

Le volume minute est variable et la réserve respiratoire pendant le repos est presque toujours normale.

Lorsqu'on soumet les asthmatiques à un effort respiratoire, les données enregistrées mettent en relief la capacité ventilatrice diminuée chez ces malades, même pendant les périodes libres de malaises. La capacité respiratoire maximum

et son coefficient (C. U. C. V.) se trouvent des fois descendus, surtout dans les formes infectieuses et organiques. Le volume minute maximum confirme cette descente de la fonction ventilatrice malgré l'apparent bon état du malade; en s'aggravant l'état asthmatique, le spirogramme donne une caractéristique et fréquente image en crête.

NOTAS CLÍNICAS

LA MEZCLA LÍTICA EN EL TRATAMIENTO DE LAS PANCREATITIS AGUDAS

C. PERA BLANCO-MORALES, F. GÁRATE (*),
P. M. GOTI y M. AGUILAR.

Médicos Internos.

Casa de Salud Valdecilla, Instituto Médico de Postgraduados, Servicio de Aparato Digestivo.
Jefe: Doctor A. GARCIA-BARÓN.

I

El difícil problema que plantea el tratamiento de las pancreatitis agudas ha ocupado, con preferencia, la atención de nuestro Servicio durante los dos últimos años ¹ y ². Recientemente, uno de nosotros (C. P.) resumía las medidas fundamentales para el tratamiento de esta afección de la siguiente forma:

A) *Medidas de base sintomática:*

1. *Aliviar el dolor.*
2. *Combatir el shock y el desequilibrio hidrosalino.*
3. *Prevenir o luchar contra la infección.*

B) *Medidas de base etiopatogénica:*

1. *Disminución o anulación de la secreción externa pancreática mediante: a) La supresión de los estimulantes fisiológicos (alimentación gástrica → secreción de ClH → producción de secretina); y b) Disminución del tono funcional del vago.*
2. *Eliminación de la muy posible oclusión funcional del esfínter de Oddi mediante la depresión del tono funcional simpático.*

Sin embargo, teníamos que reconocer que, pese a los evidentes progresos realizados en este sentido, las formas severas de las pancreatitis agudas seguían obedeciendo poco a nues-

tos esfuerzos terapéuticos. Nuestra experiencia posterior ha confirmado, en conjunto, esta actitud poco optimista. Tal estado de ánimo nos llevó a considerar como digna de atención la siguiente hipótesis de trabajo: Si la mayor parte de las medidas puestas en práctica en el tratamiento de la crisis pancreática procuran deprimir el tono funcional del sistema neurovegetativo, calmar el intenso dolor y prevenir el shock, quizás pudiera ser de interés la comprobación de los resultados que se obtendrían con el empleo de la "mixture lítique", de LABORIT y HUGUENARD, que, como es sabido, produce una desconexión del sistema vegetativo, una sedación del dolor al mismo tiempo que actúa favorablemente contra el shock ³ y ⁴. De esta forma, con un sólo procedimiento terapéutico controlaríamos casi todo el tratamiento de las pancreatitis agudas.

La dificultad estaría en actuar en el momento justo, es decir, aquel en el que la pancreatitis se encuentra en fase preferentemente edematosas con escasa necrosis y no ha pasado aún al período de la pancreatitis masiva hemorrágica con extensión de esta necrosis grasa a toda la cavidad abdominal. Quien haya visto en la mesa de operaciones o en la de necropsia este impresionante cuadro anatopatológico comprenderá que, llegado el proceso a estos términos, poco queda por hacer. Clínicamente no resulta difícil sospechar cuándo un enfermo con una pancreatitis aguda edematosas comienza a evolucionar hacia la necrosis masiva; es, sobre todo, el inicio del fallo circulatorio periférico el que nos hará temer esta eventualidad.

