

Esta característica física incluye el cálculo observado en el grupo de los fosfáticos (aun careciendo de examen químico), ya que la desintegración no es posible en concrementos de otros grupos.

El antecedente de un cálculo anterior operado del otro riñón en la misma paciente constituye un ejemplo de la frecuencia de la litiasis bilateral en los enfermos y un aviso a favor del tratamiento quirúrgico conservador para los casos que deben operarse cuando no caen en el irremisible capítulo de la cirugía radical. En materia de litiasis unilateral la tendencia debe ser, por tanto, hacia la cirugía conservadora, con miras al futuro y a la gran frecuencia de la bilateralidad de las lesiones, con sus peligrosas complicaciones de anuria, insuficiencia renal, supuración, etc.

La diferente composición química de los cálculos, uno de oxalato cálcico y otro de fosfatos, está a favor del concepto relativo a la

autonomía en la elaboración química de los dos riñones, y aun de un mismo riñón, cuando se encuentran en éste concrementos de distinta naturaleza química. Naturalmente, uno debe referirse sólo a los cálculos primitivos o de organismo que se hallan en tractos urinarios asépticos y de ninguna manera a los secundarios o de órganos, donde el ambiente infeccioso que los rodea ocasiona un desequilibrio coloidal (discoloiduria) con predominio de los coloides lábiles sobre los estables, que facilitan la floculación de los cristaloides alcalinos en plenas vías excretoras.

Por último, y a título de curiosidad solamente, se hace observar, por añadidura, la distinta imagen pielográfica que presenta el riñón de recho con su pelvis bien desplegada después de unos años de su pielolitotomía (fig. 2) y la que presentaba la misma pelvis poco antes de la operación de 1944, en que aparecía espasmodizada sobre el cálculo que contenía (fig. 3).

REVISIONES TERAPEUTICAS

EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS VARICES ESOFÁGICAS CON HEMORRAGIAS

A) *Métodos de urgencia. B) Anastomosis de las venas porta y cava (*)*.

ROBERT R. LINTON, M. D.

Departamento de Cirugía del Hospital General de Massachusetts, Boston, Massachusetts (Estados Unidos).

La hipertensión portal y las varices esofágicas surgen espontáneamente como consecuencia de la dificultad con que tropieza la sangre portal para volver a la red venosa general. El lugar de la obstrucción portal aparece unas veces en el hígado (tipo intrahepático resultante de la cirrosis portal) y otras en la propia vena porta (tipo extrahepático), como puede verse en el llamado síndrome de Banti (cuadro sinóptico I). El impedimento circulatorio aparece en el primer caso como resultado de cicatrices en el parénquima del hígado. Se presenta con la máxima frecuencia en los casos de cirrosis alcohólica e igualmente en otras formas tóxicas de cirrosis, siendo ésta la forma más corriente. La trombosis de las venas hepáticas es la otra causa menos común del tipo intrahepático de obstrucción. El lugar de la obstrucción portal en el tipo extrahepático, puede tener origen en la obliteración congénita de la vena porta o brota como consecuencia de una tromboflebitis de la red venosa portal, cuya etiolo-

gia es unas veces traumática y otras infecciosa o idiopática. En algunos de los casos tratados se encontró la modalidad combinada de los tipos intrahepático y extrahepático. En este grupo de enfer-

CUADRO I TIPOS Y ETIOLOGIA DEL NUCLEO DE OBSTRUCCION PORTAL

(Hospital General de Massachusetts)

I. *Intrahepático.*

- A. Cirrosis portal (tipo Laennec).
 - 1. Con transformación cavernomatosa de la vena porta.
 - 2. Sin transformación cavernomatosa de la vena porta.
- B. Trombosis de las venas hepáticas.

II. *Extrahepático* (síndrome de Banti).

- A. Obliteración congénita de la vena porta con transformación cavernomatosa.
- B. Trombosis adquirida de la vena porta o de sus tributarias.
 - 1. Infecciosa.
 - 2. Traumática.
 - 3. Espontánea.

III. *Tipo combinado.*

Cirrosis portal con trombosis de la vena porta.

(*) Conferencia pronunciada en el VI Curso Médico-Quirúrgico de Patología del Aparato Digestivo, Hospital Provincial de Madrid. Noviembre de 1953.

mos sobrevino al parecer la tromboflebitis del sistema venoso portal como consecuencia de la obstrucción intrahepática producida por cirrosis del hígado.

WHIPPLE ha descrito otra forma de obstrucción extrahepática, llamada transformación cavernomatosa de la vena portal, la cual, según algunas autoridades en la materia, representa una lesión neoplásica vascular, un angioma en el ligamento hepato-duodenal. Sin embargo, parece más probable que los innumerales pequeños vasos sanguíneos con que nos tropiezamos en esta región sean quizás canales colaterales que han aparecido como resultado de la obstrucción en la red venosa portal, ya que este tipo de patología vascular se ha encontrado tanto en los grupos intra como en los extrahepáticos.

DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico de las varices esofágicas con hemorragia debiera estudiarse en unión de las restantes causas de hemorragia esófago-gastro-intestinal en enfermos que presentan una historia de hematemesis o de melena. Frecuentemente, el primer signo de que un paciente tiene una obstrucción en el lecho de la vena porta es la aparición súbita de una hematemesis intensa, sobre todo cuando se trata del tipo extrahepático, puesto que hay pocos síntomas iniciales de esta enfermedad. Una historia de esta clase indica el diagnóstico de obstrucción en el núcleo portal con varices esofágicas, en particular si en el examen médico vemos que el bazo está aumentado de tamaño. Por regla general, en sangre existe anemia secundaria, leucopenia y trombocitopenia. Si la obstrucción es intrahepática, el hígado puede ser retráido, normal o agrandado; pero si es extrahepática, la víscera suele presentar un tamaño normal. Ulteriormente es posible diferenciar los dos tipos por las pruebas de función hepática. Si la obstrucción es intrahepática, por lo general se observa gran retención de bromosulfaleína, inversión del cociente albúmina-globulina con nivel bajo de albúmina sérica, prueba positiva de flocculación céfalínica y elevación en el tiempo de protrombina. Si la obstrucción es extrahepática, todas las pruebas de la función hepática son habitualmente normales.

Sin embargo, el procedimiento más eficaz para obtener el diagnóstico en pacientes sospechosos de adolecer de varices esofágicas con hemorragia es el examen del esófago por rayos X con gruesa suspensión de bario, según describió WOLF primeramente y más tarde SCHATZKI. La visualización de los vasos sanguíneos con esta técnica depende en gran medida de la pericia del radiólogo. Otro factor que ayuda al diagnóstico es la visualización directa del extremo inferior del esófago empleando el esofagoscopio.

La demostración de las varices esofágicas por cualquiera de ambos métodos indica la presencia de la hipertensión portal, subsiguiente a la obstrucción intrahepática o extrahepática del lecho portal.

La causa de la rotura no ha podido nunca ser explicada de un modo satisfactorio. Aun cuando las varices pueden afectar a toda la longitud del esófago, el punto de rotura se encuentra invariablemente a pocos centímetros de la unión cardio-esofágica. No parece improbable que la fuerte contracción del anillo del diafragma, por donde pasa el esófago, traumática de algún modo la mucosa con la ruptura consiguiente de la variz. Las siguientes estadísticas

nos muestran la naturaleza poco tranquilizadora de esta eventualidad y la amenaza que entraña para la vida del paciente la aparición de las varices esofágicas, sobre todo cuando sigue a la cirrosis de hígado. Un análisis reciente efectuado por SHULL en 128 enfermos (108 con cirrosis hepática y 20 con el llamado síndrome de Banti, admitidos todos ellos en el Hospital General de Massachusetts durante los años 1934 a 1945, inclusive), que presentaban varices esofágicas con hemorragia, reveló que 97 pacientes, es decir, el 76 por 100 fallecieron por todas las causas. A todos se les sometió a un tratamiento conservador, salvo en un corto número de casos en que se practicó esplenectomía por el llamado síndrome de Banti. La hemorragia producida por la rotura de las varices esofágicas ocasionó la muerte de 56, esto es, el 47 por 100, y en muchos de los otros 51 pacientes que fallecieron la hemorragia de estos vasos jugó un papel principal. SHULL hizo un análisis posterior de estas estadísticas, llegando a la conclusión de que en un grupo de 71 pacientes con cirrosis hepática, y varices esofágicas con hemorragia 16, esto es, un 23 por 100, había muerto al mes; 29, es decir, el 41 por 100, después de los seis meses, y 38, ó el 54 por 100, al año, en tanto que de 19 pacientes con el llamado síndrome de Banti sólo uno, que representa un 5 por 100, había sucumbido al final el primer año.

Estas cifras demuestran que el tipo más intenso de hemorragia que se presenta en estos pacientes con varices esofágicas es mucho más grave en los que adolecen de cirrosis hepática que en los del grupo de edad más joven afectados del síndrome de Banti. Con su estudio estadístico igualmente demostró SHULL que el índice de mortalidad, tras haber hecho el diagnóstico de varices esofágicas en pacientes con cirrosis hepática, fué de 50 por 100 al año, habiendo fallecido un 78 por 100 después de cuatro años. Por otra parte, la esperanza de vida en los enfermos afectos del llamado síndrome de Banti era mucho mejor, ya que 90 por 100 aún vivían transcurrido un año y el 70 por 100 vieron el final de los cuatro años.

