

dependiendo la cantidad de la gravedad del caso. Las soluciones bicarbonatadas tienen el inconveniente de poder provocar el cuadro contrario, es decir, una alcalosis, con síntomas casi idénticos a los de la acidosis. En períodos posteriores, el enfermo debe seguir un régimen pobre en sal, con abundante cantidad de líquidos, procurando además tomar diariamente bicarbonato sódico en dosis diarias de unos 4 gr., que equivalen a cuatro cucharillas. Indudablemente habrá que tantear la dosis y hacer repetidamente análisis hasta conseguir nivelar la acidosis. ODEL, FERRIS y PRIESTLEY sugieren también el empleo del lactato cálcico o carbonato cálcico en lugar del bicarbonato sódico, debido a su acción retardante de la absorción de cloruros a través de la mucosa rectal.

SUMARIO.

1. Presentamos el primer caso de extrofia vesical degenerada que se publica en España y el 36avo de todo el mundo.

2. El adenocarcinoma es el tipo anatomo-patológico de tumor que con más frecuencia se encuentra en las vejigas extróficas con degeneración maligna (83,3 por 100).

3. La teoría metaplásica es la que mejor explica la génesis de un carcinoma glandular en un órgano carente de glándulas como es la vejiga.

4. Las cistitis o cistopatías quística y glandular deben ser consideradas como lesiones pre-cancerosas.

5. El tratamiento de elección es la cistecto-

mía total con implantación de uréteres al recto extraperitonealmente.

6. Se debe prestar la mayor atención al desequilibrio electrolítico una vez derivada la orina al intestino.

BIBLIOGRAFIA

- ABESHOUSE, B. S.—J. Urol., 49, 259, 1943.
 BEGG, R. C.—Brit. J. Surg., 18, 422, 1930-31.
 BRUNN, A.—Arch. F. Mikroskop. Anat., 41, 294, 1893.
 CAMPBELL, M.—Clinical Pediatric Urology. Saunders Co., 261, 1951.
 CIFUENTES DELATTE, L.—Arch. Esp. Urol., 3, 29, 1946.
 CIFUENTES DELATTE, L.—Cistitis y cistopatías. Editorial Paz Montalvo, Madrid, 1947.
 COPPRIDGE, W. M., ROBERTS, L. C. y CULP, D. A.—J. Urol., 65, 540, 1951.
 CRANE, J. J., BENNETTS, F. A., GUMMERS, G. H. y CRANE, J. F.—J. Urol., 65, 571, 1951.
 ENDERLEN, E.—Verhandl. d. Deutsch. Pat. Gesellsch., 7, 167, 1904.
 EWING, J.—Neoplastic Diseases. Saunders, Co., 1940, ed. 4.
 FERRIER, P. A., CRAIG, L. G. y FOORD, A. G.—Urol. and Cut. Rev., 40, 457, 1936.
 FERRIS, D. O. y ODEL, H. M.—Journ. Am. Med. Ass., 142, 1.634, 1950.
 FORMIGGINI, B.—Riforma Med., 36, 252, 1920.
 GAYET, R.—J. d'Urol., 39, 295, 1935.
 GOYANNA, R., EMMETT, J. L. y McDONALD, J. R.—J. Urol., 65, 391, 1951.
 GRAHAM, W. H.—Brit. J. Surg., 30, 23, 1942.
 GROSS, R. E. y CRESSON, S. L.—Journ. Am. Med. Ass., 149, 1.640, 1952.
 JUDD, E. S. y THOMPSON, H. L.—Arch. Surg., 17, 641, 1952.
 McCOWN, P. E.—J. Urol., 43, 533, 1940.
 PATCH, F. S. y RHEA, L. J.—Canad. Med. A. J., 33, 597, 1935.
 PATCH, F. S.—Journ. Am. Med. Ass., 136, 824, 1948.
 PÉREZ CASTRO, E.—Arch. Esp. Urol., 3, 43, 1946.
 PORTILLA SÁNCHEZ, R.—J. Internat. Coll. Surg., 17, 528, 1952.
 ODEL, H. M., FERRIS, D. O. y PRIESTLEY.—J. Urol., 65, 1.013, 1951.
 SAPHIR, O. y KURLAND, S. K.—Urol. and Cutan. Rev., 43, 709, 1939.
 SCHOLL, A. J.—Ann. Surg., 73, 365, 1922.
 SCHOLL, A. J.—Journ. Am. Med. Ass., 83, 1.147, 1924.
 SINDONI, M.—Arch. Ital. di Urol., 10, 309, 1933.
 SLATER, G. S. y TORASSA, G. L.—Stanford Mtd. Bull., 11, 19, 1953.
 STIRLING, W. C.—Journ. Am. Med. Ass., 112, 1.326, 1939.
 STIRLING, W. C. y ASH, J. E.—J. Urol., 45, 381, 1941.
 ZUCKERKANDL, O.—Monatsberichte f. Urol., 7, 521, 1902.

