

Intoxicación por los barbitúricos

Sintomatología y tratamiento

Históricamente fueron Fischer y von Mering quienes, en 1903 obtuvieron la *malonilurea* o *ácido barbitúrico*, de donde proceden los derivados barbitúricos, siendo los más empleados, los siguientes, a las dosis consignadas: *Veronal*, dosis usual de 0.10 a 0.50 gramos y máxima de 1 gr. en las, 24 horas; *Gardenal* o *Luminal*, a las dosis de 0.05 a 0.20 gr. y máxima 0.40 a 0.60 gr.; *Rutonal*, a dosis doble del precedente; *Dial*, a las de 0.10 a 0.20 gr.; *Numal*, que combinado con el piramidón, se utiliza bajo el nombre de *Allonal*; *Somnifene*, en dosis de 20 a 60 gotas por os y de 2 a 4 cm. cúbicos por inyección.

Aunque exista suficiente margen entre las dosis medicamentosas son frecuentes. Debe por lo tanto saberse en qué condiciones ocurren, qué sintomatología presentan y el respectivo tratamiento. Sobre todo porque siendo drogas de efectos valio-

sos e insustituibles, no deben ser eliminadas del arsenal terapéutico.

SINTOMATOLOGIA

Intoxicación aguda.—*Comienzo:* Puede tomarse como tipo el coma por el veronal. Los primeros síntomas de intoxicación aguda aparecen a los 20 o 30 minutos después de la ingestión del tóxico, más o menos rápidamente según el individuo esté o no en ayunas. Estado de embriaguez; náuseas, vértigos, abombamiento, en fase breve; puede existir cierta excitación y confusión, seguidas de 'estupor progresivo, sueño profundo y coma por fin.

Coma confirmado: enfermo acostado, absolutamente inerte, con completa resolución muscular; todos los reflejos, incluso el corneano, abolidos; sensibilidad tanto 'más abolida cuanto más profunda 'es la intoxicación. Pupila ora dilatada, ora contraída; reacción a la luz retardada o

suprimida. Pulso regular, vibrante a veces; tensión arterial algo descendida. Respiración con tendencia a caer, sin reves-tir nunca el tipo de Cheyne-Stokes.

Extrae la orina para investigar la presencia del barbitúrico.

En las horas que siguen aparece constantemente: 19 *Hipertermia*, que puede llegar a 40 y 41 grados. 29 *Signos de congestión pulmonar*, macidez de las bases, estertores subcrepitantes, a veces soplo tubario. 3° *Retención de orina*. En algunos casos se han observado contracciones tetánicas o clónicas; salivación y sudores profusos.

Terminación: A) En los casos no tratados el coma se torna cada vez más profundo: soma barbitúrico de Tardieu. La respiración cada vez más lenta y estertorosa, concluye por detenerse. El pulso en general se altera menos de prisa que la respiración: solo en las últimas horas se acelera, después se torna irregular, para desaparecer al fin. B) En los casos tratados las cosas se modifican con el descubrimiento de los efectos de la estricnina. En altas dosis la estricnina puede neutralizar la acción de los barbitúricos, pero como en general se ignora la dosis ingerida de tóxico y aún sabiéndola, como la neutralización no se hace peso por peso, sino que en parte depende de condiciones biológicas individuales aún no determinadas, se está obligado a ir inyectando dosis progresivamente útiles de estricnina, vigilando atentamente las reacciones del enfermo,

hasta que se alcance la dosis necesaria. En estas condiciones se observan complicaciones pulmonares, desfallecimientos cardíacos, sudores y otros signos de origen nervioso, retención de orina, oliguria a veces (300 c. c. y aún menos). Al lado de estas graves formas agudas, existen formas atenuadas de intoxicación.

Intoxicación subaguda. A) *Síntomas neurológicos.* Embriaguez barbitúrica: conciencia disminuida, marcha de ebrio, estado que puede durar varios días. El enfermo no consigue mantenerse de pie; titubea como un ebrio con las piernas flojas; marcha en cuatro pies, inconsciente de su desequilibrio. De noche, al despertarse, puede caer y lesionarse. En otros casos existen trastornos de la palabra; disartria con una muy especial crispación de las comisuras labiales, muy distinta de la articulación pastosa del alcohólico, recordando en cambio muy de cerca a la disartria tremulante y trepidante del parálítico general. Por sí sola esta disartria puede caracterizar el envenenamiento. A ella se agrega un cierto grado de disfasia, dificultad para encontrar las palabras, confundiendo unas con otras, aún en el lenguaje escrito. Se observan parálisis oculares o en otras partes. Se ha encontrado nistagmus experimentalmente y en el hombre. Tardieu observó una oftalmoplegia externa, nuclear subaguda y fugaz. Ciertos autores han visto signos oculares comparables a los de la encefalitis letárgica; otros descri-

toen señales de excitación motora más o menos intrincadas con fenómenos pareto-atáxicos. El conjunto sintomático permite describir formas de embriaguez barbitúrica pseudo P. G., pseudo cerebelos», pseudo encefálica, etc.