Pretendíamos conseguir una comprobación experimental de nuestra hipótesis, dada la escasa frecuencia con que podemos asistir a este tipo de pacientes, cuando tuvimos ocasión de utilizar la mezcla lítica en una enferma con una franca pancreatitis aguda; la historia clínica de este caso es la siguiente:

Historia núm. 3.998. Mujer de sesenta y ocho años. Desde hace dieciocho años viene padeciendo de repeti-

(*) Del Servicio de Anestesiología.

das crisis de dolor epigástrico, irradiado en cinturón hacia ambos hipocondrios y regiones lumbares; se presentan en forma paroxística. En una de estas crisis la enferma fué laparotomizada en nuestro Servicio hace diez años con el diagnóstico de probable colecistitis aguda, no encontrándose nada anormal en estómago, vesícula, páncreas (no se hizo toma para biopsia) ni en el resto de la cavidad abdominal. Ingresa de urgencia el día 2 de octubre de este año; hacia diecisésis horas le

poco tenso; parece iniciarse el temido shock pancreático. A la vista del estado de la enferma decidimos, teniendo en cuenta nuestras ideas anteriormente expuestas, iniciar un tratamiento con la mezcla litica en la esperanza de conseguir la detención del proceso auto-digestivo. No pretendíamos llegar a la invernación, sino tan sólo conseguir una marcada desconexión vegetativa, una sedación del dolor y prevenir, en lo posible, la instauración del estado de shock.

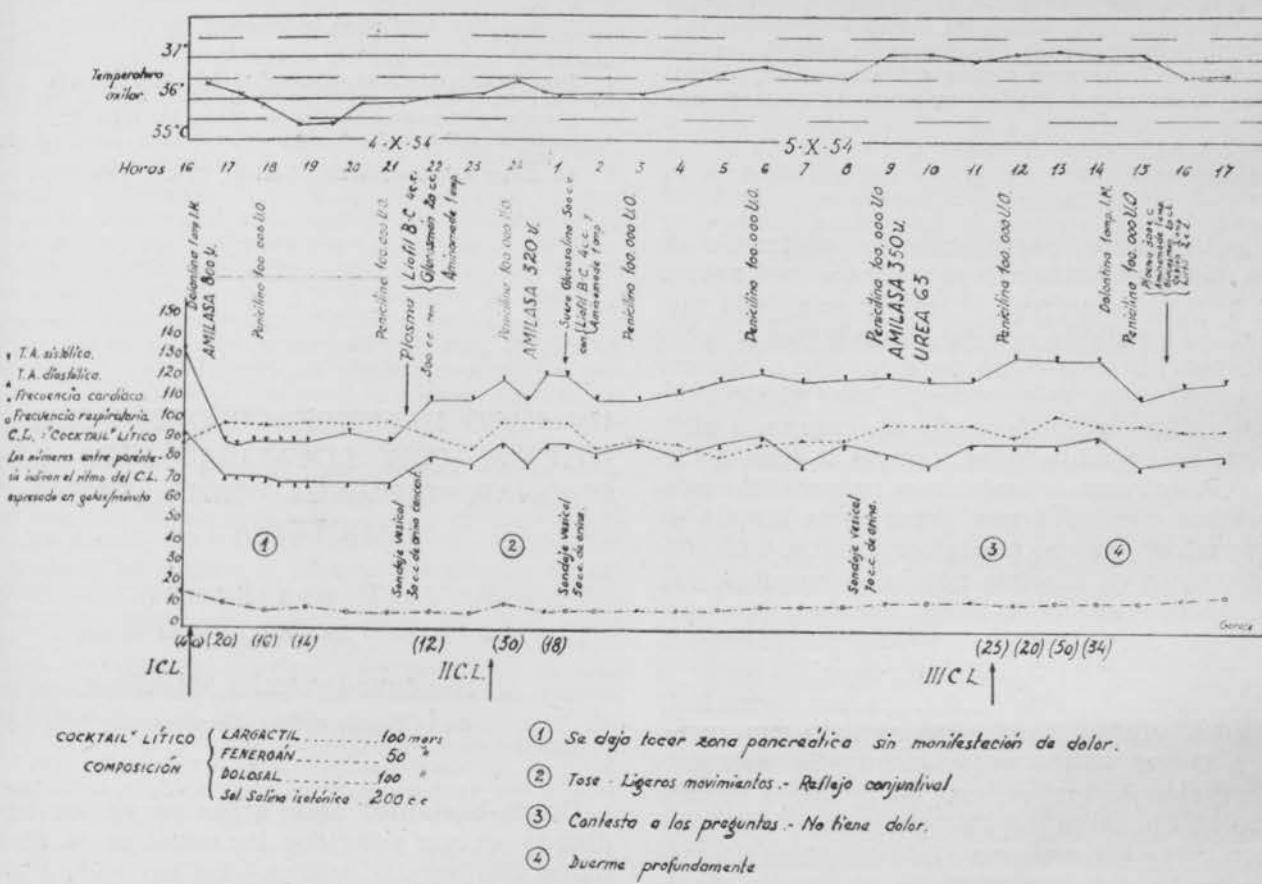


Figura 1.

comenzó un dolor bastante intenso localizado en epigastrio y en seguida irradiado hacia hipocondrio derecho y escápula del mismo lado; a la hora de iniciarse el episodio doloroso la irradiación se extendía preferentemente hacia el hipocondrio izquierdo, alcanzando entonces gran intensidad. En el momento de ingresar se queja mucho de dolor en hipocondrio izquierdo. Ha tenido náuseas, escalofríos y sudoración profusa. Temperatura, 37,5. Cien pulsaciones tensas.