REVISIONES TERAPEUTICAS

TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CARCINOMA ESOFAGICO

J. MONERO.

Cirujano de la Beneficencia Provincial de Madrid.
 Ex Cirujano residente del Graduate Hospital
 de Philadelphia.

En el estado actual de nuestros conocimientos, y sin dejarnos llevar por la fantasía, el Ca. del esófago es una lesión que por su asiento, relaciones y anatomía microscópica tiene todos los caracteres de la máxima gravedad, y si a esto unimos lo tardío del diagnóstico, del peor pronóstico para el que lo padece. Sin embargo, los estadistas demuestran, después de reunir los trabajos de TOREK, GARLOK, ADAMS, PHEMISTER, SWEET, ALLISON, FRANKLIN, etcétera, que si la mortalidad antes de 1938 era de

un 90 por 100 y en 1944 de un 50 por 100, actualmente está demostrado que se llega paulatinamente a un 30 por 100 de mortalidad operatoria, cifra hoy por hoy extraordinariamente alta. Podemos asegurar, con FRANKLIN, que sólo un 60 por 100 de los enfermos diagnosticados se operan y de éstos sólo en un 50 por 100 es practicable una resección: de estos casos un 30 por 100 fallecen en el primer mes de la operación y el resto no sobreviven más de dos años. Aun con este negro horizonte por delante, el progresivo avance que esta cirugía presenta hace que su estudio tenga que ser mantenido con tesón y constancia.

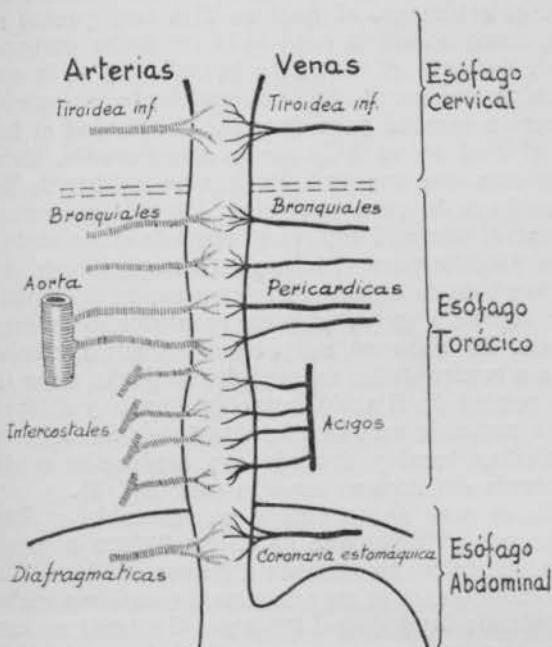
Dadas las condiciones anatómicas de relación con órganos vitales y de irrigación sanguínea (véase esquema núm. 1), las indicaciones operatorias y técnicas a seguir dependen y variarán según que el tumor asiente en el tercio inferior, tercio medio o tercio superior del esófago intratorácico.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO RADICAL.

Ca. DEL TERCIO INFERIOR.

Con gran frecuencia son cánceres del estómago que invaden el esófago, por lo que en estos casos se hace necesario el estudio radiológico del cardias. La gran mayoría son epitelomas escamosos, aunque hay casos de adenocarcinosis (sobre todo gástricas).

La incisión a través del lecho dejado por la resección de la octava costilla izquierda, prolongándola por la línea media superior del abdomen, es



Vascularización del Esófago

Fig. 1.

la mejor vía y la más amplia; siendo el tumor, después de explorar sus límites, operable, se divide el diafragma desde el hiato, radialmente a la periferia, a través de una de sus vetas tendinosas, tratando de evitar la sección del frénico izquierdo y con ello las parálisis diafrágmatas postoperatorias. Se incide la pleura mediastínica, que hasta se puede resear si fuera necesario para movilizar bien el esófago. Este se diseña totalmente, ligando los pequeños vasos que deja en su lecho. Se pasa un tubo de goma alrededor del esófago y se procede a la liberación de las corvaduras gástricas, cosa fácilmente realizable cuando la invasión tumoral no es extensa. En caso de invasión del meso gastroesplénico, se puede practicar asimismo una esplenectomía. La arteria coronaria se liga a su salida del tronco celiaco en el cuerpo del páncreas, con lo cual el estómago puede ser bien movilizado en su cara posterior. En la disección del meso gástrico se debe preservar la arteria gastroepiploica en su totalidad: de esta forma el estómago se lleva hacia arriba a través del diafragma, fijándolo con puntos sueltos a la pleura mediastínica en el lecho que antes ocupaba el esófago. Se secciona el cardias o la cúpula gástrica, invaginándola con puntos sueltos, llevando el tumor hacia arriba para ofrecer la cara posterior del esófago, que es sutu-

