas. Depois, as alucinações, aumentando de número e de intensidade, acabam por acreditar na realidade de tudo o que vêem, ouvem e sentem de extraordinário. O delírio vai edificar-se. A sua forma é muito variável: delírios de perseguição, de ciúme, ideias hipocondríacas, ambiciosas, etc., que coexistem com a conservação da lucidez e da orientação, como nos delírios sistematizados.

O delírio cocaínico é, como se vê, um delírio essencialmente alucinatório. A perturbação das ideias nunca é primitiva; ela executa-se e enxerta-se

constantemente sôbre perturbações sensoriais. Se os doentes teem visões de animais, figuras humanas, sombras; se ouvem sons, vozes injuriosas, etc., acreditam também que são perseguidos por uma personalidade que conhecem, ou que imaginam: teem mêdo, e muitas vezes escondem-se num lugar obscuro. A's vezes mesmo, sob a influência de uma alucinação ou ilusão, entregam-se a actos de uma extrema violência, com tendências agressivas, e que aparecem ràpidamente, sem que nada os fizesse prever. Acreditam que são espiados e cercados, e, contràriamente aos alcoólicos, que fogem as mais das vezes, atacam para se defenderem.

Compreende-se fàcilmente que, neste estado demencial, os *cocaïnómanos* constituem um perigo tão grave para êles, como para os outros. As ideias de ciúme ou de perseguição, atingindo a forma delirante, impelem-nos freqüentemente ao homicídio e ao suïcídio, sendo preciso nestes casos tomar imediatamente, contra êles, as medidas de segurança necessárias.

Finalmente, se o indivíduo continua com o uso do tóxico, sobrevém então a psicose aguda, acompanhada de confusão mental, agitação, panofobias, etc., que trazem uma decadência extrema para o estado somático do infeliz intòxicado. O doente torna-se excessivamente magro, pálido-terroso, enrugado, com o aspecto de velhice precoce; uma contractura des-

via a comissura dos lábios; o nariz é achatado, e as narinas, muitas vezes desiguais, dilatam-se pouco a pouco; os olhos pestanejam continuamente e as pupilas estão constantemente dilatadas; o doente é animado de gestos febris e titubeantes; a sua voz torna-se rouca; fala e gesticula como um embriagado. Apresenta tiques variados, em particular movimentos da língua, devidos à secura constante da bôca. E, quando a droga tem cessado de actuar, depois do período de excitação, o *cocaïnómano* torna-se incapaz do menor esfôrço; uma espécie de angústia parece invadi-lo, torturando-o horrìvelmente. Para banir tudo isto, reclama constantemente a droga, formando-se assim um terrível círculo vicioso, pois o tóxico é o remédio para todos os seus males, que voltam cada vez mais numerosos, quando o efeito do veneno tem cessado de se fazer sentir. E assim, à excitação cerebral associa-se uma excitação física muito nítida. Os doentes são acometidos de uma excitação tal, que os obriga a um movimento incessante. Emquanto que os *morfinómanos* sentem como um entorpecimento geral do corpo, o tomador de *cocaína* é capaz de todos os esforços e de todas as fadigas. Há hiperexcitabilidade neuromuscular; os reflexos são em geral exagerados.

São também muito vulgares os trémulos generalizados; nas mãos às vezes são tão acentuados que impedem os doentes de executar certos trabalhos;

os da língua são causas muito freqüentes das perturbações da palavra (disartria). Há abalos musculares dos membros, caimbras, etc. Pode tratar-se mesmo de verdadeiras crises epileptóides.

Nestes casos, os doentes caem com perda do conhecimento, pulso acelerado, respiração rápida, sendo os membros a sede de abalos freqüentes e repetidos.

Do lado da sensibilidade notam-se anestesias superficiais e profundas, formigueiros mais ou menos intensos, pruridos e sensações de picadas, principalmente nas extremidades. As dôres fulgurantes dos membros inferiores são freqüentes; as cefaleias e as vertigens são constantes. A acuïdade visual é muito enfraquecida; as imagens percebidas pela retina são deformadas e são dentro em pouco a origem de ilusões diversas. Do lado do ouvido, as perturbações consistem principalmente em zumbidos, silvos, tinidos, vozes, cantos ou gritos indistintos que, passageiros a princípio, poderão tornar-se predominantes, se as alucinações aparecem.

A' excitação genital, muito particular no início, sucede uma diminuïção das funções, indo até à frigidez.

Na mulher, a dismenorreia a princípio, e depois a amenorreia, são freqüentes.

Paralelamente a estas perturbações gerais, evolucionam as perturbações circulatórias e digestivas,

cujo resultado final é, como na intòxicação morfínica, a caquexia e a morte.

Do lado do coração notam-se com freqüência os desfalecimentos, a taquicardia ou mesmo a taquiaritmia, palpitações, síncopes freqüentes e, emfim, crises dolorosas lembrando a angina do peito. A respiração é acelerada. O aparelho digestivo não é menos atingido; o apetite, caprichoso, é quási nulo; a diarreia é quási constante; os vómitos são freqüentes e o hálito extremamente fétido. Os tegumentos são descòrados, ou teem a côr subictérica. O emmagrecimento é extremo. Os olhos, alucinantes e fixos, são encovados e as maçãs do rosto salientes.

Emfim, se uma síncope cardíaca não vem terminar êste tocante quadro, o doente morre em breve numa caquexia extrema.

O cocaïnismo crónico traz, como o morfinismo, complicações locais e gerais. Os acidentes locais consistem ordinàriamente numa destruïção do septo nasal, com perfuração da cartilagem quadrangular. Esta produz-se geralmente depois de pitadas abundantes, numerosas e repetidas. Quási sempre a mucosa nasal encontra-se pálida, anemiada em toda a sua extensão. Hautant atribui a destruïção dos elementos anatómicos do septo à acção vasoconstritora da *cocaína*, agravada pela morte dos glóbulos brancos que, destruídos por ela e tornados de uma

consistência mais dura, produzem a obstrução dos capilares sangüíneos. Estes glóbulos, tendo perdido a plasticidade que lhes permite caminhar através dos capilares, encontram-se com efeito parados, e os tecidos, não sendo irrigados, são atacados de necrose. Uma escara forma-se então, que acaba por se eliminar, dando a perda de substância; mas é muito provável que a esta causa se deva juntar a acção directa do veneno sôbre as células da mucosa.

Como complicação geral, a favor do emmagrecimento e das perturbações gerais que a intòxicação determina, o *cocaïnómano* oferece um terreno muito favorável para o desenvolvimento das grandes infecções, em particular da tuberculose.

PROGNÓSTICO

Depois de tudo o que foi apontado na sintomatologia, fàcilmente se deduz quão grave é esta intôxicação.

Todo o indivíduo que se entrega a êste funesto hábito, expõe-se a uma morte súbita por síncope, ou, pelo abuso contínuo do tóxico, é levado a uma decadência física e intelectual irremediável.

Sob a influência das alucinações, delírios, etc., o estado do intòxicado torna-se particularmente sério e necessita muitas vezes do internamento numa casa de saúde especial.

Nos degenerados, o prognóstico é particularmente sombrio. Nestes casos, a decadência moral e física é certa.

Conquanto seja fácil combater ou suprimir o tóxico, o prognóstico mantém-se grave, pelo que respeita ao futuro dos doentes, que de ordinário recidivam com extrema facilidade. Todavia, um indivíduo

sem taras, tendo uma vontade firme de deixar o veneno, e sendo submetido a um isolamento prolongado e a um tratamento psíquico bem conduzido, pode curar-se fàcilmente e não mais recidivar.

O prognóstico da *cocaïnomania* varia, pois, com inúmeros factores, sendo contudo na grande maioria muito grave e às vezes mesmo fatal.

TRATAMENTO

Como na *morfinomania*, é principalmente à profilaxia que devemos recorrer para combater êste terrível flagelo.

Se os médicos pouco cuidadosos na prescrição dos tóxicos, e os farmacêuticos pouco escrupulosos no exercício da sua profissão, são causas graves da propagação do mal, mais grave é ainda, sem dúvida, a traficância clandestina. E se é relativamente fácil, por uma vigilância estreita, impedir as fraudes cometidas pelos farmacêuticos, o mesmo já não sucede para os traficantes, que actualmente abundam por toda a parte. São estes, particularmente, os verdadeiros maléficos; êles levam o veneno aos próprios domicílios, favorecendo assim uma legião de intòxicados, que por sua vez se esforçam por não comprometer nem descobrir os seus vendedores habituais. A lei deveria ser escrupulosamente cumprida nestes casos, castigando severamente todos os trafi-

cantes e os seus cúmplices, englobando num mesmo sistema de repressão o farmacêutico que tivesse, por exemplo, omitido colocar, sôbre uma prescrição tóxica, as etiquetas regulamentares, ou o médico que se tivesse esquècido de datar uma receita prescrevendo todo e qualquer produto tóxico.

Porém as leis, só por si, são insuficientes para suprimir completamente o abuso dos tóxicos. Talvez mesmo em alguns intòxicados leve a um resultado oposto.

E' com efeito de noção corrente, que a repressão, ou mesmo a ideia de uma repressão possível, cria em certos indivíduos um estado psicopático especial, que triplica o valor das sensações do acto proscrito, e incita a adquiri-las. E', como diz o ditado popular: «Todo o fruto proïbido é sempre o mais apetecido»; e, com efeito, a sciência o demonstra.

