

NOI PUNCTE DE VEDERE IN TRATAMENTUL INTOXICAȚIILOR ACUTE

Alice Hirsch, Gy. Mogyorosi

Ca urmare a introducerii noilor medicamente și procedee terapeutice, posibilitățile de vindecare a bolnavilor cu intoxicații acute s-au ameliorat din ce în ce în ultimii ani. Cu toate acestea, în literatura de specialitate apar numeroase comunicări contradictorii, clinicienii apreciind în mod diferit valoarea medicamentelor utilizate și constatându-se păreri divergente în legătură cu judiciozitatea aplicării unor procedee clasice, ca de exemplu a spălăturii gastrice. Evident că medicii practicieni deși trebuie să țină pas cu dezvoltarea medicinei, nu pot totuși să-și schimbe atitudinea fără discernămint critic, pe baza ultimului articol citit. Circumspecția, prudența este îndreptățită mai ales în cazurile de intoxicații acute, deoarece acestea pot avea deseori implicații juridice. La aplicarea procedurilor terapeutice recente trebuie să se ia neapărat în considerare condițiile date, deci aparatura, posibilitățile etc. unității sau dispensarului respectiv.

În comunicarea de față ne ocupăm numai de intoxicațiile cele mai frecvente și îndeosebi de principiile de conduită terapeutică pe care trebuie să le cunoască fiecare medic practician.

Datele statistice arată că și pe scară mondială intoxicațiile cu hipnotice sînt cele mai frecvente, fiind urmate de intoxicațiile cu substanțe caustice. În rest, substanțele care cauzează, fie intoxicații accidentale, fie intoxicații intenționate, sînt foarte numeroase, variind după țări, locul de muncă sau chiar „modă“.

La secția de urgență a Clinicii medicale 11. din Tg. Mureș au fost internați în ultimii doi ani 135 de bolnavi, intoxicați, dintre care 31 cu barbiturice, 23 cu substanțe caustice și 79 cu alte substanțe toxice. Ultima grupă cuprinde intoxicații acute cauzate de 33 de substanțe diferite.

Dintre cei 31 de bolnavi intoxicați cu hipnotice (11 bărbați și 20 femei) 22 au luat luminal iar 9 ciclobarbital cu intenția de a se sinucide. Gravitatea intoxicației a fost apreciată în primul rînd pe baza tabloului clinic, deoarece nu am reușit întotdeauna să stabilim cu precizie cantitatea de medicament ingerată. La 17 bolnavi am constatat numai o stare soporoasă, respectiv comă superficială care a durat cîteva ore, aceste cazuri fiind considerate ușoare. În 7 cazuri, de gravitate mijlocie, manifestate prin pierderea cunoștinței, reflexele osteo-tendinoase au fost abolite, dar reflexele corneene și pupilare au putut fi provocate, dar au lipsit semnele de tulburări grave de respirație sau circulație. Intoxicația cu barbiturice a fost considerată gravă la 7 bolnavi, la care în timpul comei profunde reflexele corneene și pupilare au fost abolite și care prezentau și grave tulburări de respirație și circulație. Doi dintre acești bolnavi au decedat.

Intoxicațiile cele mai grave și cu evoluția cea mai trenantă au fost cauzate de barbituricele care se elimină lent (veronal, luminal etc.). Hipnoticele care au un efect mai rapid și se descompun mai repede (ciclobarbitalul) au cauzat la început simptome foarte grave, dar durata comei a fost mai scurtă iar evoluția de cele mai multe ori favorabilă.

Tratamentul bolnavilor intoxicați este oșositor, uneori emoționant și de cele mai multe ori eficace. Principiile conduitei terapeutice sînt

neschimbate: 1. îndepărtarea substanței toxice; 2. administrarea de antidoturi specifice (dacă dispunem de acestea); 3. prevenirea complicațiilor și 4. tratamentul simptomatic. Este important ca tratamentul să fie instituit imediat, deoarece orice întârziere poate compromite rezultatele celor mai eficace procedee, astfel încât chiar și intoxicațiile ce par ușoare pot deveni fatale.