rada con puntos sueltos a la cara anterior del cuerpo gástrico. Una vez dados estos puntos se reseca el tumor, dejando por lo menos dos centímetros de mucosa sana por encima. Se incide el estómago elípticamente para mantener siempre abierta la boca anastomótica, haciendo una sutura con puntos sueltos, invaginante esófago-gástrica en corona; esta sutura de catgut crómico y a poca tensión para no necrosar la pared esofágica, de por sí débil. Despues se hace la sutura anterior de serosa con puntos sueltos de lino o algodón. En esta anastomosis se debe dejar colocada una sonda duodenal corriendo a través de la boca anastomótica en el estómago. Debe tenerse siempre en cuenta que, como dice LEWIS, *la mucosa en el esófago es la serosa en el intestino*, por lo que debe preservarse siempre aquella, traumatizándola lo menos posible.

En el caso de un estómago corto, o en el que haya que resear gran cantidad del mismo, se puede hacer la técnica de Tanner, que consiste en un Billroth I invertido, dejando una boca gástrica pequeña.

En todo caso, se debe de colocar algo de epiplón alrededor de la boca anastomótica suturando el diafragma alrededor de éste y del estómago.

Se debe dejar drenaje con aspiración continua (sonda de Fowler) en la cavidad pleural izquierda, que se puede retirar al cuarto día (JOHNSON).

Ca. DE LOS TERCIOS MEDIO Y SUPERIOR.

En estos últimos diez años ha variado extraordinariamente la técnica quirúrgica en el tratamiento de los cánceres situados en esta región. Hasta hace diez años se practicaban las resecciones a lo Toreck, con exteriorización del esófago en el cue-

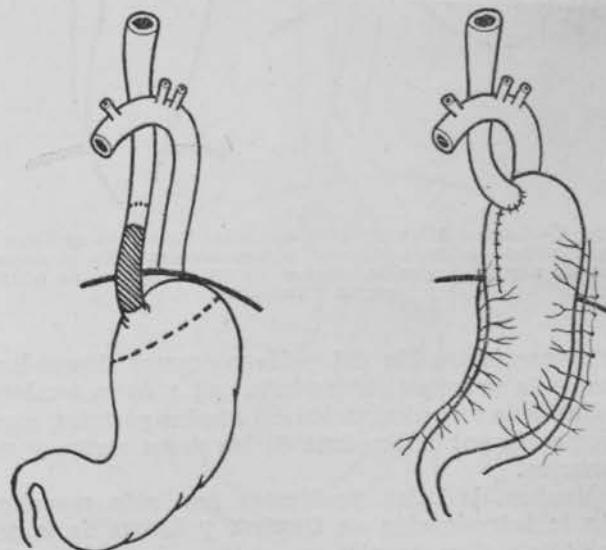


Fig. 2.—Cáncer 1/3 inferior esófago. Resección esófago y 1/3 sup. del estómago. Anastomosis término-terminal esófago-gástrica.

llo y del estómago en el abdomen, con todas las variantes de anastomosis de ambos extremos, subcutáneamente: piel, goma, tubos vitálio o plástico, o con asas yeyunales, de enorme dificultad técnica y muy deficiente resultado. Actualmente, desde las publicaciones de SWEET, GARLOCK, ADAMS y PHEISTER, se ha pasado a la práctica, la técnica de estos dos últimos para el Ca. del cardias, para lo cual es fundamental convertir el esófago de retro-

aórtico en anterior al cayado de la aorta. Esto cuesta, según SWEET, un aumento del 5 por 100 de la mortalidad, por lo que se debe, en lo posible, huir de esta técnica, y realizar la anastomosis por lo menos 2 a 3 cm. por debajo del cayado aórtico. Cuando esto no sea posible, habrá que liberar totalmente el esófago y recurrir a la maniobra antes descrita para poder hacer la anastomosis en el ápice del tórax izquierdo, cosa nada fácil; además, para hacer que el estómago suba tanto, hay que liberarle totalmente en sus corvaduras mayor y menor, quedando la anastomosis dependiendo de la po-