Para el tratamiento de las varices esofágicas con hemorragia se han puesto en práctica y se han recomendado muchos procedimientos quirúrgicos. Estos procedimientos abarcan las tres siguientes formas de actuar: interrupción de las arterias hepática, esplénica y gástrica del lado izquierdo y esplenectomía. Con estos procedimientos se esperaba aminorar el flujo arterial en el área esplénica, reduciendo con ello la presión venosa portal. Aunque eso puede suceder, no persiste la reducción de la hipertensión venosa portal, y por ello ninguno de estos procedimientos tiene utilidad duradera; en el mejor de los casos, la ventaja será exclusivamente temporal. Se han recomendado otros dos procedimientos en un intento de fomentar la circulación colateral, a saber: la omentopexia—operación de Talma-Morrison—y el relleno del mediastino superior, según aconsejó GARLOCK. Estos dos procedimientos dieron escaso o nulo resultado. Igualmente se ha tratado de ligar los vasos que se creyó alimentaban las varices esofágicas, bien por camino transabdominal, según apuntaron WALTERS y ROWNTREE, o por el transtorácico, tal como pensaron CHURCHILL y SWEET. Tampoco estos dos procedimientos han servido para gran cosa, si se tiene presente que obturan el flujo de sangre desde las varices esofágicas, más bien que el que va hacia ellas.

Para atacar directamente esta clase de varices se ha venido aconsejando el empleo de varios procedimientos. El primero de ellos consistía en obliterar las varices por inyección de soluciones esclerosantes inyectadas bajo visión directa por esofagoscopia. Desgraciadamente, este método no ha sido eficaz y se ha abandonado en la mayor parte de las clínicas. Varios cirujanos han recomendado uno de estos dos procedimientos: gastrectomía total o esofagogastréctomía. Con ellos se pretende interrumpir los grandes canales venosos que alimentan las varices esofágicas. Acaso estos procedimientos valgan la pena como último recurso; pero no son la solución ideal, teniendo en cuenta que todos ellos no suponen un modo radical de afrontar el problema y con mucha frecuencia los pacientes se encuentran en un estado tal de depauperación que no pueden resistir estos lesivos procedimientos quirúrgicos. En nuestra clínica se ha empleado un método que ha resultado muy eficaz en los tratamientos de urgencia para contener y regular la efusión de sangre en las varices esofágicas. Consiste en la sutura transtorácica y transesofágica de estas varices y las del fondo del estómago. Todos estos métodos no son definitivos porque no amortiguan la hipertensión portal permanente; así, pues, hay que emplear un procedimiento más eficaz que pueda corregir ese estado anormal y por ello evitar la rotura de las varices.

Se ha visto que el empleo de la operación indirecta, anastomosando algunos grandes vasos de la red venosa portal, tales como las venas esplénicas o portal, al sistema venoso general, reduce la presión portal produciendo resultados completamente alejados en la regulación de la hemorragia de las varices indicadas. ECK, en 1877, fué el primero en realizar tal intervención u operación derivativa, mediante la anastomosis de la vena porta con la vena cava inferior, en animales de experimentación. Años después, se llevaron a cabo varios intentos para practicar esa anastomosis en el hombre; pero hasta 1945, según WHIPPLE, sólo en dos casos se obtuvieron resultados completamente satisfactorios que quedaron registrados en la literatura. Fué en ese año 1945 cuando WHIPPLE y BLAKEMORE dieron a conocer sus satisfactorios resultados. Desde entonces en varias clínicas se han realizado muchas intervenciones de derivación, habiéndose demostrado el valor de dicho método de tratamiento. Realmente hay pocos procedimientos quirúrgicos entre los que hoy se emplean que iguales en extensión al de la creación de una derivación porta-cava, ya se trate de esplenectomía con anastomosis espleno-renal o de tipo vena cava inferior con vena porta directamente. En casos poco frecuentes, el procedimiento resultará relativamente sencillo; pero en la mayoría se trata de una larga y laboriosa operación que abruma tanto al cirujano como al enfermo. Desde luego, es una operación que nunca debe realizarse como procedimiento de urgencia a causa de sus vastas proporciones. Por esta razón se ha limitado muchísimo el número de pacientes a quienes ha sido posible tratar por estos procedimientos. Como prueba de ello, se colecciónaron en el Hospital General de Massachusetts las siguientes estadísticas, que corresponden al período comprendido entre 1946 y 1950, inclusive. Durante este lapso de cinco años se admitieron en el Hospital 99 pacientes que presentaban cirrosis hepática. A 33 enfermos del grupo (33 por 100) se les practicó la derivación porto-cava y a 66 (67 por 100) no se aplicó en absoluto

procedimiento quirúrgico alguno. Esto fué debido en gran parte al hecho de que 38 (58 por 100) de entre los últimos murieron en el Hospital. Es de la máxima importancia el hecho de que la hemorragia en las varices esofágicas jugó un papel destacadísimo en el fallecimiento de 32 (84 por 100) de los 38 citados enfermos. El análisis posterior reveló que la causa principal de la muerte de 23 (72 por 100) de entre ellos y de los restantes, 9 (28 por 100) fallecieron porque falló el hígado; 4 sucumbieron por hemorragia intensa, y en los otros 5 la hemorragia, aunque de grado bajo, contribuyó al fracaso del hígado. De las anteriores estadísticas se deduce que si se quiere salvar la vida a la mayoría de estos pacientes es necesario poner en práctica un método de urgencia que controle la hemorragia de las varices esofágicas en el momento en que ésta sobreviene.