B) *Síntomas Psiquiátricos*. En primer plano, perturbaciones del carácter: irritabilidad, conducta anormal, discusiones, recriminaciones, peleas, desorden en la casa. Al lado de esto, confusión mental. Al suprimirse el tóxico, todo entra en orden. Cuando ya se ha instalado una toxicomanía, *el* pronóstico se torna más severo.

TRATAMIENTO

En las intoxicaciones agudas

1° *sistemáticamente lavaje de estómago*, aunque haya transcurrido mucho tiempo desde la ingestión.

2g Colocar al enfermo con el *tórax -algo elevado* para evitar las frecuentes congestiones pulmonares.

3g *Medie acción sintomática* que mantenga el ritmo y el tono cardíaco, así como el ritmo y la amplitud respiratoria (respiración artificial, inhalaciones de Carbógeno o sea mezcla de O —

CO₂ al 5%, sí fuese necesario, etc.)

4° *Estricnina*, para modificar el sistema nervioso, en inyecciones repetidas por vía *endovenosa* y en dosis suficientes, muchos mayores que la permitida hasta ahora para otros fines: pueden ser prescriptas dosis de 1 y 2 centigramos cada vez, repetidas. La Dra. Bertrand Fontaine inyectó sin que el enfermo manifestase el menor signo de intoxicación, 39 centigramos de sulfato de estricnina en 64 horas; Marcel Brulé, en 5 días dio 46 centigramos. Pero en general, en la mayoría de los casos las dosis de 5 a 6 centigramos de sulfato de estricnina, bastan para obtener resultados satisfactorios. Un buen criterio para determinar la dosis de estricnina necesaria, es el examen clínico del enfermo, particularmente la aparición de síntomas que traducen el comienzo de la intoxicación estricnica (rigidez, contractura, hiperreflexia.) Pero para obtenerse buenos resultados, tres' condiciones son necesarias:

- 1? Comenzar el tratamiento suficientemente pronto, después de la ingestión de la droga.

2? No estar en presencia de dosis muy elevadas del tóxico. Una vez alcanzado un cierto grado de impregnación de la célula nerviosa, el antídoto no puede dislocar al veneno.

39 Que no existan previas de hipersensibilización individual.

El mecanismo de acción de la estricnina en estas intoxicaciones es particular; es reversible, es decir que los dos cuerpos, barbitúrico y estricnina se neutralizan recíprocamente, porque en los animales estricnizados, los barbitúricos, no actúan, guardando relaciones entre las dosis de uno y otro cuerpo.

Medicaciones coadyuvantes.— Inyecciones repetidas de adrenalina o efedrina por vía intramuscular (J. Hebert, Babonneix); sangría y Ouabaína endovenosa, en casos de asfixia por edema (Bariety); Coramina (Denechan y Bonhomme.)

. Resumiendo:

19 Eliminar el veneno (lavaje de estómago).

29 Inyectar inmediatamente 2 centigramos de sulfato de estricnina en la vena y repetir cada hora, o 1 centigramo cada media hora, quedando a la expectativa por una parte de los pequeños signos de la intoxicación estricnina, lo que exige la disminución de las dosis y de la frecuencia, y por la otra a la mejoría o agravación del coma barbitúrico, modificando en consecuencia la terapéutica de acuer-

do a las necesidades del caso.

39 Prevenir las diversas complicaciones: a) cardíacas: Coramina, Hexeton, Cardiazol, Sulcanfor, etc.; cafeína, adrenalina, efedrina intramuscular, Ouabaína endovenosa; b) pulmonares: posición sentada, revulsión torácica, sangría, carbógeno, oxigenoterapia; c) urinarias: combatir la oliguria por el suero; glucosado iso o hipertónico por el sondaje aséptico.

En las intoxicaciones subagudas

Siendo en estos casos la dosis tóxica menos fuerte o en todo caso repartida en mayor espacio de tiempo, la mayoría de las veces la supresión del tóxico, la absorción de diuréticos, la inyección de tonicardíacos y de estricnina en dosis muy moderada por vía subcutánea, bastan para proporcionar una cura rápida y definitiva.

PRONOSTICO

En la intoxicación aguda depende: de la cantidad de tóxico ingerido del grado de resistencia «léi organismo, de la precocidad del tratamiento. Son malos indicios: la fiebre cuando pasa de 40 grados o cuando persiste; las complicaciones pulmonares; la fórmula leucocitaria: hiperleucocitosis sin fiebre, es de buen augurio, al paso que una fórmula normal o invertida, agrava el pronóstico.

Acompaña una larga bibliografía.

(Del Día Médico)