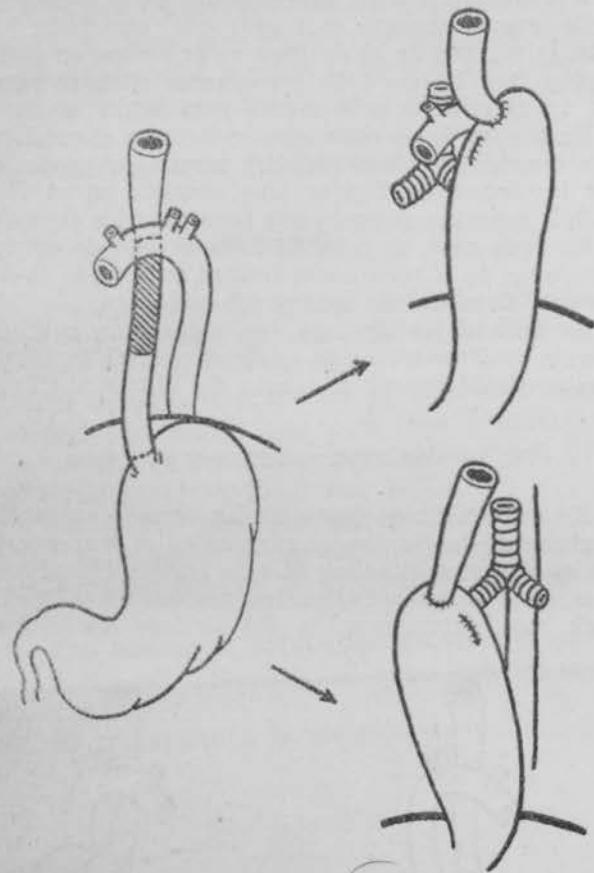


Fig. 3.—Cáncer 1/3 medio del esófago. Resección esófago y anastomosis esófago-gástrica término-lateral. En el esquema de arriba, según la técnica de SWEET. En el de abajo, según PHEMISTER.

bre vascularización del esófago (ramas descendentes de la arteria tiroidea inferior) y de la también pobre de la vascularización del fundus gástrico, comprometida por la ligadura de los vasos cortos y coronarios.

Muchos de estos problemas han sido resueltos con la introducción de GARLOK y LEWIS de la toracotomía derecha alta, en unión a la incisión abdominal previa, con lo que se evita el cayado aórtico, restando por ligar solamente la vena ácigos mayor y siendo el campo operatorio de mucha más visibilidad. Esta técnica se hace en dos tiempos, uno primero abdominal, en el que se libera absolutamente el estómago, dejando intactas las arterias pilórica y gastroepiploica. Se cierra el abdomen y se abre el tórax a nivel de la sexta costilla derecha, cambiando el enfermo al decúbito lateral izquierdo, con saquito de arena bajo el tórax. Si la tumoración es resecable, se rechaza el pulmón hacia adelante y se corta entre dos ligaduras la vena ácigos mayor, se diseña la pleura mediastina y las zo-

nas libres supra e infra tumorales del esófago, alrededor de las cuales se pasan sendos tubos de goma que sirven de tractores, facilitándose así enormemente la disección lenta y segura de la zona tumoral, sus ganglios y después del resto del esófago hasta el cardias. Entonces, haciendo tracción sobre el diafragma, se incide con el dedo, según LEWIS, alrededor del cardias hasta encontrar la reflexión peritoneal, que se corta circularmente alrededor del esófago abdominal. Para estas maniobras es muy útil el retractor de Lewis, que mantiene el orificio cardial permanentemente abierto. Una vez conseguido suficiente espacio en el hiato se hace tracción hasta introducir en el tórax el estómago, el cual se fija con puntos sueltos, cinco o seis, a cada lado del lecho costovertebral. Se corta el cardias e invagina, y si la corvadura menor no da de sí lo suficiente, se puede resear en escalón para dar más elasticidad al fornic en el cual se va a hacer la anastomosis. Esta se comienza con una serie de puntos sueltos de lino o algodón a la cara posterior del esófago antes de quitar el tumor. Después se procede como en la técnica descrita para el tercio inferior, teniendo cuidado también de dejar puesta una sonda duodenal y a ser posible algo de epiplón cubriendo la anastomosis. El hiato no es preciso reducirlo, quedando tres o cuatro dedos de espacio, se darán unos cuantos puntos de fijación entre estómago y diafragma para prevenir una hernia intestinal. Se debe dejar penicilina local y drenaje con aspiración continua a través del noveno espacio (ver fig. 3).

En el caso de un tumor no resecable, y ésta es la mayor objeción que ha hecho SWEET a esta técnica, queda hecha siempre a ciegas la liberación del estómago en el primer tiempo, lo cual sin embargo (siguiendo también a LEWIS y a GARLOK) no es ningún obstáculo, pues nos quedará la operación paliativa del "by pass" uniendo el estómago con el tercio superior sano del esófago y dejando el cáncer "in situ", con lo que se evitan molestias al enfermo. Esta técnica, que disminuye la mortalidad, ha sido hoy universalmente aceptada por LEWIS, GARLOK, SANTY, RESANO, McMARTH y PAYNE, POOL y CHAMBERLAND y los grupos de la Clínica Lahey, en Boston, y Mayo, en Rochester.