TRATAMIENTO DE URGENCIA DE LAS VARICES ESOFÁGICAS CON HEMORRAGIA.

Ninguno de los procedimientos operatorios y descritos más arriba, excepto la sutura directa de las varices por exposición transtorácica y transesofágica, puede llevarse a la práctica sin peligro debido al elevado índice de mortalidad que acusan la mayoría de los métodos principales y la ineficacia para restringir la hemorragia que presentan los menos importantes. Como la hemorragia es frecuentemente intensa y los pacientes llegan con shock al Hospital a causa de la gran pérdida de sangre, es preciso emplear métodos que temporalmente amortigüen la efusión sanguínea, a fin de restablecer el volumen de sangre en el torrente circulatorio hasta hacerlo normal por transfusiones sucesivas; sin esto, el procedimiento operatorio que nos ocupa no se puede emplear con resultado satisfactorio. Se ha logrado dominar temporalmente la hemorragia de los vasos por taponamiento cardioesofágico, según han preconizado ROWNTREE, SENGESTAKE y BLAKEMORE. Esta es la norma que ahora seguimos para la sutura transesofágica de las varices cuando se precisa echar mano del citado taponamiento para frenar la hemorragia. Nuestro método consiste en introducir en el estómago un tubo de doble luz que lleva un balón que conecta con una de estas luces. Ese balón se infla una vez colocado en el estómago, procurando que tenga contacto con la unión cardio-esofágica, tirando del tubo hacia arriba y ejerciendo en el extremo de él una fuerza de tracción equivalente a 2 libras (920 gr.). De este modo, siempre hay posibilidad de contener inmediatamente esta hemorragia de características tan graves, toda vez que el flujo de sangre en las venas esofágicas procede de los grandes plexos de la submucosa venosa del estómago. La hemorragia, pues, queda controlada, aun cuando la rotura de la variz se localice 4 ó 5 centímetros por encima de la unión cardio-esofágica y sobre ella no ejerza presión alguna el balón.

BOEREMA y CRILE han descrito este abordaje directo a las varices; pero han recomendado este procedimiento como operación definitiva más bien que como un método de urgencia para dominar la hemorragia. Parece dudoso que sea así, teniendo en cuenta que no afecta en modo alguno al estado de hipertensión portal. Con todo, nuestra opinión es que estamos frente a un procedimiento que salva la vida cuando sobreviene la hemorragia aguda. El paciente es anestesiado con el balón colocado en su

sitio, cocainizando la garganta y laringe e insertando luego un tubo traqueal provisto de goma elástica, que se dilata para impedir que se aspire sangre durante la aplicación de la anestesia y durante el tiempo en que se realiza la operación. En los enfermos con cirrosis hepática el anestésico preferido será el ciclopropano, aunque también puede emplearse el éter. Se colocará al paciente en posición de decúbito derecho abriendo el espacio izquierdo pleural por resección subperióstica de la séptima costilla. Se descubren así el extremo inferior del esófago y la parte superior del estómago e inmediatamente después se hace una incisión longitudinal de unos 5 ó 6 cm. de largo, equidistante en ambas estructuras. Dentro de la luz del esófago se aprecian canales venosos dilatados de gran tamaño, pudiendo ver algunas veces el emplazamiento efectivo de la rotura. El método para controlar tanto la variz que sangra como las restantes varices consiste en levantarlas junto con la mucosa que las cubre y suturarlas con catgut crómico número 00 y aguja traumática intestinal; suele emplearse la sutura corriente con puntos sucesivos. Esta sutura habrá de comprender la parte baja inferior, afectando a la mucosa gástrica y a sus grandes venas submucosas, elevando luego el esófago unos 5 ó 6 centímetros. Por regla general, pueden aislarse tres columnas de varices y suturar cada una de ellas de esta manera. La incisión del esófago es cerrada transversalmente mediante tres capas de sutura de seda. Antes y después de la operación se administrará, respectivamente, penicilina y estreptomicina por vía intramuscular. En todos los casos se curó radicalmente la incisión esofágica sin ninguna complicación de empiema ni de infecciones graves. Como antes de la operación hay mucha pérdida de sangre, es necesario efectuar varias transfusiones durante el tiempo operatorio.