Cel mai indicat mijloc pentru eliminarea substanței toxice este spălătura gastrică. La bolnavii în stare conștientă se poate încerca provocarea de vărsături prin ingerare de apă călduță sau sărată (nu cu apomorfina!), dar aceasta nu înlocuiește spălătura gastrică. În schimb spălătura gastrică cere mai multă îndeminare și experiență decît se crede în general. O intervenție necorectă poate provoca numeroase complicații, fiind în același timp și ineficace. În cazurile de intoxicații grave sau de o gravitate mijlocie este recomandabil ca spălătura stomacală să se efectueze în poziție culcată, laterală. Spălătura necesită în total cel puțin 6—8 litri de apă călduță. Trebuie să notăm însă că la o singură spălătură nu e bine să se utilizeze mai mult de 300—400 ml apă. O cantitate mai mare poate să accelereze pătrunderea conținutului gastric în duoden. Pilnia nu trebuie ținută prea sus, deoarece apa ce pătrunde brusc poate cauza dilatarea stomacului sau lezarea mucoasei stomacale. Un litru din lichidul de spălare trebuie utilizat pentru examenul toxicologic. Odată cu spălătura gastrică introducem două linguri de cărbune animal și o cantitate identică de ulei de ricină. Este foarte important ca înainte de îndepărtare sonda să fie bine presată, pentru ca lichidul de spălare regurgitant să nu ajungă în căile respiratoare.

În stările de comă profundă introducerea sondei poate cauza o paralizie respiratoare pe cale reflectorică, iar lipsa reflexului faringian face să crească pericolul aspirației. În asemenea cazuri este mai just să renunțăm la spălătura stomacală, adică să așteptăm, pînă cînd — sub acțiunea tratamentului medicamentos — starea comatoasă se ameliorează. Chiar o spălătură efectuată relativ tirziu nu este întotdeauna lipsită de sens. Acest fapt este dovedit de acele cazuri ale noastre în care spălătura gastrică efectuată după 24 sau chiar 48 de ore a scos la iveală tablete nedizolvate.

Recent numeroși autori pun totuși în discuție judiciozitatea spălăturii gastrice în cazurile de intoxicație cu barbiturice. La Copenhaga bolnavii intoxicați cu barbiturice sînt tratați într-o secție specială cu metoda descrisă de Nilson. Într-un interval de un deceniu s-a realizat o considerabilă scădere a mortalității. Rezultatele bune sînt atribuite altor intervențiilor îndreptate spre întreținerea funcțiilor de importanță vitală cît și neefectuării spălăturii gastrice. Potrivit adepților acestei conduite terapeutice lavajul gastric este inutil, deoarece cu ajutorul lui nu se poate obține decît o minimă cantitate din substanța toxică ingerată (de obicei nu mai mult de 100 mg), în timp ce bolnavii sînt expuși pericolului paraliziei respiratoare și aspirației.

Mulți medici autori au o atitudine rezervată față de spălăturile gastrice, deoarece experiența lor arată că după efectuarea acestor spălături simptomele de intoxicație ale bolnavilor, pînă atunci în stare conștientă, se agravează într-un ritm accelerat. Acest fapt se explică prin aceea că sub acțiunea cantității mari de lichid pilorul se deschide (alți autori susțin că însăși barbituricele cauzează atonia pilorică), astfel încît

substanța toxică, ajungând într-o diluție optimă, tocmai datorită intervenției medicului, pătrunde în intestinul subțire într-o stare mai adecuată absorbției.

Și noi am avut observații asemănătoare, dar nu am pierdut nici un bolnav din cauza comei survenite în cursul tratamentului. În schimb trebuie să menționăm că de mai multe ori am reușit să obținem cu ajutorul spălăturilor gastrice o cantitate destul de mare de bucăți de tablete sau chiar tablete întregi.

Noi credem că, exceptând bolnavii care prezintă o stare comatoasă foarte gravă, spălătura de stomac trebuie efectuată întotdeauna. Nici odată nu putem fi siguri că nu am făcut o greșală cu urmări fatale, neîncercând să eliminăm substanța toxică. De altfel notăm că neefectuarea spălăturii stomacale poate avea și consecințe juridice.