PRE Y POSTOPERATORIO.

Preoperatorio.—Debe estar orientado en dos direcciones: local y general.

a) **Local.**—Limpieza del esófago para evitar las fermentaciones debidas a la retención; lavados con suspensión de sulfamidas. Dilatación si hay estrecheces, pasando un tubo de goma al estómago.

b) **General.**—Procurando mantener al paciente con un nivel normal en sangre de proteínas, admitiendo un régimen calórico apropiado y un gramo diario de vitamina C más un complejo B. La yeyunostomía en casos avanzados puede ser de gran ayuda. Además es aconsejable el empleo, durante dos o tres días antes de la operación, de penicilina parenteral para evitar un probable foco infeccioso buco-naso-faríngeo. Así como también se debe prohibir de fumar.

Postoperatorio.—Broncoscopia de limpieza, en la misma mesa de operaciones. Durante las veinticuatro primeras horas: oxígeno nasal, transfusión de sangre y suero glucosado intravenoso en proporción

al peso del enfermo. Drenaje con aspiración continua del tórax, antibióticos, un gramo de vitamina C al día, complejo B, no movilización, en las primeras cuarenta y ocho horas. Enseñanza e higiene de los (con enfermera), y si hay peligro de secreciones: broncoscopia de aspiración. Se debe hacer una radiografía diaria del tórax y mantener la aspiración continua del estómago durante cuatro o cinco días. Si a partir del segundo o tercer día hay motilidad intestinal, en lugar de aspirar se puede alimentar al enfermo a través de la sonda con concentrados

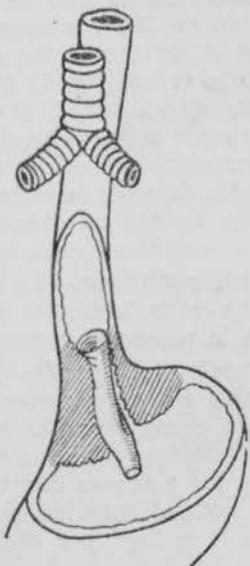


Fig. 4.—Tubo de SOUTTAR.

de aminoácidos, glucosa y caldos. Al tercer día se debe movilizar al enfermo y mantenerle en orto-posición aun para dormir, con lo que se facilitará mucho su respiración. La cantidad de líquido suministrado intravenosamente gota a gota debe estar condicionado por la excreción urinaria y las aspiraciones gástrica y torácica, no haciendo sino reponer el líquido perdido para evitar el posible edema de pulmón. El control iónico de la sangre y de la orina es de un enorme valor para conseguir una buena pauta terapéutica.

La alimentación líquida puede comenzar al cuarto o quinto día después de retirar la sonda duodenal, y la semisólida al décimo día.

La aspiración torácica no debe mantenerse por más de cinco o seis días, a partir de los cuales puede llegar a ser perjudicial. Si aún persiste el derrame pleural, si no dificulta la respiración, debe dejarse, y en caso contrario aspirarse por punción e introduciendo penicilina y estreptomicina.

COMPLICACIONES.

El *shock* es la más temible y frecuente de las complicaciones, y en su etiología, aparte del importante factor del trauma operatorio simple, están:

El alargamiento de la operación.

Las tracciones viscerales exageradas.

La insuficiente función respiratoria, bien por mal aireamiento pulmonar, bien por falta de período de expansión pulmonar operatorio o por el acúmulo de secreciones intrabronquiales.

La pérdida sanguínea.

El tratamiento preventivo, por lo tanto, será

siempre: una buena y rápida técnica operatoria, vigilancia del anestesista y broncoscopias de aspiración, así como suficiente transfusión de sangre.

Dehiscencia de la anastomosis.—Causa de la mayoría de los fallecimientos mediatos a la operación, con la consiguiente afectación pleuromediastínica, y que suele aparecer entre el quinto y décimo días por necrosis del esófago o del estómago. El mejoramiento de las técnicas de sutura, el conocimiento de la irrigación esofágica y los antibióticos, han disminuido casi totalmente el riesgo del piotorax y las mediastinitis mortales que antes tan frecuentemente se describían, pero sin embargo persiste todavía la posibilidad de la fistula esofágica y la correspondiente pleuresia tabical, de difícil tratamiento. En estos casos se instauraría una aspiración gástrica continua para dejar en reposo la fistula y tratar de que ésta se cierre no teniendo que llegar a la intervención quirúrgica.