Contra esta intòxicação vivaz, ameaçadora, que cresce e avança a passos largos, reprimir é bom, mas prevenir será melhor.

Que se persiga os traficantes, quaisquer que êles sejam, e por toda a parte onde exerçam a sua maléfica profissão, isso é necessário, e convém mesmo que se use de uma energia constante; mas, ao lado disto, é de um alto valor orientar as classes sociais com uma educação firme de higiene profilática, que infelizmente tão desprezada se encontra entre nós.

Seria de uma alta importância que às crianças, durante os seus estudos ou ao terminar os mesmos, na idade em que todos os apetites se despertam e em que todos os desejos se tornam mais ou menos imperiosos, se lhes indicasse, de uma maneira clara e simples, os perigos de certas doenças e de certos vícios, evitando-se assim que sejam levadas por êles à ruína física e moral.

Mas, a-par de tudo isto, devemos igualmente tratar os intòxicados que são também, como já vimos, uma das causas da propagação do mal, que cresce sob a influência de certas sugestões, muito principalmente em determinados meios.

O tratamento curativo empregado na *cocaïnomania* consiste, como na *morfinomania*, na supressão do tóxico.

Esta deverá ser brusca e absoluta.

Não resulta daqui, ao contrário do que sucede na *morfinomania*, nenhuma perturbação grave para o doente.

Isto é devido a que a *cocaína* se elimina com mais facilidade e não satura o organismo, nem o intòxica ao mesmo grau que a *morfina*; mas a brusca privação do veneno pode todavia provocar uma angústia que cria um verdadeiro sofrimento, e determinar um estado maníaco vizinho da loucura.

Não obstante isto, o *sevrage* dos *cocaïnómanos* é relativamente fácil de fazer. Mas, para que a cura

seja verdadeiramente eficaz, é preciso colocar o doente num isolamento completo, sob uma vigilância constante, rigorosa e prolongada, evitando-se assim todas as falcatruas que êle possa empregar para adquirir o tóxico. Nesta intòxicação, as fraudes são ainda mais para temer que na *morfinomania*.

E' preciso isolá-lo completamente dos seus e recusar-se a todas as suas súplicas.

O isolamento prolongado permite, àlém disto, um tratamento psicopático seguido, cuja eficácia é incontestável.

Os insucessos resultam quási sempre de um isolamento muito breve, de uma falta de vigilância ou de firmeza da parte dos enfermeiros, que por ambição se deixam fàcilmente subornar, ou por piedade se comovem com as súplicas ou crises de desespêro dos doentes submetidos ao *sevrage*.

Durante a cura de supressão, é de grande proveito para os doentes o uso dos banhos quentes prolongados (combatendo-se assim, como para a desmorfinização, a hiperexcitação nervosa dos intòxicados) e o dos purgantes, para favorecer a eliminação do tóxico.

Se as têndencias sincopais aparecem, serão combatidas pelo uso da esparteína, cafeína e outros tónicos cardíacos, que deverão ser prescritos também no período de preparação para prevenir estes mesmos estados sincopais.

A superalimentação está indicada, porque é de um alto interêsse que o doente adquira ràpidamente as suas fôrças. As funções orgânicas regularizam-se ao fim de alguns dias, e todas as perturbações relacionadas com o *sevrage* vão-se atenuando progressivamente até ao seu completo desaparecimento.

TERCEIRO CAPÍTULO

Sociologia

«La toxicomanie est bien une complication inouïe de la vie d'une nation. Elle equivaut à un affaiblissement du capital humain sous sa quadruple forme: intellectuelle, morale, physique et économique.»

LEGRAIN.

O perigo da *morfina*, da *cocaína* e de todos os outros narcóticos é real, ameaça corromper a sociedade e destruir a civilização. Cresce sem cessar, não obstante as leis severas que o combatem.

Em França, o contrabando dá-lhe dia a dia um tal impulso, chegando já mesmo a atingir as crianças de ambos os sexos.

Estudantes e muitos outros jovens são levados a tomar o *coco*, como aqui são convidados a tomar um café. Só a educação é que poderá ter o máximo de acção no combate contra estas drogas assassinas. As medidas legais, ainda que severas, são, só por si, insuficientes para combater êste mal. Em

França, onde êle alastra assustadoramente, tem-se trabalhado sem descanso, fazendo os médicos conferências públicas contra os perigos dos tóxicos, e os legisladores tomando medidas severas, para assim opôrem uma barreira ao desenvolvimento de tal epidemia.

O nosso ilustre compatriota Sr. Dr. Melo Viana, médico muito distinto em Paris, honra-nos sobremaneira com as suas conferências, na *Société Savante*, sôbre êste assunto. São dêle estas palavras que directamente nos comunicou e que com o devido respeito para aqui transcrevemos, mostrando-nos bem quais as medidas tomadas em França contra o perigoso tráfico:

. . . . . .

« A *Sureté Générale* em Paris, criou um serviço de *repressão das fraudes em matéria de tóxicos*, em harmonia com as disposições legais sôbre o assunto; êste serviço tem um grande número de empregados, cuja actividade é incessante; auxilia e completa actualmente os serviços da polícia judiciária, e tem agentes espalhados por todo o território francês; pois, averiguou-se há alguns anos, que a *morfina*, o *ópio*, a *heroína*, a *cocaína* e outros tóxicos de proveniência estrangeira (alemã principalmente) eram expedidos para as terras de província francesa, e só mais tarde entravam em Paris. As agências policiais da província estão em contacto

permanente com a sede parisiense e trabalham em perfeito acôrdo, perseguindo sem tréguas o criminoso tráfico; pois tinha-se verificado, com efeito, que êsse tráfico diminuíra sensìvelmente em Paris (em conseqüência da incessante actividade da polícia), para se refugiar na província.

O vício da *cocaína*, que vinha aumentando de ano para ano em França, teve um incremento espantoso durante a guerra, sendo várias as causas apontadas para êsse facto: Muitos fumadores de *ópio* privados da sua droga favorita (pela vigilância rigorosa exercida nos vapores de transporte de tropas das colónias e do estrangeiro para a metrópole), passaram a substituir a fumarada de *ópio* pela pitada de *cocaína*.

Muitos intòxicados pela *morfina* mudaram de droga, pensando assim livrar-se do seu vício.

Por sua vez, a Alemanha protegia e auxiliava o contrabando das drogas tóxicas, pelas fronteiras neutras da Suíça e da Espanha.

Recorriam os contrabandistas aos mais astuciosos expedientes, alimentando o vício funesto, inundando a França do terrível veneno, que passava as fronteiras dentro de lapiseiras, canetas e relógios dos empregados dos caminhos de ferro, no fôrro dos espartilhos das mulheres, no interior das coleiras dos cães ou dos pneumáticos dos automóveis, etc.

No princípio da guerra, quantas cartas registadas no correio, com valor declarado, traziam dentro o famoso pó branco embrulhado em papel de sêda!... A diversidade dos destinatários e a proveniência de países neutros, afastava as suspeitas de fraude, descoberta finalmente pela censura militar da correspondência. E, quantos quilos de drogas tóxicas introduziram em França os aviadores vindos da Suíça e da Espanha!... Em França, a lei é muito severa para os criminosos vendedores e detentores de produtos tóxicos: multa avultada, prisão e expulsão do delinqüente do território francês.»

. . . . . .

Não obstante tudo isto e a elevação constante do preço, o veneno infiltra-se até mesmo nas mais baixas camadas sociais.

Os contrabandistas são cada vez mais numerosos. São principalmente os profissionais do tráfico que espalham a droga por toda a parte, dando-lhe os nomes muito vulgares de *respirette*, *podrette*, *neige*, *blanc*, etc.

Hoje, o termo mais empregado é «*la came*», diminutivo de *camelote*, e o pequenino pacote contendo o grama de *coco* recebe o nome de *parqueson*. A sua venda, sendo muito remuneradora, tem activado o vício largamente.

¿Que importa o preço exorbitante do tóxico? O *toxicómano*, desprovido do seu excitante, é levado

a todos os sacrifícios para o adquirir, e quando está sem dinheiro não hesita em vender o que possui, até mesmo o que lhe tenha sido mais querido.

A pitada de *cocaína*, ou a injecção de *morfina*, tornou-se a sua necessidade mais indispensável. Vêem-se assim indivíduos, reduzidos à miséria, trocar pelo veneno as suas jóias, as peças de vestuário, ou outros objectos de valor, e muitas vezes até tornarem-se profissionais do tráfico.

Desde a última guerra, a França e outros países veem lutando tenazmente contra êste flagelo, que tenta arruïná-los de morte. Mas, mesmo antes da guerra, o tráfico alemão era tão importante, que se podia comparar já a uma ofensiva tóxica.

A *cocaína* sintética é, como já vimos, fabricada na Alemanha, principalmente em Darmstadt e Mannheim, em muito grande escala.

Em Paris, Montmartre e o Bairro Latino são dois focos de abundantes paraísos artificiais.

Aí, onde o veneno se adiciona agradàvelmente à prostituïção e ao *deboche*, vão caír muitas das criaturas perseguidas pela desgraça, lançando-se assim no caminho da morte, depois de haverem sofrido uma vida de depravações e de miséria, ou de serem recolhidas nos manicómios ou nas prisões.