Durante los dos años y medio últimos se empleó este procedimiento con 15 pacientes. En este grupo hubo un fallecimiento postoperatorio, es decir, un índice de mortalidad operatoria de un 6 por 100, aproximadamente. En el resto, 14 pacientes, había tres casos de síndrome de Banti en que no se pudo practicar la derivación, ya que los tres habían sido esplenectomizados anteriormente. En ellos se intentó aislar la vena porta, pero no se consiguió a causa de la transformación cavernomatosa que la rodeaba. Este mismo procedimiento se empleó con cuatro pacientes, en las mismas condiciones, que presentaban cirrosis hepática. Hubo lugar a realizar derivaciones portocavales con resultado satisfactorio en seis de los pacientes restantes, y en los otros dos se ha planeado el mismo tratamiento para llevarlo a cabo alguna vez en un futuro próximo. Seis semanas después de la intervención falleció uno de los enfermos por fallo hepático sin ninguna conexión directa con el procedimiento operatorio. Otro paciente sucumbió a las ocho semanas por hemorragia esofágica intensa, habiéndose negado a que se le aplicara la derivación en el período habitual de cuatro a seis semanas después de la sutura. En el lapso de uno a seis meses después de suturadas las varices, se presentó hemorragia accesoria en seis enfermos, y por este motivo nuestra actual norma de conducta es hacer la operación de derivación al terminar las tres o cuatro semanas, siempre que el estado del paciente haya mejorado lo bastante para garantizar este procedimiento principal. La gran ventaja de este método de control de las varices sanguíneas es que una vez se ha contenido la hemo-

rragia el estado del paciente se vigoriza y refuerza de modo más satisfactorio por el propio alimento y por la ayuda vitamínica que por cualquier otro método, e igualmente quedan restituídos normalmente la cantidad de sangre y la hemoglobina. Por tanto, el procedimiento definitivo de la derivación puede practicarse en las más favorables condiciones.

EL TRATAMIENTO DEFINITIVO MEDIANTE LAS DERIVACIONES PORTO-CAVAS.

El método mejor para controlar la hemorragia de las varices esofágicas es la creación de una anastomosis esplenorenal o de la porta directamente a la cava inferior para que pase la sangre de la vena porta bordeando el lugar de emplazamiento de la obstrucción portal, sea ésta intrahepática o extrahepática. Debemos destacar que todos los pacientes que han sangrado por las varices han de considerarse candidatos a cualquier clase de derivación portocaval antes que a otro procedimiento operatorio distinto. Ya que nosotros hemos observado poca o ninguna mejoría en los test de función hepática, la operación no debe ser hecha con la esperanza de mejorar la función hepática.

Al propio tiempo hemos de insistir en que la construcción de una derivación portocaval nunca deberá realizarse para aliviar únicamente la ascitis crónica. En general, pueden distinguirse tres grupos de pacientes con varices esofágicas sanguíneas adecuados a este tipo de cirugía: 1) Los que presentan cirrosis portal sin ascitis. 2) Los que tienen cirrosis portal y ascitis y responden a la terapéutica médica; y 3) Los que padecen del llamado síndrome de Banti, es decir, de obstrucción portal extrahepática. El tratamiento operatorio de pacientes con ascitis crónica subsiguiente a cirrosis de hígado y, además, con varices sanguíneas, es uno de los problemas más serios para el cirujano, que se considera imprudente intentar hacerles la cirugía de derivación. Por eso se estima como mejor para enfermos de este tipo el tratamiento a base de esofagotomía previa, con sutura de las varices, en la esperanza de que por medios médicos sea posible mejorarles de tal modo que se consiga la desaparición de la ascitis. Se ha conseguido este resultado en varias ocasiones, permitiendo practicar el procedimiento de desviación con un riesgo extraordinariamente pequeño.

SELECCIÓN DE LOS PACIENTES.

Cuando se proyecta una intervención quirúrgica de derivación porta-caval se harán previamente las pruebas de la función del hígado a fin de saber si se trata del tipo intrahepático o extrahepático de obstrucción portal. En el primero, se observan anomalías en muchas de las pruebas, en tanto que en el tipo segundo todo aparece absolutamente normal. Además, antes de hacer la cirugía de derivación es importante determinar hasta qué punto está el hígado gravemente afectado. En nuestra opinión, las pruebas que siguen son de un incalculable valor para discriminar la operabilidad en pacientes con cirrosis hepática:

1. Probablemente, una de las de mayor significación es el índice de seroalbúmina, sobre todo si es por bajo de 3 gr. por 100. En efecto, de seis pacientes con porcentaje inferior a dicha cifra sucumbe-

ron cinco, es decir, mortalidad del 83 por 100, en tanto que entre los que presentaban un índice por encima de 3 gr. por 100, 69 pacientes en total, hubo seis fallecimientos (índice de mortalidad de 9 por 100).