Exploración.—Enferma gruesa con abundante panículo adiposo en la pared abdominal. La palpación superficial no demuestra la existencia de contractura; duele bastante al palpar sobre zona vesicular y tanto o más cuando se hace sobre hipocondrio izquierdo. El tacto rectal es negativo y con la maniobra de Sanmartino no disminuye el dolor provocado.

Leucocitos, 10,000, con 3 eosinófilos, 18 cayados, 51 segmentados, 26 linfocitos, 1 monocito y 1 célula plasmática. Amilasemia (método de Somogyi), 800 u. (normal, hasta 300 u.).

Con el diagnóstico de pancreatitis crónica recidivante en fase aguda se inicia tratamiento según las normas habituales (ayuno absoluto, aspiración continua gástrica, sueros salinos isotónicos, dolantina, atropina en dosis fuertes y calcio endovenoso). A las veinticuatro horas de su ingreso presenta de nuevo una fuerte crisis dolorosa epigástrica con irradiación hacia hipocondrio izquierdo y región lumbar del mismo lado; la enferma está inquieta, siendo muy sensible la palpación de la región pancreática; suda mucho y el pulso es

Escogimos para nuestros fines la mezcla de LABORIT y HUGUENARD a las dosis preconizadas, muy recientemente, por SHACKMAN y cols., para fines anestésicos:

Largactil	100 mg.
Fenergán	50 "
Dolosal	100 "

disueltos en 200 c. c. de suero salino fisiológico.

Después de una inyección intramuscular de Dolantina se inició la administración endovenosa de la mezcla litica con un ritmo inicial de 40 gotas por minuto. Toda la evolución del tratamiento durante las veinticinco horas que estuvo sometida la enferma se encuentra recogida en el cuadro adjunto (fig. 1). A los veinte minutos de comenzar el goteo intravenoso la enferma dormía plácidamente, aunque no con profundidad; a la hora y media se deprimía a fondo la región pancreática sin que la paciente acusase el estímulo doloroso; a las ocho horas la amilasemia descendió de 800 u. a 320 u. El número de pulsaciones no pasó de 100, siempre tensas y regulares; las cifras tensionales, después de un descenso inicial a 9 y 7 de tensión sistólica y diastólica, se mantuvieron, respectivamente, entre 11,5 de máxima y 7,5 de mínima. Correspondiendo con el descenso tensinal inicial, la temperatura bajó a 35,4 (sin refrigeración de la paciente) para después estabilizarse en 36,5.

Se controló durante todo el periodo de tratamiento el metabolismo energético e hidrosalino de la paciente administrándose plasma y sueros glucosalinos isotónicos

suplementados con complejo vitamínico B y vitamina C liofilizados, glucosa y aminoácidos; como antibiótico, penicilina.

A las veinticinco horas de comenzado el tratamiento dejó de inyectársela la mezcla lítica; poco a poco fué despertándose la enferma; la palpación de la zona pancreática no era dolorosa; no aquejaba, tampoco, dolor espontáneo; una amilasemia practicada entonces dió 228 unidades; el estado general era bueno. Sin embargo, no suspendimos bruscamente el tratamiento, sino que se siguió con la administración de atropina a dosis pequeñas, dolantina, sueros, etc. En los días siguientes se le permitió la ingestión de líquidos hasta comenzar paulatinamente a hacer una alimentación adecuada. Actualmente la enferma se halla convaleciente de su proceso agudo.

II

Hemos creido conveniente la publicación de esta nota en primer lugar porque los medios con que contamos para el tratamiento de la pancreatitis aguda no son tan abundantes y sobre todo tan eficaces como para no dar a conocer uno que, sobre una evidente base fisiopatológica, nos ha proporcionado un resultado alentador; en segundo lugar, porque la escasa frecuencia con que se asisten a pancreatitis agudas hace necesaria una experiencia amplia de este método, que no puede conseguirse sino conjuntamente en muchos Servicios hospitalarios.