A Inglaterra e a América teem lutado, tanto ou mais que a França, contra o terrível vício. Na América, por exemplo, a *cocaína* é tão apreciada, que a

audácia dos traficantes vai até ao ponto de oferecerem gratuïtamente as primeiras doses aos estudantes das universidades e dos liceus, sabendo que em breve serão bem remunerados.

O número dos *cocaïnómanos*, bem como o dos *morfinómanos*, é aí extremamente avultado.

Segundo a *Narcotic Education Association*, de Paradena, na Califórnia, os Estados-Unidos consomem actualmente mais *ópio* que qualquer outro país do mundo. Assim, antes da legislação de 1914 sôbre os narcóticos, aquele país importava anualmente 210 toneladas de *ópio*, e esta quantidade satisfazia a paixão de cêrca de um milhão de *ópio-morfinómanos*. Depois desta legislação, a importação anual para as necessidades médicas desceu a 80 toneladas. Mas, segundo uma nova lei votada em 1922, esta importação ficou ainda mais reduzida, sendo então o uso do tóxico exclusivamente restringido às necessidades reais da sciência médica.

Todavia, não obstante todas estas repressões e restrições, afirma-se que o número dos tòxicómanos fazendo uso do *ópio* e seus derivados, e da *cocaína*, atinge as imensas proporções de quatro milhões.

Quatro milhões de americanos, numa população total de 130 milhões, envenenando-se diàriamente com estes tóxicos, a-pesar-das leis mais severas!...

O perigo é tanto mais assustador, quanto é certo que, segundo as estatísticas, 80 % dos indivíduos entregues a estes tóxicos são jovens de menos de vinte anos.

Crianças de 12 a 15 anos já se dedicam aos narcóticos, e alguns declaram que vinte a trinta dos seus companheiros de classe usam-nos largamente.

Neste país, os traficantes clandestinos são extremamente numerosos e tendem a aumentar; isto é devido a que os proveitos dêste comércio são muito remuneradores.

¿A que atribuir êste estado de coisas num país onde as leis são tão severas? E' uma prova bem evidente de que não são só as leis que fazem os hábitos e a higiene; não vindo em seu auxílio a educação e a instrução, as leis pouco valor teem.

Não é ùnicamente suprimindo ou impedindo a fabricação ou o comércio dos tóxicos narcóticos, que se tentará salvar a humanidade da *tòxicomania*. O mal que o homem quere aliviar pelo uso das drogas narcóticas, é ao mesmo tempo físico e moral; êste mal, o mal da civilização moderna, não se cura ùnicamente com leis e regulamentos; a instrução e a educação, vindo em seu auxílio, trazem consôlo e alívio à humanidade sofredora.

São interessantíssimos os trabalhos realizados por alguns sociólogos, em que mostram qual seria a quantidade de *cocaína* e de *ópio* bruto necessário,

por cabeça e no período de um ano, para os usos médicos e scientíficos da população mundial susceptível de recorrer aos serviços clínicos modernos. Esta quantidade era de 450 miligramas de *ópio* bruto e 7 miligramas de *cocaína*.

Ora, tomando como base o n.º 744.000:000 de indivíduos representando a proporção da população mundial tendo necessidades médicas e scientíficas (a população total do globo, sendo de 1.747.000:000), ver-se-ia que as necessidades da população mundial se representariam assim, em toneladas: 100 para o *ópio medicinal;* 136 para a *morfina;* 84 para a *codeína* e 15 para a *heroína*, seja um total de 335 toneladas.

Pode-se elevar êste número até 340, em razão dos indígenas asiáticos e africanos susceptíveis de recorrer aos cuidados médicos.

Tomando agora como base 450 miligramas de *ópio* bruto por ano, para cada homem, mulher ou criança em todo o mundo, teríamos então o total extremo das necessidades médicas e scientíficas do mundo por ano, isto é, 786 toneladas de *ópio* bruto. Não se sabe ao certo qual a quantidade de *ópio* bruto produzido em todo o mundo; mas diferentes estatísticas chegam a um total mais ou menos aproximado, e que será de 8:600 toneladas, das quais 5:000 são atribuídas à China. Noutros termos, vêmos que menos da décima parte da produção total

de *ópio* é o único destinado às necessidades legítimas das clínicas e da sciência.

Quanto à *cocaína*, não se sabe ao certo a que número sobe a sua produção mundial; todavia, os mesmos cálculos levam a crer que sòmente seriam precisas cinco toneladas para as necessidades dos 744.000:000 de habitantes que necessitam dos cuidados clínicos; ora, a produção mundial da *cocaína* é actualmente muito superior a 5 toneladas.

O perigo de beber, ingerir ou fumar o *ópio* é hoje completamente agravado pelo abuso que se faz dos seus derivados e de outros narcóticos em grande concentração. Estes produtos, dissimulando-se sob um menor volume, podem fàcilmente passar em contrabando.

Não se faz a mínima ideia do modo como, depois da Convenção de Haia e da guerra mundial, a situação se desenvolveu com uma inacreditável rapidez. O vélho inimigo, o *ópio*, lançado no mercado em quantidades consideráveis, sob novas formas muito mais tóxicas e adicionado a novas substâncias, torna-se uma verdadeira ameaça para a civilização.

Os estragos actualmente causados pelos venenos narcóticos, no meio social dos intelectuais, romancistas, poetas, artistas, oradores, profissionais do teatro e do cinema, crescem de uma forma assustadora.

Em Portugal, êste terrível flagelo vai fazendo, embora um tanto às ocultas, a sua corrupção, sendo urgentíssimo empreender uma campanha bem orientada contra êste vício social.

Em Lisboa, onde o número dos *cocaïnómanos* é já bastante avultado, as conseqüências do mal já se fazem gravemente sentir, não obstante a polícia perseguir constantemente os traficantes e ter efectuado já inúmeras prisões.

No Porto, as autoridades teem cruzado os braços, não obstante ser do conhecimento de todos que, em muitos clubes, o uso da *cocaína* se está generalizando assustadoramente.

Ultimamente, como o uso e o comércio ilícito do tóxico se fizessem sentir mais intensamente, foi criada uma brigada especial no intuito de reprimir essa venda ilegal e perigosa. Todavia, muitas drogarias continuam a vender, directamente ao público, produtos tóxicos como especialidades farmacêuticas, não obstante ser proïbido pelo Decreto 9:431, de 16 de Fevereiro de 1924, que para tal fim foi criado.

E' bem edificante o aumento excessivo que os tóxicos narcóticos importados sofrem de ano para ano.

A Estatística Comercial de Importação dá para êles os seguintes números:

Anos	Ópio, seus derivados e preparados opiados	Cocaína e seus derivados
1922	158 quilogramas	36 quilogramas
1923	229 »	48 »
1924	515 »	95 »
1925	—	—

¿Para onde caminhará a nossa sociedade a passos tão agigantados?

Uma nação que, tendo em vista ùnicamente os interêsses materiais do Estado, não reconhece que a tuberculose, a imoralidade, a loucura e o crime lhe custam muito caro, e que é preciso remediar estes males, é uma nação perdida e que se suïcida lentamente.

E' que os tóxicos não atingem sòmente o indivíduo: atingem também a descendência e, por conseqüência, a raça e a sociedade.

Começam por destruir a saúde, conduzindo pouco a pouco o indivíduo à decadência orgânica, e terminam pela completa dissolução da família, pelo esquècimento de todos os deveres sociais, pela desgraça dos filhos e pelo completo desleixo do seu futuro, tendo por única esperança o presídio ou o hospital. São os inimigos naturais da tranqüilidade das famílias, da economia e felicidade dos lares, da paz conjugal, da educação dos filhos, e até da moralidade que deve existir sempre no seio da família, único es-

cudo que a pode proteger contra os assaltos do mundo.

Se bem que a sífilis, a tuberculose, as misérias em geral, os casamentos consangüíneos ou feitos com grandes diferenças de idade entre os cônjuges, sejam factores importantes de degeneração, a *tòxicomania*, de per si, contribui em muito maior escala para o aniquilamento da sociedade.

As crianças procriadas pelos *tòxicómanos* não são mais do que produtos degenerados (escrofulosos, raquíticos, atrasados, idiotas ou fracos de espírito), sujeitos o mais das vezes a uma morte precoce.

Felizmente que os *tòxicómanos* tornam-se bem cêdo impotentes e estéreis.

A difusibilidade dos tóxicos por todo o organismo, actuando de uma forma bem nítida sôbre as glândulas genitais, altera profundamente os seus produtos de secreção. Nas mulheres, a-par das atrofias dos ovários veem as desordens genitais correlativas; no período de gravidez abortam quási sempre, em conseqüência de variadíssimas causas. Se a criança consegue escapar a todas as eventualidades que desde o nascimento a ameaçavam, é para caír no idiotismo, na imbecilidade, no raquitismo, e mais tarde na tuberculose, pagando assim injustamente as faltas dos pais.

Marfan publicou a êste propósito uma observação muito significativa. Trata-se de um indivíduo

que tomava em pitadas perto de quatro gramas de *cocaína* por dia, dando origem a dois filhos idiotas, concebidos no período de *cocaïnomania*. Êste homem era isento de toda a hereditariedade nervosa e tara orgânica; a sua espôsa não tinha também tara alguma, e era livre de toda a intòxicação. Da sua união tiveram quatro filhos: uma rapariga de 13 anos, inteligente e saüdável; outra rapariga de 8 anos (concebida após uma operação nasal do pai, isto é, numa época em que a *cocaïnomania* apenas principiava), que é definhada, pálida, mas muito inteligente; depois, vem um rapaz de 6 anos (concebido quando o cocaïnismo estava no seu apogeu), idiota completo; finalmente, o último filho, um rapaz de 10 meses, é um idiota microcéfalo.