Față de hipnotice nu cunoaștem pînă astăzi antidoturi specifice. În decursul vremii au fost utilizate diferite analeptice a căror acțiune a fost considerată la început ca fiind specifică. În primul rînd trebuie să amintim picrotoxina, apoi cordiamina (coramina), pentazolul (cardiazolul), stricnina, benzedrina (pervitinul) și micorenul. În prezent megrimidul se află în centrul atenției, fiind considerat la început ca antagonist competitiv.

Toate medicamentele înșirate mai sus fiind analeptice, exercită un efect excitant asupra sistemului nervos central. Aceste medicamente au o acțiune asupra scoarței cerebrale, dar mai important decît acest efect este acțiunea lor exercitată asupra centrilor vaso-motorici și respiratori, efect care poate fi salvator. Între analeptice și barbiturice există un antagonism funcțional. Analepticele nu favorizează descompunerea și eliminarea barbituricelor, ci contracarează efectul acestora asupra scoarței cerebrale, trunchiului cerebral și într-o măsură mai mică asupra măduvei spinării.

Toate analepticele administrate în doze mari au un efect convulsiv. Cele mai multe dintre ele cauzează tahicardie și hipertermie; unele dintre ele ridică tensiunea arterială. Efectul lor hipertensiv este uneori favorabil, deoarece ameliorează irigația sanguină a sistemului nervos central, intensificînd însă în același timp trebuința de oxigen a neuronilor, poate să agraveze hipoxia deja existentă. În cazuri de intoxicație gravă analepticele, administrate în doze care depășesc anumite limite, pot să provoace reacție paradoxală; efectul lor se însumează cu cel al hipnoticelor, agravînd starea comatoasă.

De mai bine de un deceniu școala scandinavă a renunțat complet la utilizarea analepticelor în intoxicațiile acute cu barbiturice. După cum am amintit, această școală consideră că obiectivul principal al tratamentului constă în întreținerea funcțiilor de importanță vitală și în combaterea șocului. În secția de intoxicații de la Copenhaga, după introducerea respirației instrumentale și a terapiei de combatere a șocului precum și a utilizării la caz de nevoie a rinichiului artificial s-a obținut, prin renunțarea la spălăturile stomacale și la utilizarea analepticelor, o diminuare a letalității de la 25,5%—1,4%.

Trebuie să accentuăm însă că acolo unde nu există posibilitatea de a efectua respirație instrumentală și de a utiliza rinichiul artificial, nu putem renunța la administrarea analepticelor, ba mai mult acestea constituie baza tratamentului intoxicațiilor cu hipnotice.

Dintre numeroasele analeptice aflate în circulație, nu vom aminti decît pe cele mai răspîndite.

În ultimul timp, utilizarea *stricninei* nu este considerată de toți autorii ca fiind indicată. În primul rînd ea își exercită efectul asupra măduvei spinării, ducînd la convulsii care pleacă din centrul inferior, încă înainte ca efectul ei să se manifeste asupra porțiunilor superioare ale sistemului nervos. Dezavantajul *cordiaminei* constă în faptul că efectul ei se însumează ușor cu cel al barbituricelor, astfel încît starea de comă poate deveni mai profundă. În intoxicațiile ușoare sau de gravitate mijlocie administrarea i.v. a *pentazolului* în cantitate de 5—10 ml dă rezultate bune. Dacă bolnavul nu-și recapătă cunoștința nici după repetarea injecției, trebuie să administrăm alt medicament. Apariția convulsiilor sub acțiunea pentazolului, fără ameliorarea stării comatoase profunde, constituie un indiciu al gravității intoxicației adică un pronostic sumbru.

Efectul așa-numitelor substanțe aminice de trezire (pervitin, benzedrină) este identic în linii mari cu cel al pentazolului. Doza inițială este de 3 fiole i.v.; mai tîrziu se poate da în fiecare oră 1—2 fiole (o fiolă = 15 mg).