Complicaciones cardiopulmonares.—Aparte de las trombosis coronarias y arritmias dentro de los operados del tórax, y que tienen que tener relación indudable, por una parte, con la edad de los enfermos, y por otra, con el "manoseo" cardíaco, las lesiones más frecuentes son las broncopulmonares, atelectasias, bronconeumonías y hasta neumotórax espontáneos, que en su gran mayoría se deben a la aspiración o retención de productos de secreción, moco o pus en las vías respiratorias, y que pueden

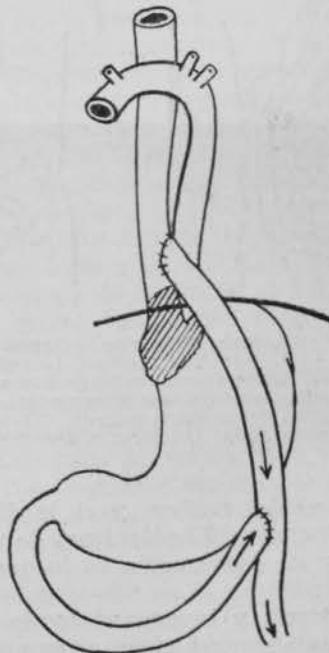


Fig. 5.—Esófago yeyunonostomía de derivación.

ser perfectamente obviadas con la administración rutinaria de antibióticos y las aspiraciones tráqueo-bronquiales de limpieza, que nunca deben dejarse para mañana..., que puede ser tarde.

Otras complicaciones ya tardías.—Como la úlcera anastomótica o esofágica por regurgitación del ácido clorhídrico, con dolor, hemorragias y hasta perforación, cuadros todos que revisten una enorme gravedad, teniendo siempre el gran peligro de las mediastinitis o corrosión de algún gran vaso de los

que rodean al esófago alto. Las estrecheces de la boca y hernias del hiato son raras, pero de muy difícil solución cuando concurren.

Muchas veces se extraña la ausencia de estas complicaciones, pero siempre debe tenerse en cuenta que al hacer una resección del esófago se practica al mismo tiempo una vagotomía que suprime durante un largo período la secreción gástrica.

TRATAMIENTO PALIATIVO DEL CARCINOMA INOPERABLE.

Ante un caso de carcinoma inoperable, mejor dicho, no resecable, se debe resolver el único problema sobre el que centra todo el interés del enfermo y,

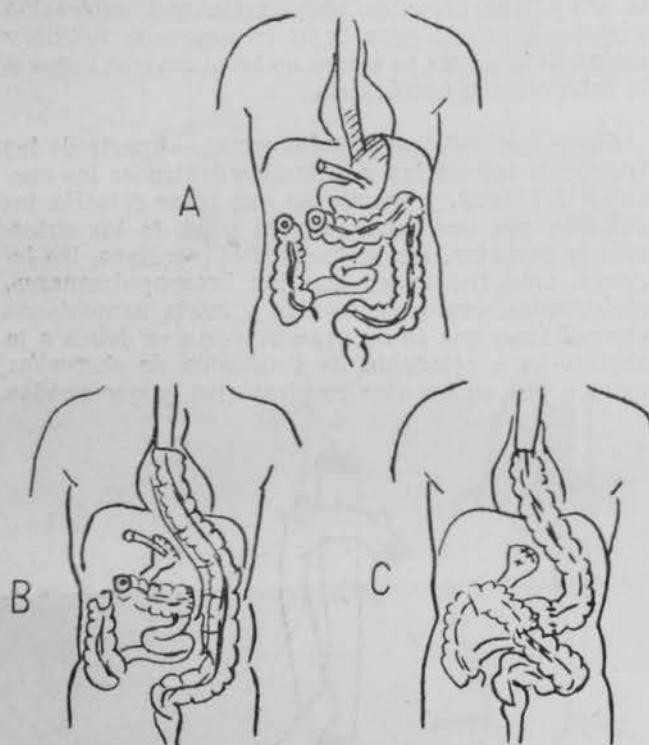


Fig. 6.—A. Primer tiempo, abdominal: Gastrostomía. Colostomía derecha. — B. Segundo tiempo, torácico: Resección esófago-gástrica. Anastomosis esófago-cólica. — C. Tercer tiempo, abdominal: Anastomosis término-lateral, colo-yeunal. Reconstrucción del colon izquierdo. Cierre posterior de gastrostomía. Colostomía derecha.

por lo tanto, el del médico, y es la dificultad del paso de los alimentos. El sólo deseo de poder deglutir otra vez y su consecución es lo que queda por hacer.

La *gastrostomía* y la *yejunostomía* son medios temporales y solamente a efectuar en un caso desesperado o para la ayuda del esofagoscopista, que trata de dejar colocada una sonda "in situ", pero no quita la incomodidad de la regurgitación de alimentos y saliva, ni el dolor.