Fácil é concluir que tais perturbações só poderiam resultar de uma alteração profunda do organismo, produzida pelo tóxico.

Os crimes sexuais causados pelo *ópio* e seus derivados, são raros. Todavia, se a perversão do instinto genésico, a perda do sentido moral e o enfraquecimento da vontade são os primeiros efeitos dêstes tóxicos, fàcilmente se compreende a que faltas dêste género o *ópio* pode conduzir.

Os atentados ao pudor e outros crimes da mesma natureza, são muito mais freqüentes nos *cocaïnómanos* do que nos *opiómanos* ou *morfinómanos*.

A *cocaína*, muito mais que a *morfina*, conduz os infelizes intòxicados a estes terríveis escolhos: perversão do sentido genital, impulsões homicidas e tendências para o suïcídio.

Estes, ràpidamente vítimas da sua deplorável paixão, são impelidos a todos os delitos: abusam dos menores, das vélhas, e muitas vezes tornam-se homosexuais; são capazes de crimes concebidos sob a influência de um verdadeiro delírio psico-sensorial, do qual certos indivíduos apresentam o quadro com o seu carácter sobretudo depressivo, com as suas ideias hipocondríacas e de perseguição.

Em suma, é um sádico com tendências cada vez mais monstruosas.

Quantas vergonhosas confissões não se teem arrancado às vítimas miseráveis desta paixão tão perigosa!...

A *cocaína*, em matéria sexual, derruba todas as barreiras sociais. A impotência genital e a exaltação cerebral causada por ela, adicionam-se, produzindo as anomalias sexuais mais estranhas e mais complicadas. Não é raro ver misturados, numa orgia cocaínica, indivíduos de todas as categorias sociais.

As *tòxiendemias* são pois, na vida de um povo, um golpe fatal para a moralidade comum e para a fortuna pública.

Já em 1909, Jeanselme, falando sôbre as conseqüências dêste mal, terminava assim:

«Decadência e embrutecimento para o indivíduo, miséria e desonra para as famílias, diminuïção da natalidade e degeneração para a raça, elevação do número dos crimes e delitos, empobrecimento da fortuna pública: eis o cortejo de males e de ruínas que as drogas maléficas trazem na sua companhia.»

QUARTO CAPÍTULO

Observações e Conclusões

I

(Observação pessoal)

X . . . , *morfino-heroïnómana*, de 28 anos de idade, solteira, doméstica.

História e evolução da doença. — A doente teve aos 16 anos uma crise apendicular, de que foi operada. Desde então ficou muito enfraquecida, acentuando-se dia a dia a sua decadência orgânica.

No ano seguinte a esta operação, como se queixasse de fortes cólicas na região hepática, o seu médico assistente viu-se na necessidade de as combater pelas injecções de *morfina*, que ela continuou a usar por sua livre vontade e com o consentimento dos pais, ignorando estes por completo o mal que daí poderia vir.

Já se encontrava num período adiantado de morfinismo, quando o médico assistente, prevendo o mal com todas as suas conseqüências, conseguiu, sem grandes dificuldades, fazer a supressão do tóxico.

Todavia, a doente continuava a queixar-se das suas cólicas, e, quer estas fôssem fictícias, quer reais, foi submetida a uma colècistostomia.

O cirurgião limitou o seu trabalho a desfazer umas simples aderências, pois nada mais encontrou que confirmasse a etiologia daquelas cólicas hepáticas.

Mas, devido talvez a uma acção sugestiva, as dôres desapareceram e a doente melhorou bastante, chegando a aumentar sensìvelmente de pêso.

Aos 19 anos, uma conversa àcêrca dos belos efeitos do *ópio* e da *morfina* (a doente já os conhecia pessoalmente), fez com que de novo despertasse o seu desejo, idealizando então todas as qualidades de doenças e concorrendo mesmo para elas, sendo o seu único fim adquirir o tóxico favorito.

E assim, principia por não ter regime alimentar, faz as refeições às horas mais incertas do dia, abusa dos alimentos fortemente condimentados e do vinho, até que, como resultado final desta desordem alimentar, surge-lhe uma úlcera péptica, servindo-se novamente da *morfina* para acalmar as dôres.

Vai à mesa de operações pela terceira vez e sofre a gastro-enterostomia. Acompanhando o tratamento post-operatório, o cirurgião faz a supressão da *morfina*.

Infelizmente, alguns meses depois de completa abstinência, a doente recidiva.

Agora, como a família lhe recusa as injecções, é ela que consegue adquiri-las.

A falta de regime continua completa e absoluta, e as gastralgias são freqüentes.

Desde então, a doente vem-se queixando sempre de cólicas as mais variadas, combatendo-as com injecções freqüentes de *morfina*, *heroína* e *pantopon*.

Algumas vezes, durante o seu morfinismo inveterado, em que chegava à dose diária de 1 a 2 gramas de tóxico, foi encontrada com sintomas de intoxicação aguda que chegavam ao côma. Êste estado comatoso durava em regra 6 a 8 horas e terminava por náuseas, alguns vómitos biliosos e suores.

Grandes abcessos retinham a doente no leito às vezes durante semanas; não permitia que se lhes tocasse, deixando-os evolucionar, até que se abriam espontâneamente. As dôres, debelava-as aumentando as doses de *morfina*. Todavia, alguns dêstes abcessos foram operados debaixo de narcose.

A sua freqüência era devida não só à falta de assépsia na prática das injecções, mas ainda a que a doente permanecia com a agulha introduzida na pele durante a noite e às vezes durante o dia.

O apetite tornou-se mais caprichoso e a obtipação pertinaz. Não conseguia evacuar senão com o auxílio de clisteres usados diàriamente.

Vómitos biliosos sobrevinham repetidas vezes. Eram freqüentes as retenções de urina. A menstruação foi diminuindo pouco a pouco, até que a doente tinha fases de completa amenorreia.

Algumas vezes, ou porque lhe faltasse o seu tóxico favorito, ou porque fôsse contrariada, estando sob a acção do mesmo, era levada a tentativas de suicídio. Todavia a família, sempre vigilante, nestas ocasiões impedia-a de conseguir os seus intentos.

São freqüentes nesta doente as alucinações visuais e auditivas; as suas visões eram às vezes tão aterradoras, que necessitava de estar constantemente acompanhada. Via, ora animais de formas extraordinárias, ora fantasmas que corriam para si, tentando assassiná-la. Levantava-se no

leito gritando: — «Mamã, mamã, retire daqui êste homem negro.»

Sob a acção do tóxico, a memória hiperexcitava-se; a doente relatava factos da vida familiar que a mais ninguém recordavam. Fora do domínio do tóxico, a memória era infiel, até mesmo para os factos recentes. O carácter e a afectividade modificaram-se por completo. A doente tornou-se completamente egoista e despótica, tudo exigindo, até mesmo o que não estava nas posses da família, conquistando sempre o seu bem-estar, mesmo que fôsse contra a saúde dos seus semelhantes; as pessoas que mais querem a sua saúde e que para isso se sacrificam, são, no entender dela, as suas maiores inimigas. Por outro lado, as pessoas que lhe facilitam o uso do tóxico terão o seu eterno reconhecimento.

Antecedentes pessoais. — Desde tenra idade que a doente era muito sujeita a convulsões. Foi aleitada ao peito, mas inúmeras vezes vomitava o leite. Mais tarde manifestaram-se-lhe grandes ataques histéricos — fortes convulsões seguidas de contorsões violentas em opistótonos.

Todavia estes ataques, pôsto que de início verdadeiros, mais tarde a doente limitava-se a imitá-los para obter a protecção e os carinhos da família, e a piedade dos próprios médicos, que chegavam a dizer aos pais, mesmo na presença da doente, que em nada a deviam contrariar (1). A doente, muitas vezes com o fim de provocar a atenção,

(1) A êste propósito, diz Sollier:

«Longe de se recomendar que as histéricas não sejam contrariadas, é preciso pelo contrário provocar nelas uma revolta, uma reacção que tem justamente por fim despertá-las do entorpecimento. Tudo o que as contrarie nas suas tendências lhes será por sua vez desagradável e útil.»

simulava doenças ou exagerava consideràvelmente pequenos males, etc. Muitos outros sintomas veem comprovar o seu estado histérico: — fenómenos espásticos originando caimbras do estômago, vómitos incoercíveis, aerofagia provocando dilatações gástricas, anestesias localizadas e algumas mucosas, dando origem na bexiga a retenções freqüentes, hipertermias atípicas, urticárias freqüentes, queda súbita do cabelo e sobrancelhas, tendo tudo isto uma causa puramente emotiva.

