

44. ADLESBERG.—Am. J. Med. Sci., 223, 96, 1952 (cit.).
45. JONES y EATON.—New England J. Med., 213, 307, 1935.
46. RALLI y cols.—J. Clin. Invest., 24, 316, 1945.
47. LICHTWITZ, L.—"Nefritis", pág. 32. Edit. Hachette.
48. (Cit.) Actualité Méd., 81, 60, 1938.
49. KLEINE.—Klin. Wschr., 2, 1.893, 1933.
50. FONTÁN BALESTRA, E.—Rev. Clín. Esp., 56, 237, 1956.
51. ALESSANDRINI.—Boll. Accad. Med. Roma, 60, 1934.
52. HAHN, J. y cols.—Jornada Méd., 6, 1.525, 1952.
53. FORNET.—Congreso Internac. Insuf. Hepática. Vichy, 1937.
54. STEPP, W.—Rev. Clín. Esp., 16, 179, 1945 (cit.).
55. BAIRD, K. A.—Ann. Allergy, 9, 330, 1951.
56. FONTÁN BALESTRA, E.—Prensa Méd. Arg., 37, 100, 1950.
57. FONTÁN BALESTRA, E.—El Día Médico, 16, 1947.
58. FONTÁN BALESTRA, E.—"Alergia y glándulas suprarrenales". Trabajo de adscripción a Patol. Méd. Buenos Aires, 1948.
59. KLEIN, R. y cols.—J. Clin. Endocrinol., 15, 943, 1955.

SUMMARY

For the reason mentioned in the paper, the writers believe that the liver deserves a leading place in the important assembly of endocrine glands. They hold the view that the possibility of its functional imbalance should be taken into account whenever endocrine disturbances are to be treated. They have been putting this principle into practice for twenty years and the results attained have been extremely encouraging.

ZUSAMMENFASSUNG

In Anbetracht der angeführten Beweise, glauben wir zusammenfassend sagen zu können, dass der Leber sozusagen eine Ehrenstellung im Zusammenwirken der innersekretorischen Drüsen zukommt und möchten vorschlagen, dass bei der Behandlung aller innersekretorischen Störungen an die Möglichkeit einer Gleichgewichtsstörungen der Leberfunktion gedacht werden soll. Seit 20 Jahren halten wir uns in unserer Praxis an diese Ansicht und die erlangten Ergebnisse sind äusserst günstig.

RÉSUMÉ

En résumé, nous croyons que le foie mérite, par toutes les raisons exposées, une place d'honneur dans le haut conclave des glandes endocrines, et nous proposons tenir toujours compte de la possibilité de son déséquilibre fonctionnel lorsqu'on doit traiter des troubles endocrines. Il y a déjà 20 ans que nous pratiquons cette façon de voir et les résultats ont été extrêmement flatteurs.

NOTAS CLÍNICAS

GRAVE ACCIDENTE RESPIRATORIO POR EMPLEO DEL ANTIALGICO R-875

R. RIVERA LÓPEZ.

Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas.
Sección de Cirugía Cardiovascular.
Doctor E. CASTRO FARIÑAS.

Ante la creciente difusión del empleo del R-875 en las diversas ramas de la Medicina por su potente acción analgésica, consideramos de interés la publicación del siguiente caso de intensa depresión respiratoria y espasmo de glottis, consecutivos a la inyección de 10 mg. del preparado "Palfium".

El dia 23 de enero de 1957 nos fué remitido por el doctor PARRA, para su intervención, el enfermo F. T. G., de veinticinco años, natural de Toledo, soltero, de profesión comerciante, con el diagnóstico de estenosis mitral, pues tras una historia de frecuentes amigdalitis y una hemoptisis hace nueve años, tuvo una nueva hemoptisis el verano pasado; a partir de entonces intensa disnea de esfuerzo y ortopnea, seguidas más adelante por náuseas y pesadez postprandial; la exploración permitía apreciar un soplo diastólico largo en punta, primer tono muy intenso y segundo desdoblado, y en foco pulmonar el segundo tono aparecía desdoblado y reforzado; el hígado se palpaba en sus límites normales. El E. C. G. presentaba un corazón en posición semivertical; fibrilación

auricular y bloqueo incompleto de rama derecha. El estudio radiológico era típico de una estenosis mitral con hipertrofia de aurícula izquierda y ventrículo derecho y arco pulmonar saliente. El hemograma era normal. Índice de Katz, 6,5. La investigación de proteína C reactiva fué negativa. La glucosamina era de 115 mg. por 100 c. c. de suero. La investigación de aglutininas para hematies sensibilizados de carnero fué positiva al 1/16. Y el análisis de orina fué normal.