Hay seis métodos de paliación factible por ahora:

1.º *Dilatación sola*, que corre a cargo del esofagoscopista, usando bujías corrientes, o con la colaboración de una gastrotomía dilataciones retrógradas con sondas de Tucker.

2.º *Las bujías de radio*, utilizables en los cánceres epidermoides y duros, dan buen resultado cuando la ulceración es anular y pequeña. Estas bujías, conteniendo 80 miligramos de radio, se deben dejar en la zona estenosada bajo control radiológico.

co y durante veinte horas. Repitiéndose la operación siete días más tarde.

3.º *Radioterapia profunda*, cuyo más constante defensor ha sido NIELSEN, de Copenhague, que ha usado la terapia rotacional en 242 casos considerados como inoperables con resultados intermedios. De los 126 que recibieron dosis tumoral suficiente, un 2,3 por 100 ha vivido durante más de cinco años libre de síntomas.

4.º *Tubos de Souttar*.—Ante un caso de disfagia recurrente en un cáncer inoperable, nada hay mejor que la inserción de uno de estos tubos que SOUTTAR describió en 1927, y cuya aplicación más indicada está en el carcinoma del cardias. La colocación de este tubo (véase fig. 4) tiene que ser precedida por la introducción de dilatadores sólidos de metal. Permiten estos tubos la deglución de alimentos fluidos y semisólidos y deben de ser limpiados con agua carbónica después de cada comida y registrada su posición de vez en cuando con la ayuda de los rayos X.

5.º *Operaciones paliativas*.—La esófago-gastrectomía por encima de la lesión, y que puede acompañarse o no de la resección conservadora de ésta.

Esófago-yejunostomía, descrita por ALLISON en 1946, y practicable en los cánceres del cardias. Se consigue haciendo, como se indica en la figura, una movilización del intestino según la técnica de Roux, y pasando al yeyuno a través de una incisión en el diafragma a la cavidad torácica izquierda y anastomosándolo con el esófago por encima de la lesión (véase fig. 5).

6.º *Operaciones de sustitución del esófago torácico*.—Numerosas han sido las tentativas que desde el auge de la cirugía torácica se han llevado a cabo para sustituir el esófago ante una resección amplia del mismo. El problema de las causticaciones y el del cáncer han sido los que fundamentalmente han venido poniendo de relieve esta necesidad. Así se han utilizado desde tubos metálicos y de plástico hasta injertos de piel, pero nunca ha tenido mayor motivo que ahora el planteamiento de esta cuestión ante las nuevas técnicas ideadas por HOWE, MORONEY y ROBERTSON, ORSONI, CHRISTOPHE, STATE, LAFARGUE y LORTAT-JACOB de implantaciones de colon intratorácico. La sustitución del estómago y esófago por colon ha sido posible debido a la intervención y desarrollo de los antibióticos de amplio espectro, que pueden llegar a producir una esterilización completa de un segmento del colon.

Este tipo de operaciones requiere una seguridad absoluta en la buena técnica de cada uno de los tiempos de que constan. En un primer tiempo se practica una laparotomía exploradora para ver la resecabilidad del proceso, en el caso de una lesión del esófago abdominal o del cardias. En este mismo tiempo, una vez comprobada aquélla, se procede a practicar una gastrostomía, y colostomía en la flexura hepática. En el caso de una tumoración del esófago torácico, se practicarán asimismo estas dos intervenciones preparatorias antes de pensar en la toracotomía, corriendo el riesgo de la inutilidad de aquéllas ante una invasión difusa del cáncer. Entre este primer tiempo y el segundo se alimentará al enfermo por su gastrostomía y se limpiará con lavados y antibióticos a través de la colostomía distal el colon transverso e izquierdo, que ha quedado excluido. El segundo tiempo, que es torácico, consiste en la liberación del colon transverso, que se

subirá al tórax para anastomosarlo con el cabo proximal del esófago después de haber practicado la resección de la zona afecta. El tercer tiempo es abdominal otra vez, haciendo una incisión lateral izquierda para unir el colon descendente con el yeyuno término-lateralmente, y restaurándose la continuidad del colon izquierdo con una anastomosis

terminal-terminal de éste con el transverso que había quedado antes cerrado. Posteriormente se cerrarán, llegándose a la normalidad, la gastrostomía y la colostomía derecha, previa colocación de un clamp de San Marcos.

Para mejor comprensión de esta técnica, véase el esquema adjunto.

