

Presentado en la Sesión de 26 de Noviembre de 1930

Preside el Dr. Clivio Nario

*Un caso de intoxicación con cianuro de potasio, curado con hiposulfito de sodio intravenoso,*

Por el Dr. JUAN C. PRAVIA

Creemos interesante publicar este caso de intoxicación, tratado en una de nuestras guardias del Hospital Español.

La noche del 10 de Junio de 1930, a las 8 y 30, nos traen un enfermo, que dicen sus acompañantes, momentos antes (8 minutos) había tomado cianuro de potasio con ideas suicidas.

Enfermo joven, de 29 años de edad, que se nos presenta con el cuadro siguiente: estado agónico, coma completo, pulso filiforme de 110 a 130 por minuto, tonos cardíacos apagados e iguales, 4 respiraciones por minuto, con una inspiración y una expiración muy prolongadas. Cabeza y cuello cianosados, echando mucosidades por las narices y boca. Pupilas enormemente dilatadas, no hay reflejo corneal y el olor del aliento característico a almendras amargas. Miembros en flacidez completa y cianosis de los dos antebrazos y manos. El enfermo había cenado mucho y bebido abundantemente, y adquirió 0.40 centésimos de cianuro de potasio, se lo llevó a la boca y a los pocos segundos cayó sin conocimiento al suelo.

Sin pérdida de tiempo inyectamos 30 c.c. de la solución de Hiposulfito de Sodio al 20 % intravenoso; el pulso parecía mejorar un poco, pero como nos pareciera que demorara mucho el efecto del antitóxico, inyectamos 70 c.c. más de esta misma solución; en una palabra inyectamos 20 gramos de Hiposulfito de Sodio intravenoso. No dimos ningún tónico, ni ninguna otra inyección.

Los efectos no se hicieron esperar mucho, estaban pasando los últimos centímetros de la inyección, cuando el pulso mejora en forma rápida, haciéndose tenso y regular; la dilatación pupilar desaparece, sustituyéndose por una miosis, y el reflejo corneal aparece. La respiración va haciéndose poco a poco más acelerada, y junto con ella la cianosis va desapareciendo paulatinamente. A los 10 minutos de la inyección el cuadro era completamente distinto: 100 pulsaciones radiales tensas y regulares, 15 respiraciones por minuto, sin cianosis, y el enfermo empieza a moverse desordenadamente.

Poco tiempo después empieza a vomitar; primero vómitos alimenticios, luego biliosos, por espacio de tres horas, causa por la cual no hicimos lavaje de estómago. A las 10 de la noche tratamos de hablar con el enfermo, y nos responde con incoherencias. A las 4 de la ma-

ñana orinó espontáneamente 300 gramos de orinas con muchos fosfatos, sin albúmina ni glucosa. A las 8 de la mañana del siguiente día sale de su estado estuporoso y recién se da cuenta que se encuentra en un Hospital. Encontramos unas ulceraciones en la boca, lengua, mucosas de las mejillas y la faringe, ulceraciones muy superficiales, lo que le producía una disfagia muy grande, que mejoró con unos gargarismos con una solución de subnitrito de bismuto (40 grs. por litro).

El enfermo siguió muy bien sin ninguna novedad, es dado de alta el día 12 de Junio. Diez días después examinamos nuevamente y no encontramos nada de anormal y un mes y medio después con el mismo resultado tratando de investigar del punto de vista nervioso para despistar alguna neuritis cianhídrica con el mismo resultado.

Creemos interesante recalcar: 1.º La cantidad de cianuro tomada, que ha sido muy grande; 2.º La enorme cantidad de Hiposulfito de Sodio que inyectamos, en una sola vez; y 3.º La sola inyección de Hiposulfito en esta dosis, bastó para salvar al enfermo, sin necesidad de estimulantes generales, ni respiración artificial, sueros, etc., etc. Que la solución de Hiposulfito debe ser muy fresca, recién preparada y tenerla a mano siempre en los servicios de puerto de los Hospitales.

## BIBLIOGRAFIA

Setiembre 20 de 1926. Prensa Médica (Buenos Aires), Doctor A. Buzzo.

Abril 7 de 1927. Semana Médica (Buenos Aires), Doctores A. Buzzo y Carratalá.

Enero 20 de 1927. Semana Médica (Buenos Aires), Doctor Alberto Martínez.

Febrero 17 de 1927. Semana Médica (Buenos Aires), Doctor Enrique Chacón.

Marzo 17 de 1927. Semana Médica (Buenos Aires), Doctores O. Castellanos, Manaño, Méndez y Talia.

Febrero 2 de 1928. Semana Médica (Buenos Aires), Practicante José A. Piqué.

Mayo 17 de 1928. Semana Médica (Buenos Aires), Practicante Jacobo Zimman.

Junio 29 de 1928. Boletín Sociedad de Pediatría (Montevideo), Doctores E. Murigán y Beraza. — Boletín Sociedad de Pediatría (Montevideo), Doctores A. Casas y G. Scaffo.

---

Dr. UGON.—Felicita al Dr. Pravia por el éxito obtenido en caso relatado,

de intoxicación por cianuro, tratado por hiposulfito, y me hará perseverar en una terapéutica que hasta el presente jamás había obtenido éxito, en más de diez casos, de mi experiencia.

Dr. MOURIGAN.—Felicitación. Que en el caso de él el efecto también fué sorprendente. Que hay que dar grandes cantidades y que es interesante el caso del Dr. Pravia, porque en los suicidas es muy difícil conseguir algo, dado las grandes cantidades que toman.

---

Presentado en la Sesión de 26 de Noviembre de 1930

Preside el Dr. Clivio Nario

*Peritonitis biliar sin perforación de la vesícula*

Por el Dr. R. CAPURRO

Antonia R., 57 años, casada, ocho hijos, partos normales, no hay antecedentes patológicos dignos de mención. El 10 de Octubre a la hora 7 a. m., en momentos en que se disponía a tomar el desayuno, fuertes dolores en la región periumbilical y que se irradian a todo el abdomen y que duran media hora. Luego la enferma se encuentra mejor aunque se siente desganada, se levanta y almuerza algunos alimentos; de tarde nuevos cólicos abdominales con los mismos caracteres del primero, la enferma se ve obligada a guardar cama de nuevo. Por la noche se produce otro cólico. El médico que la asiste la hace ingresar al Hospital Pasteur, servicio del Dr. Quintela, a las 9 a. m. del día 11.

Facies, bueno sólo denota cierta ansiedad; vientre, con contractura generalizada, el diafragma no está inmovilizado, no hay timpanismo hepático.

A la palpación, la fosa ilíaca derecha parece espacialmente dolorosa. El examen genital negativo. No hay vómitos, sólo ha tenido algunas náuseas. Temperatura 37°, pulso 80. En el momento del examen la enferma hace una nueva crisis, dolor intensísimo periumbilical que se irradia a todo el abdomen. Esta crisis determina a la enferma a operarse de inmediato. Se interviene con el diagnóstico probable de peritonitis de origen apendicular. Anestesia general (Eter). Incisión mediana supra infraumbilical. Al incidir el peritoneo líquido bilioso, se explora la región ileocecal, apéndice congestivo y turgescente que se reseca sin invaginar el muñón, se pasa a explorar la región umbilical. Estómago normal, hígado parece un poco aumentado de volumen y congestivo; vesícula muy aumentada de volumen;