

no producirá beneficio alguno, pues la secreción de jugo gástrico se realiza dentro del esófago.

En la actualidad, si hay que tratar quirúrgicamente casos de esas características, el tratamiento ortodoxo es la resección. Si la resección se limita a la parte angosta del esófago, el reflujo continuará más libremente que en cualquier otra circunstancia, y a pesar de la sección del vago, la esofagitis se repetirá. La resección *mínima* habrá de ser en la parte más estrecha y en una buena proporción del cuerpo del estómago, siendo preferible unir el esófago a la parte pilórica del estómago. En general, éste es un procedimiento satisfactorio; la vagotomía contribuirá al alivio del paciente, mucho más si hay también gastroyeyunotomía o pilorotomía (TANNER, N. C.: *Arch. de Langenbeck y Revista Alemana de Cirugía*, págs. 287 y 369, 1951). En casos tales, el esófago es generalmente fibrótico precisamente en la parte superior de la constrictión y retiene las suturas mucho mejor que si se tratara de un carcinoma. La mortalidad en esta operación es menor que en la de resección por carcinoma.

El tratamiento más seguro para curar la esofagitis consiste en completar la resección anastomosando el esófago a un lazo Roux movilizado del yeyuno, pero ésta es una operación más peligrosa. Por lo general da resultado satisfactorio la anastomosis del esófago y el resto de estómago, a condición de que se haya extirpado éste suficientemente.

GASTRECTOMÍA PARCIAL POR ESOFAGITIS.

La esófago-gastrectomía es un procedimiento formidable del cual todos nosotros tenemos que congratularnos por su empleo satisfactorio.

En 1949, O. H. WANGENSTEEN (*Cirug. Ginecol. y Obst.*, 88, 560 1949) defendía el tipo Polya de gastrectomía parcial en lo que se refiere a úlcera duodenal—en el tratamiento de la esofagitis péptica estenosada—. Sería un método utilísimo si diera buenos resultados, especialmente porque no pocos de los casos padecen también de ulceración duodenal. En una serie de cinco casos de esofagitis péptica tratados de este modo, tres fueron satisfactorios y dos mejoraron. La mejoría parece asegurada, pero no es del todo terminante. La gastrectomía parcial

se empleó en otros siete casos en que la hernia de hiatus se asociaba a la úlcera duodenal, con esofagitis por reflujo, y todos salieron bien. Es frecuente encontrar en las operaciones de úlcera duodenal crónica un hiatus débil, y es un dato precioso que la gastrectomía parcial en la úlcera duodenal alivia también la acidez subsiguiente a la esofagitis.

FRENOTRIPSIA.

En tiempos pasados, la sencilla trituración del frénico o su extirpación se usó en el tratamiento de la hernia de hiatus. Se tritura o aplasta generalmente el nervio frénico izquierdo, a pesar de que la mayor parte de las fibras musculares frénicas que rodean el esófago están reguladas por el nervio frénico derecho. Su efecto no es relajar el anillo esofágico, sino más bien, y probablemente por elevación de la parte izquierda del diafragma, aminorar la presión intra-abdominal y elevarla en el mediastino, para que el contenido de la hernia quede más firmemente en el abdomen bajo el diafragma. No curará el reflujo y es inadecuado para la úlcera de esófago. Lo he empleado en cuatro casos delicados de edad senil, con reflujo y molestias por estrangulación del fondo en el tórax, y todos ellos se consideraban mejorados.

En esta materia hay muchos problemas por resolver. ¿Qué resultados satisfactorios se derivan de la reparación del hiatus en el tratamiento de los casos más avanzados de esofagitis con reflujo? ¿Tiene el procedimiento torácico alguna ventaja sobre el abdominal? ¿Es necesario practicar la resección gastroesofágica en los casos graves? ¿No sería igualmente beneficioso la mera sección del esófago por encima de la zona enferma y hacer una anastomosis entre el extremo cortado del esófago y un anillo Roux del yeyuno, dejando el estómago "in situ"? (Yo he hecho esto con buen éxito en un caso.) ¿Es el tipo Polya de gastrectomía un método en que se puede confiar para tratar la esofagitis en casos en que no esté complicada ésta con ulceración duodenal?

La contestación a todas estas preguntas espera la documentación meticulosa de nuestros casos, un escrupuloso modo de operar y una discriminación imparcial de los resultados.

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Empleo del hierro por inyección intramuscular.—La mayoría de las veces el empleo del hierro por vía oral soluciona el problema terapéutico de las anemias ferropénicas. Sin embargo, un cierto número de casos muestran una intensa tolerancia digestiva al mismo de tal forma que su administración se hace imposible. Por este motivo, desde hace tiempo se viene empleando en estas ocasiones el hierro en inyección intravenosa. No obstante, esta vía de administración puede producir serias complicaciones, incluso mortales, debido a

reacciones alérgicas o por el depósito en las paredes de los vasos. Recientemente, BAIRD y PODMORE (*Lancet*, 6 nov. 1954) ensayan el empleo de una sal de hierro por vía intramuscular que tendría la ventaja de obviar los anteriores inconvenientes. La inyección de 5 c. c. de esta solución, conteniendo 250 mg. de hierro, produce en algunos casos ligeras molestias dolorosas, pero nunca intensamente desagradables. La cifra de hierro aumenta considerablemente en el plasma y se mantiene elevado durante seis o siete días. Varias inyecciones adminis-

tradas con intervalos de cuatro a cinco días hicieron regresar la anemia ferropénica de los enfermos. Esta nueva sal de hierro puede tener gran utilidad en los casos de intolerancia digestiva.