2. La presencia de ascitis también se considera como una prueba de la función del hígado, indicando el fracaso de esta víscera en la síntesis del índice normal de proteína sérica. Si la ascitis no responde a la terapéutica médica, grave pronóstico, mientras que si responde o no existió en principio esa ascitis, hay mucho menor peligro operatorio.

3. Si el tiempo de protrombina se prolonga y, sobre todo, si no responde a la terapéutica de vitamina K, por regla general nos encontramos frente a una grave afección del hígado.

4. Si la prueba de floculación céfalo-lírica da 3 ó 4, indica que el paciente está en grave riesgo, ya que en 36 operaciones con estos valores hubo 11 fallecimientos, o lo que es igual, un índice de mortalidad de 31 por 100, en tanto que de 39 pacientes con floculación céfalo-lírica de 1 ó 2 no sucumbió nadie.

5. La prueba de retención de bromosulfaleína, que valora la función excretora del hígado, es de menos significación, a menos que el grado de retención sea muy alto. Un índice de 20 por 100 o más de retención indica lesión grave del hígado, debiendo aconsejar un tratamiento médico posterior a fin de mejorarla.

6. El índice de bilirrubina de la sangre, valorado por la prueba de Van den Bergh, tiene su significación si hay ictericia cualquiera que sea su grado, desde débil hasta intensa, ya que esta circunstancia indica grave afectación del hígado.

TIPOS DE DERIVACIONES PORTO-CAVAS.

Con miras a la práctica, pueden establecerse dos tipos principales de derivaciones porto-cavas que se han distinguido por su extraordinaria eficacia para evitar la hemorragia de las varices esofágicas. Son los siguientes:

1. Anastomosis esplenio-renal término-lateral con esplenectomía; y 2. Anastomosis directa de las venas porta y cava inferior. En nuestra clínica se ha practicado con más frecuencia el tipo de derivación esplenio-renal. En los dieciocho años comprendidos entre 1945 y 1952, inclusive, se realizaron noventa derivaciones porto-cavales, de las cuales 68 (75 por 100) fueron de tipo esplenio-renal; en cambio, en 22 (25 por 100) se empleó el porto-caval directo (cuadro II). Se cree que en la mayoría de los casos la operación más segura es la primera, puesto que al realizarla hay menos peligro de vulnerar estructuras como la arteria hepática o el conducto normal de

CUADRO II

TIPOS DE DERIVACIONES DE LAS VENAS PORTA Y CAVA

(Hospital General de Massachusetts, 1945-1952, inclusive)

Esplenio-renal	68	72 %
Porto-cava directa	22	24 %
Otras	4	4 %
TOTAL	94	100 %

la bilis, que se encuentra a proximidad muy estrecha de la vena porta. Muchos cirujanos se inclinan por la anastomosis de las venas porta y cava, considerando que la vena esplénica es de paredes tan delgadas y, además, friables, que resulta difícil aislarla. Sin embargo, en nuestra propia experiencia, el índice de mortalidad en los últimos años ha sido menor utilizando este modo de intervención, porque parece interferir en menor grado la función del hígado en el período postoperatorio inmediato. En los últimos 42 pacientes con cirrosis hepática a quienes se practicó desviaciones, 27 fueron de anastomosis esplenio-renal con un fallecimiento (índice de mortalidad: 4 por 100); hubo 15 con anastomosis porto-caval y de ellos sucumbieron dos (índice de mortalidad postoperatoria: 13 por 100). En el grupo primero, la muerte sobrevino como consecuencia de sepsis, mientras que los dos últimos fallecieron por fracaso del hígado. Además de esta dificultad hubo dos pacientes sometidos a derivación porto-cava en los que aparecieron ascitis graves que duraron meses, contingencia que no se observó después del tipo de anastomosis esplenio-renal. La circunstancia que decide cuál de las dos anastomosis conviene practicar suele ser generalmente las dimensiones del bazo y del mismo modo el estado general del paciente y el grado de afectación hepática. Si el bazo aparece considerablemente aumentado se ha visto que, por lo general, hay una correspondencia en la vena esplénica en ese mismo sentido y puede emplearse para la realización de una anastomosis muy satisfactoria. Si el bazo se presenta pequeño, tanto a la palpación como al examen radiológico, la vena esplénica es frecuentemente demasiado pequeña para hacer una derivación satisfactoria. En estas condiciones, si la función del hígado no está demasiado gravemente afectada, es el momento de realizar la anastomosis porto-caval.