Rezultate deosebit de bune am obținut cu micorenul, nu demult în circulație la noi. Acest medicament este un excitant energetic al centrului respirator. El prezintă avantajul că poate fi administrat s. c. și i.m. În intoxicații grave se dă ca primă doză 3 ml i.v. în timp de 30 de secunde (O fiolă de 1,5 ml este egală: 0,225 gr). Dacă respirația nu se ameliorează și nu constatăm nici un semn de trezire, administrăm la început în fiecare jumătate de oră, iar mai tîrziu în fiecare oră 9 ml. Acolo unde nu dispunem de plămîn de oțel, micorenul poate fi utilizat cu multă eficacitate. El nu are efecte convulsive și de aceea este recomandabil și în intoxicațiile cu monoxid de carbon.

Shaw și colaboratorii au relatat în 1954 că megimidul (bemegrid, eukraton) este un antagonist specific al barbituricelor. Această supoziție a fost justificată de asemănarea surprinzătoare a medicamentului (β etil—și-metil-glutarimidă) cu structura barbituricelor. Mai tîrziu s-a constatat însă că nu este vorba de un antagonism competitiv ci numai de un antagonism funcțional.

Față de medicamentele utilizate mai demult avînd un efect excitant asupra sistemului nervos central, un avantaj pe care îl prezintă megimidul constă în faptul că nu produce hipertermie. Acțiunea lui, în cazuri de paralizie iminentă a centrului respirator, poate fi de-a dreptul spectaculoasă. Megimidul nu face să crească nici tensiunea arterială, astfel încît în stările de colaps grav, tratamentul poate fi completat printre altele și cu arterenol.

Efectul de trezire al megimidului se manifestă cu atît mai lent cît intoxicația este mai gravă. Prin urmare nu trebuie să așteptăm o acțiune imediată și nici nu este recomandabil să forțăm obținerea unui asemenea efect prin supradozare. În astfel de cazuri se pot observa vărsături și convulsii musculare fibrilare, au fost descrise chiar și spasme glotice pasagere provocate de supradozarea megimidului.

Dozarea trebuie să se facă în funcție de gravitatea intoxicației. Doza inițială este de 10—20 ml administrate i. v. (o fiolă de 10 ml este egală 50 mg). Dacă sub acțiunea acestei doze bolnavul nu reacționează de loc sau prezintă o reacțiune ușoară, injecțiile se

vor repeta la fiecare 5—10 minute. Între timp urmărim reflexele corneene și pupilare, tonusul muscular al membrilor și al degetelor precum și apariția tremorului mandibular sau a altor fenomene de convulsie musculară. După administrarea a 100 ml este recomandabilă o pauză de 1—2 ore. Dacă megimidul nu scurtează durata comei, trebuie să tindem la întreținerea așa-numitei stări de securitate, în care respirația bolnavului este normalizată, pupilele reacționează la lumină, reflexele corneene și osteotendinoase pot fi provocate fără însă ca spasmele să apară.

La secția de urgență a Clinicii medicale II. din Tg. Mureș am utilizat de asemenea în ultimele luni megimidul. Rezultatele obținute sînt favorabile. Din datele relatate în literatură rezultă că la bolnavii tratați cu megimid survine relativ mai frecvent o psihoză de cîteva zile care dispare spontan. În cazuistica noastră nu am observat pînă acum asemenea cazuri.

În prezent nu dispunem încă de un antidot specific față de barbiturice, dar avem în schimb o gamă largă de excitanți ai sistemului nervos central care pot fi utilizați în intoxicațiile cu hipnotice. Cu aceste medicamente am obținut în general rezultate bune. *Cea mai frecventă greșeală este utilizarea timidă a analepticelor.* Nu este voie să batem în retragere nici față de o doză de 10—20 de ori mai mare decît cea obișnuită, știind că teama de convulsii poate fi mai dăunătoare decît însăși convulsiile.

Trebuie să subliniem însă că administrarea de analeptice nu este nici pe departe suficientă, deoarece *combaterea șocului, completarea pierderii de lichid și electroliti sînt indispensabile.* Dacă nu se iau aceste măsuri, mai ales în cazurile de intoxicație gravă, chiar și atunci cînd respirația s-a normalizat în a 4—5-a zi de comă, poate interveni o tulburare profundă a circulației sanguine și bolnavul moare.