Foi sempre dotada de um objectivismo exagerado, isto é, de um desejo mórbido de fazer atraír a atenção e de inspirar interêsse, o que originava scenas teatrais freqüentes, e reproduções sempre exageradas de acontecimentos que via ou ouvia contar; grande vivacidade intelectual; tendências para agradar e ser prestável, muito gentil e amável para todos, e muito activa e arranjada nos serviços domésticos. Mudanças perpétuas e súbitas nos sentimentos e nas afeições; entusiasmos irreflectidos (sùbitamente e sem motivos justificados, aborrece o que antes estimava ou estima o que há pouco repelia). Há ainda a notar as rápidas cambiantes de humor, sendo muito freqüentes as disposições depressivas e expansivas. Foi sempre dotada de uma vontade fraca e instável, de um espírito imitativo e um certo *coquetismo;* era muito sujeita a terrores nocturnos, sonhos e pesadelos extraordinários.

Antecedentes hereditários e colaterais. — Os avós paternos, naturais de uma região vinhateira, abusavam das bebidas alcoólicas. O pai da doente é de constituïção forte e, a não ser uma hérnia e um cálculo da bexiga, nunca sofreu de doenças graves. A mãe sofre de reumatismo articular crónico. Teve há anos um ameaço de angina de peito e um ataque que lhe originou uma ligeira hemiplegia.

Teve sete filhos e dois abortos. Alguns dêles são de um temperamento nervoso bastante acentuado.

O mesmo afirmam de alguns dos tios paternos: explosões de cólera, abusos de confiança, tendências viciosas, etc.

Estado actual. — A doente, tendo sido de constituïção regular, apresenta-se agora num estado de emmagrecimento e fraqueza bastante acentuados. E' de estatura mediana, temperamento nervoso, fisionomia pálida e inquieta. As regiões externas dos braços e coxas encontram-se cobertas de cicatrizes nacaradas, conseqüência de grandes abcessos produzidos pelas injecções.

O aparelho respiratório encontra-se normal; o coração, agitado e freqüente, tem uma ligeira tendência para a embriocardia, não havendo ruídos patológicos.

As digestões são defeituosas. O apetite é extremamente caprichoso — grande tendência para os alimentos fortemente condimentados, uso exagerado do vinho, refeições a horas incertas, etc. Depois das refeições, sente o estômago pesado, tem vómitos, congestão da face, sonolência e uma obstipação pertinaz. Apenas consegue evacuar com o auxílio de clisteres. O estômago está notàvelmente dilatado e todo o abdómen timpanizado, conseqüência das digestões defeituosas e da aerofagia. O hálito é bastante fétido. As menstruações são irregulares, dismenorreicas, pouco abundantes, havendo às vezes amenorreia completa.

Do lado do sistema nervoso, a doente queixa-se de dôres vagas e erráticas pelo corpo, gastralgias muito freqüentes, que consegue acalmar aumentando as doses do tóxico, atingindo nestas ocasiões aproximadamente 2 gramas diários.

O estado mental é extremamente versátil — ora triste e abatida, preocupando-se com o seu estado, temendo constantemente o aparecimento de novas crises, ora alegre e satisfeita, tendo por única preocupação a seringa e as injecções. A memória está enfraquecida, o sono é irregular e agitado. A incapacidade para o trabalho é absoluta.

Tratamento. — Fez durante os últimos anos algumas tentativas de cura, mas sempre com resultado negativo. Na última, esteve hospitalizada durante quatro meses, ao fim dos quais voltou para casa, exigindo aproximadamente 2 gramas de morfina para seu uso diário.

Foi nestas tristes circunstâncias que os pais, vendo a ruína fatal para que a doente caminhava, vieram implorar o nosso auxílio.

Iniciamos o tratamento no próprio domicílio, usando sempre duma vigilância extrema. Seguimos o método fisiológico de Sollier, mas um pouco alterado, devido a causas particulares que surgiram durante o *sevrage*. Depois do período de preparação, em que prescrevemos os purgantes e os tónicos cardíacos, etc., suprimimos o tóxico, reduzindo, logo de início, o número das injecções a metade. Tomava diàriamente 40 injecções de 2 c. c. a 2 centigr., ficando portanto a tomar 20 injecções com o mesmo doseamento, ou sejam 80 centigr. de *morfina*.

Isto foi feito contra a vontade da doente que, a-pesar-de algumas sessões de psicoterapia, nunca nos manifestou desejo algum de se curar.

Permaneceu durante alguns dias num estado de excitação contínua, com dispneia, taquicardia, e mais tarde embriocardia. Recusou por completo a alimentação durante quinze dias, e apenas tomava líquidos em abundância para acalmar a sêde ardente. O emmagrecimento e a astenia

eram tão acentuados, que nos obrigou a permanecer nesta dose de narcótico durante três meses.

Êste tempo foi aproveitado numa região de altitude, onde a doente adquiriu sensíveis melhoras para o seu estado geral.

Então, fômos reduzindo de novo gradualmente as doses, conservando sempre o mesmo número diário das ampolas.

Por êste processo convencíamos a doente de que tomava constantemente a mesma quantidade de tóxico. Ao fim de um período de 20-30 dias, a doente estava a injectar água destilada.

Esta supressão gradual foi sempre acompanhada de injecções de estricnina e esparteína (com o rótulo de *morfina)*, que a doente tomava como se fôssem dêste alcalóide. Passado êste tempo, como lhe surgisse um grande abcesso, recolheu ao Hospital para ser operada. Aproveitamos o seu internamento para continuar o *sevrage*, que agora era apenas da água destilada. Reduzimos a 15 o número diário das ampolas, fazendo prèviamente algumas sessões de psicoterapia. Voltou de novo a recusar os alimentos, e empregava todos os meios para vomitar o pouco que ingeria. Praticava contra a sua saúde toda a qualidade de imprudências e, finalmente, principiou a queixar-se de fortes cólicas na fossa ilíaca esquerda. Ao palpar, notava-se a existência duma tumefacção que crescia gradualmente. A doente tinha retenções de urina, talvez devido a espasmos da bexiga ou a fenómenos de compressão. Todos os sintomas levaram mais que um clínico a fazer o diagnóstico de *quisto do ovário esquerdo*, pensando-se mesmo em submeter a doente a uma operação. Todavia, passados dias, aquela tumefacção principiava a diminuir gradualmente de volume, até desaparecer por completo.

Este facto levou a crer que se tratasse muito simplesmente de um *tumor fantasma*, muito vulgares nas histéricas e a respeito dos quais muitos clínicos de valor se teem enganado.

Depois de um mês de internamento, a doente recolheu ao seio da família num abatimento acentuado. Conservamos-lhe por uns dias as 15 ampolas, até que conseguiu algumas melhoras; convencêmo-la de que devia abandonar por completo as injecções, e em 8 dias fizemos a supressão total. Abandona a seringa, principia a alimentar-se bem e a interessar-se pelos serviços domésticos, obtendo grandes melhoras para o seu estado físico e mental. Assim se conservou durante dez meses. Aconselhamos à família que vigiasse sempre de perto a doente (principalmente no que diz respeito aos narcóticos e ao regime alimentar), que a afastasse por completo de convivências suspeitas, que a entregasse apenas aos médicos que conhecessem bem o seu estado mental, etc.

Infelizmente, estes preceitos não foram observados, e após os dez meses de completa abstinência, de bem-estar para a doente e de sossêgo para a família, voltou de novo o tóxico traiçoeiro, trazendo em companhia o seu negro quadro sintomático.

A nosso ver, esta doente só poderá permanecer em completa abstinência, depois de alguns anos de isolamento numa casa de saúde, onde lhe seja administrado um tratamento psíquico, longo e bem conduzido.

II

(Observação colhida no Hospital do Conde de Ferreira)

Z..., *morfino-heroíno cocaïnómano*, de 30 anos de idade, casado, arquitecto, natural de Lisboa. Entrou para o Hospital a 7 de Abril de 1926.

História da doença.—Haverá dez anos que o doente começou a intòxicar-se pela *cocaína*, sendo-lhe oferecida em Lisboa pelos seus companheiros de divertimento, que lhe elogiaram muito os bons efeitos do tóxico. Usou-a durante um ano em pitadas, e aproximadamente na dose diária de 1 grama.

Sendo então informado dos estragos que ela lhe viria a causar e sentindo já perturbações cardíacas graves (palpitações, taquicardias, constricções, etc.), resolveu suprimir inteiramente o veneno, o que conseguiu fazer de um dia para o outro.

Durante o seu uso, eram freqüentes as epistaxis e os destacamentos de crostas das fossas nasais, tendo como causa a acção local do tóxico.

Sentia-se extremamente aborrecido e excitado, e só conseguia trabalhar estando sob a acção do veneno. Nestes momentos sentia um bem-estar geral, a imaginação e a memória exaltavam-se, e então trabalhava com gôsto, porque o trabalho lhe era fácil.

Há nove anos, devido a um abcesso da próstata, que fistulizou e lhe ocasionava fortes dôres, deram-lhe uma injecção de *morfina* para as debelar. Como tivessem deixado a caixa das injecções junto dêle, continuou, por sua livre vontade, a fazer uso delas, tomando uma cada noite (1 cen-

tigr.) até ao final. Meses depois, outro abcesso da próstata obrigou-o a fazer uma nova série de injecções. Principiou então a tomar gôsto pela droga e, passados dias, recomeçou a usá-la, devido a um banal abcesso dentário. Desde então injectou-se durante dois anos, mas com intermitências, tomando diàriamente 3 a 4 injecções de 1 centigr. Mais tarde conseguiu fazer a supressão, mas, passado pouco tempo, recomeçava.

Há seis anos que o doente vem fazendo uso do tóxico de uma maneira mais intensa e contínua.