En los pacientes que presentan el síndrome de Banti, esto es, el tipo extrahepático de obstrucción, la operación a elegir es, sin duda, la de derivación esplenio-renal, porque en la mayoría de estos pacientes la vena porta es imposible de aislar a causa de la alteración cavernomatosa que la circunda en el ligamento gastrohepático. El método de realizar la derivación esplenio-renal es con frecuencia el de la anastomosis de la parte terminal, implantando el extremo de la vena esplénica en el lado de la vena renal. De este modo es posible proteger el riñón, según describió el autor por primera vez en 1947. Desgraciadamente, con este tipo de anastomosis en nuestro grupo de pacientes hubo mayor número de hemorragias esofágicas postoperatorias que en el otro grupo de derivaciones porto-cavales. Presento estas estadísticas en el resumen de resultados (cuadro III).

Hay dos métodos para anastomosar las venas porta y la cava inferior: 1) Anastomosis latero-lateral sin interrumpir la continuidad de la vena porta; y 2) Anastomosis término-lateral, implantando el extremo distal de la vena porta, una vez aislado, dentro de la cava inferior. En la mayoría de los casos el procedimiento más factible es el último y se cree que es probablemente la derivación mejor. Ha sido censurado porque priva completamente al hígado de toda la sangre de la vena porta. Pero realmente, y puesto que en algunos de los pacientes existe un alto grado de obstrucción portal intrahepático, este hecho puede no tener tanta importancia como se ha querido suponer. En los momentos actuales se pién-

CUADRO III

RESUMEN DE HEMORRAGIAS ESOFÁGICAS SEGÚN EL RESULTADO OBTENIDO EN 78 OPERACIONES PRACTICADAS EN LAS DERIVACIONES, CUYOS PACIENTES SOBREVIVIERON EN SU TOTALIDAD

(Hospital General de Massachusetts, 1945-1952, inclusive)

TIPO DE DERIVACION	Número de derivaciones	HEMORRAGIA POSTERIOR A LA DERIVACION		Fallecimientos por hemorragia
		Menor	Mayor	
Espleno-renal	60 (80 %)	3 (5 %)	5 (*) (8 %)	1 (1,7 %)
Porta-caval	18 (20 %)	0	2 (**) (11 %)	0
TOTALES	78 (100 %)	3 (4 %)	7 (9 %)	1 (1,3 %)

(*) En 4 de estos enfermos se efectuó derivación porto-cava secundaria y en 2 de ellos desapareció la hemorragia.

(**) Uno de estos pacientes tenía una trombosis de la vena porta.

sa que donde hay un grado elevado de obstrucción intrahepática no debe emplearse la anastomosis latero-lateral, ya que en esta clase de shunt no sólo actúa la sangre venosa portal derivada del hígado, sino que también lo hace la de la arteria hepática, puesto que penetra por la red venosa portal en los espacios presinusoidales y seguirá el camino de menor resistencia, que consistirá en pasar directamente a la cava inferior por el shunt porta-caval. Como resultado, una gran parte del hígado se verá privada de la sangre arterial así como de la procedente de la vena porta. Con el shunt espleno-renal, al menos aparentemente, esta contingencia no es tan marcada, ya que en este tipo de intervención la derivación es menos completa.

Actualmente se piensa que los pacientes con obstrucción intrahepática, consecuencia de cirrosis de hígado en quienes la función de esta víscera no está demasiado afectada, son los candidatos más apropiados para los shunts directos portocavas. En muchos casos de cirrosis hepática se encontrará trombosada la propia vena porta. En tres pacientes ha sido necesario hacer una trombectomía para obtener el flujo sanguíneo a través de la vena porta, a fin de construir una derivación. En dos de aquéllos se obtuvieron derivaciones muy satisfactorias, pero en el otro, al parecer, no funcionó demasiado bien el shunt, puesto que en una ocasión se presentó hemorragia secundaria. Es el único caso de esta clase de hemorragia en un grupo de 15 derivaciones directas portocavales en pacientes con cirrosis hepática. Por este motivo se afirma que la anastomosis de la vena porta con la cava inferior es, quizás, el procedimiento más eficaz para controlar la hemorragia esofágica; pero, por desgracia, no se puede emplear en todos los pacientes, y en otros tampoco puede emplearse a causa de la grave afección del hígado. No obstante, en la actualidad, si un paciente presenta el bazo grande, aunque la función del hígado no esté perturbada, creemos más seguro hacer el shunt espleno-renal, y si la hemorragia se repitiera, entonces recurrir a la anastomosis porta-caval.

ANESTESIA.