Cel mai indicat procedeu este acela de a administra plasmă sau succedaneu de plasmă după nevoie și posibilități, în cantitate de cel puțin 500 ml zilnic. Trebuie să tindem să menținem tensiunea arterială deasupra valorii de 100 mmHg, acest lucru fiind foarte important din punctul de vedere al activității renale. Menținerea tensiunii arteriale poate fi realizată în primul rînd prin perfuzii de nor-adrenalină care completează în același timp și pierderea de lichid. Bolnavului în stare comatoasă trebuie să i se administreze zilnic parenteral cel puțin doi litri de lichid atît sub formă de soluție Ringer, cît și sub formă de glucoză izotonică.

Controlul exact al metabolismului electrolitilor necesită un laborator bine dotat. În lipsa acestuia însă trebuie să avem în vedere contracararea pierderii de potasiu care este cea mai frecventă tulburare survenită în metabolismul electrolitilor. O parte din lichidul administrat parenteral (aproximativ 500 ml) trebuie să o constituie soluția Ringer cu potasiu.

În stările comatoase grave și persistente cauzate de barbiturice, pH-ul sanguin arată în general o deplasare acidă (acidoză respiratorie și metabolică). După cum s-a dovedit recent, acidoza micșorează în mare măsură eliminarea barbituricelor prin urină. Numai o parte minimă din derivații de luminal se descompune. Dezintoxicarea organismului se produce practic prin intermediul rinichilor. De aceea durata comei depinde în ultima instanță de clearance-ul barbituric al rinichiului. În absența

rinichiului artificial cea mai eficientă modalitate de intensificare a eliminării barbituricelor este alcalinizarea organismului, prin administrarea i. v. a unei soluții de NaCO_3H 14 la mie sau a lactatului de sodiu N/6. Dacă nu avem posibilitatea să controlăm pH-ul sanguin, vom administra zilnic 2—2,5 litri din una din soluțiile amintite, iar din celelalte vom da o cantitate mai mică potrivit trebuințelor.

La stabilirea cantității de lichid administrabilă parenteral trebuie să luăm în considerare nu numai capacitatea de toleranță a aparatului circulator, ci și diureza zilnică. În limita posibilităților vom tinde ca această cantitate să nu fie mai mică de 1500 ml.

Dacă nu vom reuși să influențăm tulburarea activității renale prin administrarea unei cantități corespunzătoare de lichid și prin ameliorarea circulației, bolnavul trebuie internat într-un institut de specialitate unde există posibilitatea aplicării rinichiului artificial.

Cea mai frecventă complicație a intoxicațiilor grave cu hipnotice este *pneumonia*. Aceasta poate să agraveze în mod fatal starea bolnavului, ducând uneori la moarte chiar în perioada de ameliorare a comei.

Pentru prevenirea acestei complicații frecvente este recomandabil ca poziția corporală a bolnavului să fie des schimbată, chiar de la început, culcându-l uneori pe burtă. Este indicat ca partea de jos a patului să fie înălțată cu două cărămizi (poziția Trendelenburg nu este recomandabilă în caz de hipertonie sau de insuficiență cardiacă).

În comele grave și persistente poate deveni necesară eliminarea colecțiilor de secreții acumulate în căile respiratoare superioare, cu ajutorul aspirației. Dacă bolnavul este cianotic vom administra oxigen prin sondă nazală. Tratamentul profilactic cu antibiotice trebuie început chiar din prima zi.

La adulți intoxicațiile acute cu hipnotice sînt aproape întotdeauna consecința unei tentative de sinucidere.

În cazul intoxicațiilor cu substanțe caustice situația este alta: dintre cei 23 de bolnavi internați în secția noastră în ultimii doi ani pentru intoxicație cu substanțe caustice, 7 au ingerat incidental sodă caustică sau acid acetic. Dintre aceștia șase bărbați întorși acasă în stare de ebrietate au băut lichid dintr-o sticlă de un litru găsilă în cameră, în credința că aceasta conține țuică. Un elev de la o școală profesională a suferit o intoxicație gravă în timpul practicii, deoarece îndemnat de un muncitor a sorbit sodă printr-un tub de cauciuc introdus într-un butoi. Speriat, el a ingerat o parte din soluția bazică, iar o altă parte a aspirat-o. Rezultatul a fost o intoxicație gravă, leziuni ale corzilor vocale, pneumonie consecutivă și o strictură esofagiană de grosimea unei mine de creion. 16 bolnavi tratați de noi (10 bărbați și 6 femei) au băut, încercînd să se sinucidă, soluție de NaOH sau acid acetic.