Con el diagnóstico de estenosis mitral pura, y estando el enfermo perfectamente compensado, fué intervenido el dia 24 de enero por el doctor E. CASTRO FARIÑAS.

La anestesia (doctores ARIAS y CASTRO FARIÑAS, A.) fué completamente normal. Se premedicó con 1 cg. de morfina y 0,5 mg. de escopolamina y una hora más tarde se llevó a cabo la inducción con Kemital (1 gr.), cloruro de d'tubocurarina (15 mg.) y oxígeno, efectuándose la intubación endotraqueal sin ninguna dificultad y manteniéndose la anestesia inicialmente con éter y oxígeno y posteriormente, durante casi toda la intervención, con una mezcla al 50 por 100 de oxígeno y protóxido de nitrógeno después de haber administrado 10 mg. más de cloruro de d'tubocurarina; en el periodo de recuperación se administró 1 mg. de Prostigmine.

Tras efectuar una toracotomía por cuarto espacio intercostal izquierdo se apreció un pulmón de aspecto normal, libre de adherencias; abierto el pericardio por detrás del frénico se observó una orejuela pequeñísima, por lo que la sutura en bolsa de tabaco se extendió a pared auricular. En la exploración digital se encontró una válvula muy estenosada, sin calcificaciones y con afectación del aparato subvalvular, que quedó ampliamente abierta y movilizada tras la comisurotomía, la cual hizo desaparecer el thrill diastólico que previamen-

te se apreciaba sobre ventrículo izquierdo. La orejuela se amputó tras ser ligada en su base y el pericardio se cerró con puntos sueltos dejándolo ampliamente abierto en su parte superior. Tras colocar un drenaje en cavidad pleural se cerró el tórax por planos con puntos sueltos.

El enfermo salió del quirófano a las trece horas muy bien oxigenado, con tensión arterial de 12/8 y pulso amplio, arrítmico, sin déficit cardíaco, con una frecuencia de 80 al minuto, despertándose por completo una hora después y comenzando a drenar normalmente. Se le administró oxígeno por sonda nasal y un frasco de Benzetacil de 2.400.000 unidades. A las diecisiete horas se encontraba muy bien, completamente consciente, y aquejaba un dolor localizado fundamentalmente en el hombro izquierdo, que no le impedía los movimientos respiratorios normales. A las diecinueve horas tenía una tensión arterial de 11/7, pulso arrítmico, pero amplio, y con una frecuencia de 80 latidos por minuto, encontrándose completamente consciente y bien oxigenado, aunque el dolor se había acentuado mucho y le dificultaba los movimientos respiratorios, por lo que a las 19,05 se le administró por vía intramuscular una ampolla de 10 miligramos de "Palfium" (R-875), con lo que el dolor desapareció, quedando el enfermo profundamente dormido.

A las 19,30 emitió dos o tres fuertes ronquidos, al mismo tiempo que sufria varias contracciones tónico-clónicas, se ponía muy cianótico y quedaba inconsciente. Aviado el cirujano de guardia, lo encontró en apnea y muy taquicárdico, practicándole respiración artificial mientras se le administraba por vía intravenosa una ampolla de lobelina y otra de eufilina, con lo cual realizó algunos movimientos respiratorios espontáneos, pero no mejoró su cianosis ni salió del estado de inconsciencia.

A las 19,50 se encontraba en una situación terminal, en apnea completa, con una cianosis intensísima, muy taquicárdico, con Babinski bilateral y una intensa contracción de los maseteros que dificultaba la respiración artificial. En este momento apareció una enorme congestión en el cuello, con contracción de todos los músculos de esta región y del tórax, que hizo ineficaz la respiración artificial, por lo que se practicó inmediatamente una traqueotomía alta, y ya, antes de colocar la cánula, el enfermo comenzó a realizar amplios movimientos respiratorios espontáneos, desapareciendo la cianosis.