Queremos también hacer constar, por otro lado, que durante el pasado año dos pancreatitis agudas fueron tratadas en Servicio según la metódica ya expuesta²: una, era una forma muy discreta, y otra, puede ser en todo superponible a la que ahora presentamos. Se consiguió la curación de ambas, mas en la forma intensa hubo que llegar a los límites de la intoxicación atropírica; sin embargo, nos ha parecido más rápida, efectiva y segura la utilización de la mezcla lítica.

Es necesaria, no obstante, una mayor experiencia para poder opinar con más fundamento sobre este interesante problema.

RESUMEN.

Los autores tuvieron la idea de utilizar la mezcla lítica de LABORIT en el tratamiento de una pancreatitis aguda, basándose en la similitud de las medidas terapéuticas propugnadas y de las acciones desarrolladas por la citada combinación. El resultado obtenido ha sido lo suficientemente bueno como para proseguir en esta dirección con el deseo de adquirir una mayor experiencia y un juicio definitivo.

Nota.—En prensa este trabajo, ha llegado a nuestras manos una comunicación de M. A. BERNARD, titulada "L'hibernation dans le traitement de la pancréatite aigüe" (*Arch. des Maladies de L'Appareil Digestif et des Maladies et la Nutrition*, 42, 1.403, 407, diciembre, 1953). Contra lo que pudiera hacer sospechar el citado título, no se trata de recomendar la mezcla lítica en el sentido propugnado por nosotros, sino *tan sólo como anestesia de elección para operar pancreatitis agudas*. Por otra parte, el autor termina recomendan-

do como línea sistemática de conducta la siguiente: a) Operar de urgencia bajo invernación. b) Tratar zonas de irritación que puedan ser el origen de la pancreatitis (colecititis). c) Drenar el páncreas; y d) Inhibir la función secretora externa de la glándula mediante aspiración gástrica y colecistostomía.

El enfermo objeto de la comunicación del autor francés falleció a los cinco días de la intervención quirúrgica: se trataba de una forma muy intensa de pancreatitis aguda.

BIBLIOGRAFIA

1. PERA BLANCO-MORALES.—Actual. Méd., 344, 433, 1953.
2. PERA BLANCO-MORALES.—Rev. Clín. Esp., 49, 64, 1953.
3. LABORIT y HUGUENARD.—Presse Méd., 59, 1.329, 1951.
4. LABORIT, HUGUENARD y ALLAUME.—Presse Méd., 60, 206, 1952.
5. SHAKMAN y WOOD-SMITH.—Lancet, 2, 617, 1954.

UN CASO DE TUBERCULOSIS TORPIDA, ATÍPICA, CON LOCALIZACIONES GANGLIONAR, CUTANEA, ÓSEA, UVEAL Y PAROTIDEA (*)

J. TAPIA SANZ.

Del Patronato Nacional Antituberculoso.

J. SÁNCHEZ-PEDREÑO MARTÍNEZ.

De la Lucha Oficial Antivenérea.

Desde bastantes años atrás se vienen estudiando—y son referidos los estudios en abundante bibliografía médica—los casos de evolución muy tórpida de la tuberculosis hematogena diseminada con localizaciones más o menos atípicas. Por otro lado, un relativamente crecido número de individuos afectos de una enfermedad de marcha tórpida, con lesiones cutáneas, óseas, ganglionares y viscerales muy distintas y diferentes, de histología bastante uniforme que recuerda, aunque difiere de la típica, a la de la tuberculosis productiva, constituye un prolongado motivo de discusión etiológica; porque aun tal conjunto de casos, comprendidos bajo la denominación de enfermos del morbus Besnier-Boeck-Schaumann en la literatura europea, y de sarcoidósicos en la mayor parte de la americana, son considerados actualmente por quizás la mayoría de los autores como incluibles dentro de una forma de atipismo límite de la misma enfermedad tuberculosa; en tanto que otros, todavía, sostienen la hipótesis de una enfermedad específica; y otros aún, la de una reacción específica o no frente a agentes morbosos múltiples.

No es nuestro propósito en esta comunicación sostener opinión ninguna en pro ni en con-

(*) Comunicación presentada a la II Reunión Médica de Levante, Murcia, abril 1954.