Em Novembro de 1921 fez em Coimbra a primeira tentativa de desmorfinização, com bons resultados.

Esteve internado durante cinco meses, fazendo a cura de supressão durante o primeiro. Todavia, apenas chegou a Lisboa, voltou a injectar-se sem motivo justificado, sendo também neste período que atingiu a dose máxima diária (2 a 3 gramas). Mais tarde substituiu por êste tóxico a *heroína*, associando-lhe a *cocaína* e o *alcool* em grandes quantidades.

Nos princípios de Abril dêste ano, como a sua *tòxicomania* tivesse assumido uma gravidade extrema, a família resolveu internâ-lo na *Clinique Neurologique de Saint-Cloud du Dr. Morat et M.me Sollier*, em Paris, para sofrer novamente a cura de desintòxicação. Segundo informa o doente, esteve internado durante seis meses, gastando os três primeiros na cura de supressão. Suprimiram-lhe primeiro o *alcool* e a *cocaína*, e substituíram depois a *heroína* pela *morfina*, fazendo em seguida a sua supressão pelo método fisiológico.

Durante o primeiro período de desintòxicação, o doente teve profusas alucinações visuais e tácteis de carácter zoópsico. Via ratos saltar sôbre os móveis e leito, correndo em todas as direcções, e, juntamente com morcegos que

esvoaçavam em todos os sentidos, lhe vinham morder a face e as orelhas. Nos braços, principalmente, tinha a sensação ilusória de vermes rastejando sob a pele e tentando vir à sua superfície.

Notou também ter havido uma profunda modificação no seu estado psíquico.

Durante alguns dias teve a sensação do desdobramento da personalidade. Muitas vezes repartia os alimentos com a sua congénere, por se lembrar que estaria com muita fome.

Esta sensação ilusória de personalidade desdobrada, tem razão de ser, pois que a sua *tóxicomania* manifestou-se num terreno sifilítico, facilitando o aparecimento daquele fenómeno.

Durante esta cura de supressão tinha vómitos biliosos constantes, náuseas, gastralgias intensas e diarreias profusas, principalmente quando se aproximava a hora de tomar a sua injecção.

Veio bem para Lisboa, mas como, nos últimos dias que esteve em Paris, usasse demasiadamente as bebidas alcoólicas, começou a abusar largamente dêste tóxico.

Até Março dêste ano não voltou a tomar *morfina*, mas nos princípios dêste mês, em conseqüência de uma forte cólica hepática, o seu médico assistente viu-se na necessidade de lhe fazer uma injecção de *morfina*. Foi o suficiente para que dias depois o doente se picasse de novo e assim recomeçasse com o seu uso diário. Como estivesse a aumentar as doses progressiva e assustadoramente, a família resolveu mandá-lo para o Seixoso, onde tentaram fazer novamente a cura de supressão.

O doente tomava nesta data (25 de Março de 1926) 10 a 12 centigr. de tóxico por dia. Durante a sua estada nesta estância, diminuiu gradualmente as doses, chegando

mesmo a estar 48 horas em completa abstinência; não podendo todavia resistir por mais tempo, voltou a injectar-se, até que a 7 de Abril entrou para êste Hospital, tomando diàriamente 8 centigr. de *morfina*, e onde sofreu pela quarta vez a cura de desintòxicação. Durante a sua *tòxicomania* diminuiu muito de pêso.

Ultimamente notava que não tinha gôsto para nada, estava a tornar-se bastante desleixado, até mesmo para as coisas que mais o interessavam, e fàcilmente mentia para chegar aos seus fins.

Antecedentes pessoais. — Sifilizou-se aos 16 anos. Tem feito regularmente o tratamento, e não teve, até esta data, manifestações secundárias.

Aos 21 anos teve uma blenorragia, que se complicou de cistite e prostatite, dando depois origem a fístulas do períneo, que levando muito tempo a cicatrizar, ocasionavam fortes dôres que conseguia debelar com repetidas injecções de *morfina*.

Foi daqui que resultou a sua *morfinomania*. Há dois anos teve fortes dôres de cabeça, sendo mais acentuadas à tarde e à noite; em Setembro do ano passado sentiu muitas picadas pelo tronco e membros, que só há mês e meio desapareceram, mediante uma série de injecções de bismuto. Não apresenta antecedentes hereditários ou colaterais de valor.

Estado actual. — O doente é de estatura mediana, fisionomia animada, loquaz, inteligente, culto e bondoso; encontra-se bastante emmagrecido, num grande abatimento geral e muito preocupado com o seu estado. Nos braços e coxas encontram-se algumas cicatrizes provenientes dos abcessos produzidos pelas picadas.

A fossa nasal esquerda é mais dilatada que a direita, e o septo nasal encontra-se levemente deformado, devido à destruïção parcial ocasionada pela *cocaina*.

A's vezes sente formigueiros e alfinetadas pelo tronco e membros. Os reflexos rotulianos e do cremáster estão abolidos. O sinal de Romberg é francamente positivo. Há desigualdade pupilar. O reflexo luminoso está enfraquecido, e o de acomodação normal (Argyll-Robertson).

Perturbações vesicais de origem nervosa (espasmos, dando origem a retenções, etc.). Anestesia radicular (demora da percepção das picadas). Toda esta sintomatologia leva-nos a crer que o doente esteja a fazer um tabes. Do lado do aparelho circulatório, há no foco aórtico um ligeiro sôpro sistólico, e o segundo ruído é batido.

Tratamento. — E' esta a quarta vez que o doente faz a cura de desintòxicação. Como já dissemos, entrou para êste Hospital tomando diàriamente 8 centigr. de *morfina*, e com esta dose permaneceu durante dois dias. Nos dois dias imediatos subiu a 10 centigr., diminuindo, depois de um período de preparação, 2 centigr. de dois em dois dias até à supressão completa.

Esta foi feita em quatro dias, seguindo muito de perto o método fisiológico de Sollier.

Durante os primeiros dias do *sevrage*, o doente permanece numa excitação extrema; tem explosões de cólera, briga com os criados, ameaça os enfermeiros, declara suïcídar-se se não lhe derem mais *morfina*. De joelhos, pede ao clínico assistente que lha dê mais uma vez. Pede para que o deixem saír do Hospital; sente-se horrorizado e tenta fugir. Depois, queixa-se de fortes dôres no estômago e fígado. Tem náuseas, vómitos biliosos e diarreia. Permanece numa excitação máxima, acompanhada duma extrema

agonia; tem palpitações e constricções cardíacas. A insónia é completa. São-lhe prescritos os brometos, o veronal e outros hipnóticos. Recusa os alimentos e os preparados antisifilíticos de que vinha fazendo uso. Nos últimos dias consegue dormir algumas horas; sente, todavia, fortes abalos musculares e picadas em diversas partes do corpo, principalmente durante a noite e quando está para adormecer.

Nos dias seguintes ao *sevrage*, o estado de excitação desaparece pouco a pouco e consegue dormir durante a noite. Dias depois, a pedido da família, sai do Hospital completamente desintòxicado, mas não completamente curado da sua *tòxicomania*, pois somos de parecer que um doente como êste, abandonando tão cêdo o isolamento, não tendo feito um tratamento psíquico completo e lançando-se num meio onde lhe será extremamente fácil adquirir os tóxicos, brevemente caïrá na recidiva.

III

(Observação colhida no Hospital do Conde de Ferreira)

R..., *morfino-cocaïnómano*, de 30 anos de idade, médico, solteiro, natural de Lisboa. Entrou para o Hospital a 2 de Janeiro de 1926.

História da doença. —Em Outubro de 1920 o doente teve um abcesso dentário muito doloroso, que o obrigou a usar os mais variados narcóticos, entre os quais a *morfina*, em injecções.

Passado tempo, outro abcesso levou-o a repetir as injecções durante quatro ou cinco dias.

Mais tarde, um terceiro abcesso dentário obriga-o a injectar-se durante quinze dias, ao fim dos quais suspendeu, não sem dificuldades. Assim passou um ou dois dias, mas, como sentisse fortemente a sua falta, e estivesse muito aborrecido, voltou a injectar-se sem motivo, aumentando fortemente as doses. Ao fim de seis meses absorvia diàriamente 3 gramas de *morfina*. Em Abril de 1921 foi internado numa casa de saúde em Paris, para sofrer a cura de desintòxicação. Ao fim de dois meses saíu do isolamento completamente desintòxicado, permanecendo em Paris mais uns quinze dias para se distraír. Chegando a Lisboa, veio-lhe ao pensamento ter sido um acto humilhante o seu internamento para a desintòxicação. Então recomeça a injectar-se, para depois provar a todos que, sem o auxílio de ninguém, conseguiria abandonar o tóxico. Mas, quer fôsse êste o seu pensamento, quer fôsse uma desculpa para recomeçar, certo é que, a-pesar-das suas tentativas para abandonar o hábito, êste foi-se tornando cada vez mais inveterado, aumentando as doses muito ràpidamente.

Passados três meses, a família resolveu retirar-se com êle para Arêgos e aí submetê-lo a uma nova cura. Diminuíram-lhe as doses até à supressão completa. Como nesta estância as farmácias estivessem prevenidas para não lhe vender o tóxico, começou a fazer um abuso exagerado das bebidas alcoólicas. Assim esteve uns dias, até que preveniu a família de que tinha de ir urgentemente a Lisboa.