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Ansotomía en el parkinsonismo.—Con objeto de suprimir el temblor de la enfermedad de Parkinson se ha propuesto la interrupción de las fibras aferentes en el techo del mesencéfalo (mesencefalotomía), la reducción de los impulsos que pasan del tálamo al estriado (talamotomía) y la sección de las fibras pálidofugales que pasan por el asa lenticular (ansotomía). Esta última es la intervención más eficaz y MEYERS (1951) la practicaba abriendo el tercer ventrículo y seccionando su pared lateral, intervención que supone una gran mortalidad. SPIEGEL y WYCIS (*A. M. A. Arch. Neur. Psych.*, 71, 598, 1954) han ideado un método estereotáxico de localizar y lesionar el asa lenticular y refiere su experiencia en seis casos; dos de enfermedad de Parkinson y cuatro de parkinsonismo postencefálico, en los que habían fracasado los métodos medicamentosos usuales. El temblor se atenuó mucho o desapareció en el lado opuesto al de la intervención. No se observó ninguna variación en el tono muscular. Los movimientos voluntarios se conservaron perfectamente y no se presentaron trastornos sensitivos. La capacidad para realizar movimientos alternantes, como abrir y cerrar la mano, mejoró algo después de la intervención. El éxito de ésta abre nuevos horizontes a la comprensión del mecanismo del temblor extrapiramidal.

¿Es realmente eficaz el tratamiento anticoagulante del infarto de miocardio?—Las dificultades en la valoración de un método terapéutico resaltan con toda claridad en el caso del tratamiento del infarto de miocardio con anticoagulantes. Después de los estudios bien planeados, con testigos, etc., realizados por las grandes asociaciones cardiológicas, parecía haberse llegado a la conclusión de que la terapia anticoagulante disminuía la mortalidad de los enfermos de infarto de miocardio, así como el número de sus complicaciones tromboembólicas. Es notable, por ello, que EVANS (*Proc. Roy. Soc. Med.*, 47, 318, 1954), después de una revisión con sentido crítico de las publicaciones existentes sobre el particular, niegue valor al método, cuyos riesgos, por otra parte, son innegables. En opinión de EVANS, la mortalidad no sería menor en los enfermos tratados con anticoagulantes y es dudoso si la frecuencia de trombosis es menor en ellos, ya que las cifras de las distintas estadísticas difieren muy ampliamente. En cuanto a la frecuencia de hemorragias en el curso de la terapéutica, es superior al 9

por 100 y se conocen hasta 122 casos de muerte debida a esta complicación. Lo inseguro de todas las conclusiones a este respecto se confirma con el dato de que en la misma sesión en que EVANS hacia esta comunicación denegatoria, GILCHRIST (*Proc. Roy. Soc. Med.*, 47, 317, 1954) refería su experiencia en 434 casos consecutivos de infarto de miocardio: la mortalidad fué de 42,2 por 100 en los testigos y de 19,5 por 100 en los tratados con anticoagulantes. Estos tuvieron 10 por 100 de complicaciones tromboembólicas y los testigos 26 por 100.

Tratamiento de los queloides con hialuronidasa.—Los queloides son proliferaciones locales de tejido conjuntivo, incluyendo fibras y sustancia intersticial. Su extirpación suele ir seguida de recidiva, por lo que su tratamiento dista mucho de ser satisfactorio. CORNBLEET (*J. Am. Med. Ass.*, 154, 1.161, 1954) cree que la hialuronidasa puede disolver la sustancia intersticial y facilitar la proliferación de los fibroblastos en la formación de la cicatriz. Ha realizado inyecciones locales de 150 unidades de hialuronidasa en solución de procaína al 2 por 100; las inyecciones se repiten una o dos veces por semana hasta que se obtiene el reblandecimiento completo de la lesión. La asociación de radioterapia resulta beneficiosa y las porciones no reabsorbidas deben ser extirpadas. El autor ha tratado 26 casos de quejido, algunos de ellos de varios años de duración. En 22 casos fué preciso completar el tratamiento con la extirpación. Los resultados fueron brillantes y ninguno de los queloides recidivó.

Ácido p-aminobenzoico en la profilaxis de los accidentes de transfusión.—MARS y MOLLA (*Minerva Med.*, 45, 694, 1954) han hecho la observación de que la adición de PABA a las sangres conservadas disminuye el número e intensidad de las reacciones transfusionales. A un grupo de 250 frascos de sangre conservada han añadido un gramo de ácido p-aminobenzoico por cada 100 c. c. de sangre. La marcha de las transfusiones con dichos frascos se ha comparado con la de 550 frascos no tratados de dicha forma. En total, se produjeron 48 reacciones con los testigos y 11 con la sangre adicionada de PABA. Las reacciones fueron de mucha menor intensidad en estos 11 casos que en los testigos. En ninguna ocasión se observaron efectos tóxicos atribuibles al PABA. No es fácil explicar el mecanismo de acción del PABA en estos casos, pero los auto-