În cazul intoxicațiilor cu substanțe caustice pronosticul este greu de stabilit. Chiar și în eventualitatea că simptomele inițiale regresează repede, vindecarea completă nu este întotdeauna sigură. În ciuda bunului rezultat al examenului radiologic efectuat cu emulsie de bariu în primele luni, trebuie să contăm pe apariția unor stricturi grave în săptămînile sau lunile următoare. Aceste stricturi reclamă un tratament îndelungat și uneori chiar intervenții chirurgicale.

Mulți medici continuă să creadă că în cazul cînd bolnavul intoxicat cu substanțe caustice se prezintă în interval de o jumătate de oră, trebuie să se efectueze spălătură gastrică. Cu toate că făcînd abstracție de unele

cazuri excepționale, bolnavii se prezintă la medic mai târziu și deci practic spălătura stomacală nu se efectuează, totuși trebuie să subliniem că în *intoxicațiile cu substanțe caustice spălătura gastrică este inutilă și periculoasă*. Studiind 600 de cazuri de intoxicații cu acizi și baze Csiki confirmă judiciozitatea acestui punct de vedere. Cele mai multe substanțe caustice exercită un efect exclusiv local asupra mucoaselor. Acest efect (necroză de coagulare sau de colicvație) se produce în interval de câteva secunde, depinzând numai de concentrația substanței toxice. Rezultă, prin urmare, că principiul tratamentului constă în diluarea substanței toxice, ceea ce se poate obține prin ingerarea unei cantități mai mari de lichid. Spălătura gastrică poate să cauzeze hemoragii, perforații, aspirația substanței caustice și favorizează apariția șocului traumatic. În afară de aceasta ea agravează și complicațiile tardive (mediastinita, fistulele, stricturile).

În intoxicațiile recente cu acid administrăm bolnavului soluție de *magnesia usta* (o lingură într-un pahar de apă). Administrarea de NaCO_3H este contraindicată deoarece CO_2 care se pune în libertate poate avea un efect balonant nociv. În intoxicațiile cu bază utilizăm o soluție de acid boric 4%, sau acid acetic diluat. În lipsa acestora administrăm imediat după intoxicație apă sau lapte. Pe lângă analgetice, combaterea șocului și administrarea preventivă de antibiotice ne folosim și de efectul antiinflamator al antihistaminicelor (romergan).

În materialul nostru clinic de 2 ani, în afară de intoxicațiile cu hipnotice și substanțe caustice mai figurează încă 79 de bolnavi cu diferite intoxicații. La acești bolnavi intoxicația s-a produs cu 33 de medicamente sau substanțe toxice, fie incidental, fie intenționat. În tentativele de sinucidere au fost luate de cele mai multe ori analgetice, calmante, sedative și tranchilizante (fenacod, valenal, largactil, carbaxin). În unele cazuri natura profesiei a influențat bolnavii în alegerea substanțelor toxice. Astfel un fotograf a bătut sare de fixare iar o cosmeticiană a băut soluție de apă oxigenată. Cîteva muncitori din fabrică au ajuns la tratament pentru intoxicații accidentale. Așa de exemplu unul dintre ei și-a „sărat” roșile cu clorură de bariu și altul cu intrat de sodiu.

În materialul nostru intoxicații cu morfină nu figurează în ultimii ani. Fără îndoială că în tratamentul acestei intoxicații noul antidot specific N-allyl-nor-morfina constituie o adevărată piatră de hotar. Noi nu am avut ocazia să constatăm încă acțiunea spectaculoasă a acestui medicament relatată în literatură. Notăm faptul că în intoxicațiile cu morfină spălătura gastrică repetată, procedeu considerat mai demult necesar, este inutilă, deoarece morfina se secretează în stomac sub forma unui compus netoxic. De altfel tratamentul constă în utilizarea unor medicamente care și-au dovedit practic eficiența pînă acum (administrare de substanțe cu efect asupra centrilor respiratori, respirația artificială, respirator, combaterea șocului).