Chegado aí, a primeira coisa que fez foi injectar uma boa dose de *morfina*.

Em 1922 vai para Coimbra fazer novamente a cura de supressão. Esteve internado durante cinco meses, no primeiro dos quais sofreu a cura de supressão, e nos restantes foi submetido a sessões de psicoterapia. Depois disto permaneceu ainda aí uns dias em plena liberdade,

tendo a família prèviamente prevenido as farmácias. Durante êste tempo voltou novamente a abusar fortemente das bebidas alcoólicas. Muito aborrecido e sempre com o pensamento na *morfina*, retira-se novamente para Lisboa, onde imediatamente principia a injectar-se.

Em 1922 foi internado neste Hospital, sofrendo em nove dias a cura de supressão; depois de submetido durante um mês a sessões de psicoterapia, retirou-se em seguida para Lisboa.

Na primeira noite que aí passou, de novo começou a injectar-se.

Em 1924 é internado no manicómio do Telhal, onde foi desintòxicado bruscamente. Aí esteve durante cinco meses, ao fim dos quais pede à família para que o deixe saír, prometendo não voltar a intòxicar-se. Todavia, três ou quatro dias depois que chegou a Lisboa, voltou a fazer uso da *morfina*.

Faz em seguida um tratamento na Casa de Saúde Portuense, e outro no Sanatório Marítimo do Norte; mas, estando sempre entregue a si a regularização das doses, nada conseguiu que fôsse útil para a sua saúde.

Em Outubro de 1923 pensa em fazer a supressão da *morfina*, substituindo-a pela *cocaína*; mas, dias depois, vê que não pode passar sem os dois tóxicos e injecta-os alternadamente durante o dia.

Em Dezembro de 1925 vai para o Seixoso, onde nada conseguem fazer para bem da sua saúde.

Em Janeiro de 1926 volta para o Hospital do Conde de Ferreira, a fim de ser novamente submetido ao tratamento.

Antecedentes pessoais. — Teve a difteria, o sarampo e uma septicémia.

Antecedentes hereditários e colaterais. — O avô materno morreu com um cancro da próstata. A avó materna morreu com uma hemiplegia. Os pais são saüdáveis. Uma tia e um primo são *morfinómanos.*

Estado actual. — O doente entrou para o Hospital absorvendo diàriamente 1,5 gr. de *morfina* e 1,5 gr. de *cocaína* em injecções alternadas.

Encontrava-se num estado de caquexia bastante adiantada (palidez acentuada, pele sêca e rugosa, olhos injectados, emmagrecimento extremo, abatimento geral, aspecto de velhice precoce). Os braços, coxas e nádegas encontram-se sulcados de cicatrizes. O pulso é filiforme, arítmico e muito freqüente; há constricções cardíacas repetidas. O sono é perturbado com sonhos e pesadelos quási sempre relacionados com as questões àcêrca da droga. Só consegue adormecer debaixo da acção da *morfina* Há falta de apetite, prisão de ventre pertinaz, abalos musculares e trémulos freqüentes. Sente a língua como que empastada e a palavra é difícil. Tem faltas de memória mesmo para os factos recentes e para os nomes vulgares. Faltas de critério, mentiras, fraudes, aborrecimento pelo trabalho e desleixo em todos os seus actos.

Mostra não ter vontade nenhuma de abandonar os tóxicos e modificar o seu modo de viver. Isto prova evidentemente que há uma abulia tóxica total, isto é, uma perturbação grave dos sentimentos afectivos e da vontade. Não se comove quando se lhe fala na sua ruína ou na da sua família, de que será causa se continuar com o abuso dos tóxicos.

Tratamento. — Foi-lhe feita em primeiro lugar a supressão da *cocaína* e depois a da *morfina*, seguindo-se

muito de perto o método fisiológico de Sollier. Durante o *sevrage* teve taquicardias com aritmias, constricções cardíacas e grandes excitações, que foram tratadas convenientemente.

Depois de trinta-e-oito dias (tempo que durou o *sevrage*), o doente encontra-se completamente desintòxicado. O emmagrecimento é extremo, mas o seu aspecto geral é melhor; a côr amarela dos tegumentos desappareceu gradualmente, logo que principiou o *sevrage*. O doente depois, voltou à sua côr normal e aumentou sensìvelmente de pêso, parecendo assistir-se a um rejuvenescimento.

Passado um mês de completa abstinência, o médico assistente notou que a-par das melhoras físicas, obtinha também sensíveis melhoras no estado mental. A seu pedido, foram-lhe permitidos alguns passeios fora do Hospital. Num dêsses passeios, como se tivesse encontrado com o seu médico assistente, disse-lhe com todo o cinismo que já estava outra vez a fazer injecções de *morfina* e *cocaína*. Novamente isolado, é submetido outra vez à cura de supressão. A pedido do doente, foi feita em primeiro lugar a supressão da *morfina* e em seguida a da *cocaína*.

Durante o *sevrage* da *cocaína* são notáveis as grandes taquicardias (150 a 170 pulsações); há tonturas, arrefècimento das extremidades, tendências sincopais, sudação abundantíssima, alucinações visuais (pontos negros que se transformam em formigas, espirais de fumo, etc.), grande excitação mental com ideias confusas (desconfianças, receios, dúvidas), durante as quais fala só, melhorando e desaparecendo em breve todos estes sintomas.

No dia seguinte ao da supressão, pede ao seu médico para que o deixe saír do Hospital, ou então que mande colocar no seu quarto uma seringa e uma caixa de injecções, para ver se, depois de se injectar uma só vez, po-

derá resistir ao desejo. Diz para o enfermeiro que, imediatamente saia do Hospital, tomará uma dose de tóxico que o satisfaça. Por isto se vê, que o domina constantemente a ideia de se intoxicar. Uma verdadeira obsessão ideativa é-lhe constantemente imposta.

A um doente desta natureza devemos fazer um prognóstico muito grave. No nosso modo de ver, só um isolamento muito longo, acompanhado de um tratamento psíquico bem conduzido, poderá modificar algum tanto o seu estado mental.

IV

(Observação colhida no Hospital do Conde de Ferreira)

T..., *opiómana*, de 38 anos de idade, casada, doméstica. Entrou para o Hospital do Conde de Ferreira a 26 de Março de 1926.

História da doença. — Em 1920, a doente teve um parto complicado, sendo necessário recorrer ao *forceps*.

Desta operação resultou uma grande rutura do períneo, que foi suturada; mas dias depois agravou-se, dando origem a abcessos muito dolorosos. Tratou-os convenientemente, mas ficou desde então com a saúde muito abalada, tendo freqüentemente cefaleias intensas, dôres hepáticas, renais e uterinas, sendo-lhe prescritas injecções de *pantopon* para as debelar. A princípio usava-as sòmente na ocasião das crises dolorosas, não sentindo depois a sua falta. Mais tarde, porém, a seguir a uma crise em que usou largamente o tóxico, notava que, ao deitar-se, alguma coisa lhe faltava, e não conseguia adormecer sem fazer uma injecção.

Assim principiou com o seu uso contínuo, injectando-se às ocultas da família, e aumentando as doses progressivamente.

Como há dois anos lhe surgisse uma entero-colite, que lhe provocava diarreias intensas, viu-se obrigada a aumentar mais ainda as doses, porque notava que, àlém de lhe diminuir as dôres, lhe combatia a diarreia. E assim, há um ano que vem absorvendo a dose máxima diária que atingiu durante a sua *opiomania* (38 a 40 injecções de *pantopon* doseadas a 1 centigr.).

No princípio da sua *opiomania*, só se achava bem e trabalhava com gôsto emquanto estivesse sob a acção do tóxico, mas ùltimamente sentia-se constantemente aborrecida e o desleixo era absoluto.

Durante estes últimos anos diminuiu bastante de pêso. Quinze dias antes do seu internamento sentiu graves perturbações cardíacas (constricções acompanhadas de intermitências, tendências sincopais, etc.). Durante muito tempo enganou a família e os seus médicos assistentes deixando prever que tomava doses de tóxico muito inferiores às que realmente absorvia.

Antecedentes hereditários.—Os pais e os irmãos da doente são saüdáveis, excepto duas irmãs, das quais uma é histérica e a outra psicopata.

Antecedentes pessoais.—Foi sempre saüdável até que teve o primeiro parto. Êste foi complicado; sofreu uma operação e o filho nasceu morto. Desde então, nunca mais teve saúde. Teve mais quatro filhos: os três primeiros são saüdáveis, e o último, sendo também extraído sem vida, fez sofrer muito a doente e foi o ponto-de-partida para a sua *tóxicomania*.

Estado actual. — A doente é de estatura mediana, algum tanto nutrida, não obstante ter diminuído muito de pêso, fisionomia animada, viva sensibilidade e loquaz.

Apresenta alguns sintomas de histeria. Muito fàcilmente excitável. Exagera o seu mal-estar, supondo realmente ou simulando um sofrimento que não tem, sempre na esperança de lhe ser concedido um aumento de tóxico. Reconhece que o seu vício é um grande mal para si e para a família, e deseja ardentemente curar-se e abandonar por completo o tóxico. Êste facto leva-nos a crer que não há perturbações graves da afectividade e da vontade. Queixa-se de dôres de cabeça, gastralgias, diarreia e falta de apetite. Alimenta-se pouco, afirmando ter sido sempre assim.