Stilbamidina en la blastomicosis.—El empleo de las stilbamidinas se ha realizado fundamentalmente en el mieloma. De todos estos compuestos, según SNAPPER, la 2-hydroxystilbamidina es la que presenta mayor tolerancia y menos manifestaciones tóxicas. Los autores americanos WEINBERG, LAWRENCE y BUCHHOLTZ (*Arch. Int. Med.*, sept. 1953) la han empleado en el tratamiento de un caso de blastomicosis con magníficos resultados. La droga se administró gota a gota, por vía intravenosa, en un total de 6 gr. durante veintiséis días. Al final, las lesiones óseas de las costillas y de la tibia habían desaparecido y se obtuvo una total regresión de las lesiones cutáneas.

Tratamiento de los queloides con ACTH y cortisona.—Las cicatrices queloides, sobre todo aquellas que están en las partes descubiertas, pueden ser molestas para las personas que las padecen. Su excisión quirúrgica no soluciona ningún problema, ya que la nueva cicatriz toma de nuevo un aspecto quelideo. RONCHETE y KERN (*New England J. Med.*, 11 feb. 1954) tratan a estos enfermos resecando la cicatriz y administrando seguidamente ACTH por vía intramuscular y cubriendo la cicatriz con una pomada de cortisona. En varios casos que han intervenido han logrado una normal cicatrización. Sólo en algunos enfermos la cicatriz queloidea reapareció, pero siempre fué más pequeña que la anterior.

Butazolidina en el tratamiento de la gota.—JOHNSON y cols. (*New England J. Med.*, 22 abril 1954) comunican buenos resultados en el tratamiento de la gota, en sus formas agudas y crónicas, valiéndose de esta droga. La dosis diaria varió entre 0,8 y 1,0 gr. por vía oral o intramuscular. Los autores comparan los buenos resultados con la butazolidina a aquellos que se consiguen con la colchicina, con la ventaja de que no origina alteraciones intestinales. La cifra de ác. úrico en sangre desciende y al tiempo se observa una disminución en la eliminación diaria por orina. Este hecho hace suponer a los autores que el efecto de la butazolidina debe de ejercerse sobre la formación de ácido úrico. Al parecer, no se trata de una activación del sistema hipófiso-adrenal, ya que no se observa disminución de los eosinófilos, y la cifra de 17-cetosteroídes desciende en la orina.

Acción antitiroidea del ácido paraminosalicílico.—Desde hace tiempo se conoce esta acción del PAS. En una serie de 83 tuberculosos, MACGRESOR y SOMNER (*Lancet*, 6 nov. 1954) señalan que en 20 apareció un bocio. Estudios con iodo radiactivo mostraron en tales enfermos cambios en la actividad tiroidea en el sentido de existir una disminución en la actividad del tiroides. La mayoría de las veces el estado hipotiroideo desaparece al cesar en la administración de PAS; pero no obstante esto, debe a estos enfermos administrarse tiroxina, sobre todo como medida preventiva, a aquellos que durante más de seis meses tengan que recibir PAS, ya que de esta forma se logra una verdadera profilaxis bocosa. En un caso que había recibido gran cantidad de PAS, las lesiones del tiroides no regresaron por presentar una intensa degeneración.

EDITORIALES

AGAMMAGLOBULINEMIA

Por regla general, el descenso en el suero de la gamma-globulina se presenta en unos casos en los que simultáneamente disminuye la albúmina (como por ejemplo, en el síndrome nefrótico, desnutrición, etc.), siendo entonces la característica clínica más llamativa la presencia de edemas. Sin embargo, en estos casos, puede existir también una facilidad anormal para padecer infecciones diversas, ya que los anticuerpos van con dicha globulina. En este sentido, KREBS encontró en casos de desnutrición un defecto en la producción de anticuerpos, y WALLENIUS en un enfermo desnutrido, afecto de tifus, observó un paralelismo entre la cifra de gamma-globulina y el título de anticuerpos H, hallados en su suero en distintos momentos de su evolución.

A parte de estos casos, se ha descrito recientemente un tipo distinto de falta de gamma-globulina: se trata de enfermos que, con niveles normales de las restantes fracciones proteicas del plasma, no tienen (o casi no tienen) gamma-globulina, presentando simultáneamente una incapacidad para formar anticuerpos y una facilidad especial para padecer infecciones.

La susceptibilidad a las infecciones es la característica clínica predominante de estos casos, y por ello di-

chos enfermos no sobrevivían antes de la era antibiótica. BRUTON (1952) fué el primero en describir uno de estos casos, que desde los cuatro años había padecido ataques repetidos de sepsis neumocócica principalmente con hemocultivos positivos. Era incapaz de producir anticuerpos, aun después de padecer una parotiditis, ni tras la vacunación contra la difteria y contra la tifoidea. El estudio electroforético de su suero demostró la ausencia aislada de gamma-globulina.

Un año después (1953), JANEWAY y cols. estudiaron nueve casos más (todos ellos de sexo masculino), caracterizados por haber padecido múltiples infecciones, niveles muy bajos de gamma-globulina sérica y deficiente producción de anticuerpos (no se produjeron después de la inyección de toxoide tetánico y diftérico, polisacárido del neumococo y vacuna contra la gripe A y B). Según JANEWAY, muchos de sus casos serían de origen congénito y trasmítidos por un gen recesivo ligado al sexo, ya que todos eran niños que desde su nacimiento habían presentado la tendencia a las infecciones. Sin embargo, no se descarta la posibilidad de que pueda tratarse en algunos casos de un trastorno adquirido, y en este sentido es interesante que FELTON haya obtenido una verdadera "parálisis inmunológica" en los ratones mediante la inyección de dosis muy grandes de polisacáridos del neumococo.