În materialul nostru clinic grupa „mixtă” este reprezentată în general prin cazuri ușoare. Bolnavii aparținînd acestei grupe au ingerat în majoritatea cazurilor substanțe nofensive sau cantități mici de substanțe toxice, prezentîndu-se ei înșiși la medic. Uneori simptomele de intoxicație nici nu au apărut. Dintre cei 18 elevi ai unei școli medii (între 16—18 ani) care au mîncat din curiozitate cîteva seminte de ricin, numai 2 figurează în statistica noastră.

Intoxicația citorva bolnavi a fost mai gravă. La început starea bolnavilor intoxicați cu carbaxin părea foarte gravă, dar acești bolnavi și-au recîștigat în cîteva ore cunoștința și tulburările de respirație s-au dovedit trecătoare. La una din bolnavele noastre fiola de atropină, utilizată în medicina veterinară, ce i s-a dat în loc de ser fiziologic, a provocat simptome nervoase grave. Bolnavul T. A. în vîrstă de 63 de ani, care a băut soluție DDT a murit în interval de cîteva ore.

Pentru medic este deseori greu să stabilească dacă e vorba dintr-un capul locului de o intoxicație, mai ales în unele cazuri teatrale de sinucidere. În aceste cazuri se poate constata mai târziu că bolnavul a luat în adevăr câteva tablete de aspirină sau sedative și hipnotice într-o doză ceva mai mare decât cea obișnuită.

Aprecierea cazurilor de intoxicație aparentă necesită o deosebită circumspecție. În același timp, alți fața de bolnav cit și de aparținătorii lui, trebuie să avem o atitudine plină de tact. Neefectuarea spălăturii stomacale ar fi o eroare tehnică, dar fiind faptul că aparența teatrală a cazului nu exclude posibilitatea intoxicației, iar pe de altă parte relatările bolnavului isteric nu pot constitui o bază nici chiar în sens negativ. Este recomandabilă ținerea sub observație chiar și atunci când e vorba de o sinucigașă „recidivantă”. O bolnavă tratată de noi, suferind de debilitate mentală și isterie a încercat să se sinucidă de 6 ori, luând aspirină, valenal și ovacliman. Până în cele din urmă ea a murit în urma unei intoxicații cu luminal. Într-un alt caz, o femeie prezentând o stare generală foarte bună, afirma gălăgios pe culoarele clinicii că a luat o doză mortală de luminal. Nimeni nu i-a acordat nici o importanță, până când peste câteva ore a survenit o comă profundă și foarte greu de combătut.

Rezultă prin urmare că în cazuri de suspiciune nu este just să ne orientăm numai după impresii și considerente psihologice. O observație medicală sau un tratament care se dovedesc mai târziu inutile nu sînt niciodată dăunătoare, în timp ce o simplă neglijență poate avea consecințe riscante. Dacă însă prudența noastră s-ar dovedi de prisos, ne putem consola prin faptul că spălătura gastrică constituie un mijloc „educativ” sau o intervenție redutabilă destul de eficace.

În scurta noastră comunicare nu am putut să abordăm toate problemele ce se ivesc în legătură cu intoxicațiile. Intenția noastră a fost să atragem atenția asupra unor puncte de vedere și procedee terapeutice noi. Nu ne-am ocupat de problemele importante ale profilaxiei întrucît acestea depășesc sfera noastră de atribuții. Totuși trebuie să subliniem că la prescrierea și eliberarea hipnoticelor și în general a medicamentelor toxice sau caustice utilizate în gospodăria casnică să fie înlocuite, în limita posibilităților, cu substanțe mai puțin periculoase (de ex. în loc de sodă caustică să se dea Na_2CO_3 , iar în loc de acid acetic concentrat o soluție de 8% etc.). Acolo unde utilizarea substanțelor toxice este indispensabilă trebuie să se intensifice munca de lămurire a muncitorilor obligîndu-i să respecte regulile necesare.

Sosit la redacție: 7 noiembrie 1961.