A continuación se le administró otra ampolla de lobelina por vía intravenosa. La tensión arterial se mantuvo en 11/7 y el pulso era arrítmico, pero amplio, y de nuevo con una frecuencia de 80 al minuto. Los reflejos pupilares eran normales y persistía el Babinski bilateral. El pulmón derecho se aireaba perfectamente, y lo mismo el izquierdo, después de aspirarse unos 100 c. c. de aire por punción pleural a nivel de tercer espacio intercostal. El frasco de drenaje contenía unos 400 c. c. de exudado serohemático y funcionaba normalmente.

A las 20,15, es decir, a los 45 minutos de iniciarse el episodio agudo y a los 25 de practicada la traqueotomía de urgencia, el enfermo recuperó conciencia sin recordar nada de lo sucedido, y desde este momento siguió un curso por completo normal, siendo dado de alta diez días después.

COMENTARIO.

En el estudio farmacológico que del R-875 ha llevado a cabo recientemente GARCÍA-VALDECASAS¹, llama la atención sobre la existencia de individuos especialmente sensibles a esta sustancia, en los que pueden presentarse trastornos con dosis pequeñas. Asimismo encuentra en los animales de experimentación una acción depresora sobre el centro respiratorio, mucho más marcada en el animal anestesiado, especialmente si se han empleado barbitúricos en la anestesia. PIULACHS² no ha observado en ninguno de

los 60 casos en que ha empleado el fármaco accidentes de depresión respiratoria, aunque admite que se pueden producir si se administra después de la operación, con el paciente mal despierto y todavía impregnado con barbitúricos o con el combinado lítico. Sin embargo, BOUDIN y BARBIZET³, en 78 casos tratados en el Servicio de Neurología del Hospital Saint-Antoine, de París, han podido observar un accidente grave secundario a la inyección intravenosa lenta de 7 mg. de R-875, que dió lugar a una lentificación del ritmo respiratorio, seguida de apnea y convulsiones clónicas generalizadas, que duró alrededor de un minuto y se recuperó bajo el efecto de la inyección de lobelina.

En el caso expuesto la administración del antialgico se llevó a cabo a las seis horas de cesar la anestesia y con el enfermo despierto, por lo que nos inclinamos a pensar que una especial sensibilidad individual al fármaco condicionó su acción tóxica con intensa depresión respiratoria y convulsiones. La hipoxia resultante, y las ligeras irritaciones laríngeas secundarias a toda intubación endotraqueal, determinaron probablemente la aparición de un espasmo glótico que, cerrando el círculo vicioso hipoxia-espasmo de glotis-anoxia, imprimió al cuadro una marcha que habría conducido a la muerte si la traqueotomía de urgencia no hubiese roto el citado círculo.

BIBLIOGRAFIA

1. GARCÍA-VALDECASAS, F.—Medicamenta, 15, 293, 1957.
2. PIULACHS, P.—Medicamenta, 15, 299, 1957.
3. BOUDIN, G. y BARBIZET, J.—Medicamenta, 15, 307, 1957.

SARCOMA DE ESTOMAGO

Aportación de un caso de retotsarcoma.

J. L. CALVO MORALES.

Servicio de Cirugía del Hospital Provincial de Soria.
Jefe del Servicio: Doctor J. SALA DE PABLO.

El sarcoma de estómago no es una afección corriente ni tampoco tan infrecuente como para no pensar cuando tengamos que hacer un diagnóstico de neoplasia gástrica.

En el año 1864, WIRCHOWS¹ ya había recopilado tres casos; BROOKS², en 1898, 15; OBERST³, 70 en 1905; ZIESCH y DAVIDSON⁴, dos años más tarde, recogieron 150; en 1934, JAKI⁵ cree que únicamente hay publicados hasta esta fecha 200.

En España, hasta 1920, había uno publicado por HUICI⁶ en 1915.

JAKI⁵, revisando la estadística de la Clínica Mayo, encuentra que de cada 136 cánceres de estómago uno es un sarcoma; BOHMANNSSON⁷ cree que el 1 por 100 de todas las tumoraciones de estómago es un sarcoma; PATTERSON⁸ eleva