Tratamento. — E' a primeira vez que faz a cura de supressão. Quando entrou para o Hospital, tomava diàriamente 20 centigr. de *pantopon*, em vinte injecções, mas foram-lhe reduzidos imediatamente a 10 e depois a 5. Pediu então ao seu médico assistente para que lhe suprimisse apenas uma injecção de oito em oito dias, prometendo assim abandonar o tóxico. Foi-lhe satisfeito o pedido, e ao fim de mês e meio de internamento estava completamente desintòxicada.

Todavia, a última injecção foi-lhe suprimida muito depois do período marcado, sendo preciso usar de energia perante grandes objecções apresentadas pela doente.

Nos primeiros dias do *sevrage* e depois da supressão, sentiu um mal-estar geral com excitações, insónias e pesadelos; tinha gastralgias, vómitos biliosos e diarreias intensas.

Finalmente, estas perturbações foram desaparecendo e, dias depois da última picada, a doente encontra-se completamente bem, e afirma não mais voltar a fazer uso do tóxico.

V

(Observação colhida na clínica particular)

S..., *morfinómana*, de 38 anos de idade, solteira, professora.

História da doença.—Desde os 15 anos que a doente, a conselho dos médicos, começou a fazer uso da *morfina* em injecções, para debelar fortes cólicas uterinas que lhe surgiam no período menstrual. Durante os primeiros anos limitava muito o uso do tóxico, receando a intoxicação aguda, e aplicava-o sòmente quando era surpreendida pelas dôres. Mais tarde, porém, como as dôres persistissem durante todo o período menstrual, e sentisse já uma certa atracção para o veneno, continuava a usá-lo, mesmo depois daquele período. Finalmente, não podendo deixar de fazer a sua injecção diária, a *morfinomania* apareceu com todos os sintomas.

O estado geral começou a ressentir-se; há diminuïção sensível de pêso, astenia geral, e dificuldade para o trabalho.

Factores de ordem moral, relativos à vida familiar, vieram agravar mais o seu estado.

Em 1921, depois de ter usado longamente as injecções de *morfina*, aplicadas sempre por um clínico e na dose variável de 3 a 5 centigr., prostrada no leito durante cinco meses, resolveu, não por conselho do seu médico, mas espontâneamente, saír de casa e ir para um meio onde, havendo distracções, ou fôsse pelo menos diferente daquele em que vivia, lhe permitisse reagir contra tão grande mal-estar, deixando o tóxico.

Assim fez, e, dois dias depois de estar no Porto, tinha-o conseguido, não sem grandes dificuldades, pois, para melhor poder reagir ao desejo do veneno, empregava, entre outros meios, as viagens desnecessárias e muito demoradas nos carros eléctricos, etc.

Assim se conservou em completa abstinência durante dez dias. Mas, regressando a casa, reaparecia-lhe dias depois a menstruação, mais dolorosa que antes, e, não tendo outro recurso, de novo lhe fizeram as injecções de *morfina*.

A sua experiência de cura anterior, trouxe-lhe por algum tempo a ilusão de que, logo que pudesse ausentar-se de casa durante um período mais longo, conseguiria, pelo esfôrço da sua própria vontade, deixar a *morfina* definitivamente, tratando-se depois da sua perturbação genital. Porém, de-pressa perdeu tal ilusão, e principiou então a injectar-se a si própria, chegando em breve à dose máxima de 30 a 40 centigr. diários.

Em Agosto de 1925, depois de muito ter sofrido física e moralmente, retira-se para Coimbra, onde é submetida à cura de desintòxicação.

Infelizmente, depois de um longo período de internamento, esta tentativa resultou infrutífera.

Completamente abandonada, num estado de abatimento extremo, vem para o Porto e entrega-se a um clínico da sua confiança, pedindo-lhe encarecidamente que faça o possível para o bem da sua saúde.

E' então internada num Hospital, e submetida pela segunda vez à cura de supressão, com bons resultados.

Antecedentes pessoais. — Exceptuando a sua dismenorreia e uma febre tifóide aos 16 anos, nunca teve outras doenças de gravidade.

Estado actual. — A doente entrou para o Hospital absorvendo diàriamente 4 centigr. de *morfina* em oito injecções; encontra-se excessivamente emmagrecida; tem dôres nos rins, cólicas intestinais, falta de apetite e prisão de ventre pertinaz. O sono é muito perturbado. Tem insónias e excitações nas primeiras horas da noite e um sono muito pesado nas horas da madrugada. Não obstante o seu tão longo morfinismo, o carácter e a vontade não sofreram perturbações. A doente reconhece e lastima amargamente o seu estado, tem mesmo momentos de desespêro, e manifesta grande vontade de se curar.

Tratamento. — Depois de um período de preparação, a doente foi submetida ao *sevrage;* passados três dias estava feita a supressão, seguindo o clínico assistente, muito de perto, o método fisiológico de Sollier. Permaneceu internada durante a convalescença, aumentando então muito de pêso e obtendo grandes melhoras para o seu estado geral.

Promete não mais intòxicar-se, e, de facto, há já seis meses que a doente desempenha com regularidade a sua profissão, e diz ter criado um verdadeiro horror ao tóxico.

CONCLUSÕES

De tudo o que expusemos, somos levados a concluir que a *Tòxicoendemia*, sendo uma doença colectiva, é por conseqüência uma página da patologia social. E' um dos sintomas mais impressionantes da queda das nações, porque ela faz parte da impulsão irresistível que traduz bem o desequilíbrio cerebral dos indivíduos cansados e que muito teem vivido.

E' certo também que, sob um ponto-de-vista geral, é uma causa muito freqüente de complicações internacionais por conflitos de interêsse.

¿Mas será isto razão de desistirmos da luta e não combatermos, pelos meios que se nos afiguram mais eficazes, o avançar do flagelo? De modo algum. Por isso mesmo que é terrível, e referindo-nos apenas ao lado social da questão, o perigo que representa para a vida das nações, mais importa enfrentar firmemente o mal. E nesse combate devem empenhar-se os Clínicos, os Poderes públicos, os

Encarregados do ensino, e finalmente os Pais de família.

Os Clínicos, fazendo constantemente uma propaganda elucidativa contra o mal, e tendo sempre presente a necessidade de SÓ administrar os tóxicos narcóticos nos casos onde êles sejam extremamente necessários e com a maior prudência, evitando-se assim criar o estado de hábito e por conseqüência a *Tòxicomania*.

Os Poderes públicos, exercendo uma repressão severa sôbre os traficantes, reduzindo a importação dos *grandes narcóticos*, restringindo o seu uso ùnicamente às necessidades reais das clínicas, e, como se trata de um mal internacional, estabelecendo uma lei internacional para o debelar.

Os Encarregados do ensino *de todos os graus*, primário, liceal, universitário, militar, etc., expondo às crianças e aos adultos de ambos os sexos, com insistência e tenacidade, o perigo dos *tóxicos narcóticos (morfina, cocaína*, etc.), como se tem feito para os perigos do alcool, e a necessidade absoluta de os combater.

Os Pais de família, proporcionando aos filhos uma educação moral mais cuidada, e usando de mais sobriedade em todos os seus maus hábitos, que só contribuem para a degeneração, conduzindo não só àquele estado de evolução rápida e que estaciona numa fase incurável, *a demência precoce*, mas

também a outros de conseqüências as mais desastrosas.

Só dêste conjunto de esforços, harmònicamente actuantes, haverá a esperar, se não a extinção completa, pelo menos a diminuïção progressiva das *Tòxicomanias*, infelizmente cada vez mais espalhadas na sociedade actual, que tanto se vangloria da sua *supercivilização!*...

Visto.

Magalhães Lemos

Presidente.

Pode-se imprimir.

Alfredo de Magalhães

Director.

BIBLIOGRAFIA

Bernheim — *L'Hystérie*. Paris, 1923.

Chambard — *Traité de la Morphinomanie*. Paris, 1893.

Courtois-Suffit et René-Giroux — *La Cocaïne*. Paris, 1918.

Cyril (V.) et Dr. Berger — *La «coco» poison moderne*. Paris, 1924.

Daudet (Leon) — *L'homme et le poison*. Paris, 1924.

Grasset — *L'Hypnotisme et la Sugestion*. Paris, 1916.

Hartemberg (P.) — *L'Hystérie et les hysteriques*. Paris, 1910.

Kraepelin (E.) — *Introdution a la Psychiatrie Clinique*. Paris, 1893.

Legrain — *Les Grands Narcotiques Sociaux*. Paris, 1925.

Magnan (V.) — *Recherches sur les Centres Nerveux*. Paris, 1893.

Matos (Prof. Júlio de) — *Elementos de Psychiatria*. Porto, 1923.

Miraben (G.) — *La Fumée Divine (opium)*. Paris, 1912.

Office International d'Hygiène Publique. 1915 a 1925.

Presse Médicale (La). 1915 a 1925.

Régis (E.) — *Précis de Psychiatrie*. Paris, 1923.

Rodet (P.) — *Morphinisme et Morphinomanie*. Paris, 1912.

Sollier (P.) et Courbon — *Pratique Semiologique des Maladies Mentales*. Paris, 1918.

Sollier (P.) — *L'Hystérie et son traitement*. Paris, 1914.

Tanzi e Lugaro — *Trattato delle Malattie Mentali*. Milano, 1916.