Se cree que el tipo de anestesia juega un papel importante en el índice de mortalidad de estos procedimientos quirúrgicos. Desde los primeros años de

nuestra experiencia se empleaba rutinariamente la anestesia con éter, produciéndose en muchos casos durante el proceso operatorio la diátesis hemorrágica. Como consecuencia de esta complicación, se produjo alto porcentaje de muertes preoces durante el período inmediatamente posterior a la operación, que se debió a la imposibilidad de contener la hemorragia en el campo operatorio. Como resultado de estas experiencias se abandonó la anestesia del éter en favor de la del ciclopropano, que parecía tener efectos menos perjudiciales sobre el hígado enfermo, con el satisfactorio resultado de que fueran mucho menos frecuentes las muertes por hemorragia operatoria. El efecto de dicha anestesia estaba ayudado, en parte, también por las transfusiones de sangre nueva, tal como preconizó SOUTTER. Aun así, fué preciso utilizar de 5 a 10 transfusiones durante la operación. Durante el año pasado se empleó la anestesia espinal hipotensiva, aplicada según la técnica de Gillies, en 17 casos. Con este método de anestesia no ha habido complicación alguna y tan poco se produjo ninguna muerte por hemorragia. Además se pudo hacer gran ahorro de sangre, habida cuenta de que en la mayoría de los casos no se utilizó más que una o dos transfusiones y nunca más de tres. Aún no se ha completado del todo esta clase de estudios, pero parece haber menos interferencia entre las funciones hepática y renal que cuando se usaban las otras modalidades de anestesia, en que se requerían tantas transfusiones de sangre cirratada. Con todo, es necesario adquirir más experiencia antes de tener la seguridad absoluta de que ésa es la anestesia de elección.

RESUMEN DE LOS RESULTADOS DE 94 OPERACIONES DE DERIVACIÓN EN 90 PACIENTES CON VARICES ESOFÁGICAS CON HEMORRAGIA.

Desde el año 1945, en el Hospital General de Massachusetts el método para tratar las varices esofágicas con hemorragia ha sido la realización de algún tipo de derivación porta-cava. A 90 pacientes se les ha practicado shunts hasta el 1 de enero de 1953. Los resultados obtenidos en este grupo de pacientes han sido extraordinariamente alentadores, según muestra el siguiente análisis estadístico. Hubo 24 (27 por 100) con obstrucción extrahepática portal como resultado del llamado síndrome de Banti

y 66 (73 por 100) con obstrucción intrahepática derivada de la cirrosis portal del hígado. Sus edades oscilaron, entre las más jóvenes, de seis años, y las más viejas, de setenta. En realidad, esta enfermedad se da mucho más en la zona media de la vida, ya que 64 (70 por 100) tenían una edad comprendida entre treinta y sesenta años. En estos 90 pacientes se hicieron 94 derivaciones, ya que a cuatro pacientes (tres con anastomosis esplenorenal y uno de la vena inferior mesentérica con la vena ovárica izquierda, que tuvo hemorragia secundaria) se les hizo anastomosis porto-cavas más tarde. Hubo 68 anastomosis esplenorenales término-laterales con esplenectomía (72 por 100); en 22 (23 por 100) se practicaron anastomosis directas entre la vena porta y la cava inferior. Dieciocho término-laterales y cuatro latero-laterales. En otros cuatro pacientes (5 por 100) se realizaron otros tipos de derivación, entre las que se incluyen una anastomosis entre la vena mesentérica superior y la cava inferior; otra anastomosis de la vena mesentérica inferior con la izquierda ovárica, y en otro con la vena adrenal izquierda (cuadro I). En realidad, a este último grupo de cuatro derivaciones debiera denominarse de "derivaciones provisionales o interinas", pues sólo se efectuaron por ser imposible hacer la derivación esplenorenal, ya que el bazo había sido previamente extirpado y la alteración cavernomatosa que rodeaba la vena porta no permitió el aislamiento de este vaso. Estas derivaciones ya no las hacemos en nuestra clínica, en vista del escaso resultado con ellas obtenido. En los 24 pacientes con obstrucción portal extrahepática se ejecutaron 25 derivaciones: 19 (76 por 100), fueron de anastomosis esplenorenal término-lateral; 3 (12 por 100), de anastomosis porto-cava directa, y 3 (12 por 100), de otros tipos. La mayor preponderancia de los shunts esplenorenales en esta clase de enfermedad se debe a la transformación cavernomatosa del ligamento gastrohepático, que por lo general imposibilita el aislamiento de la vena porta; por ello, no puede ponerse en práctica el shunt porto-cava directo.

Hubo 66 pacientes con cirrosis hepática y obstrucción portal intrahepática a los que se practicaron 69 derivaciones. Cuarenta y nueve (71 por 100), fueron esplenorenales término-laterales; 19 (27 por 100), anastomosis porta-cavas directas, y en el restante se practicó la anastomosis de la vena cava inferior con la mesentérica superior. En el grupo indicado hubo más derivaciones portocavas que en los casos de síndrome de Banti. Esto se explica porque el mostrar la vena porta en esta enfermedad es más fácil y lleva menos tiempo, habiéndose sentido la necesidad de cerciorarse en lo posible, y desde el punto de vista de la hemorragia subsiguiente a la operación, de cuál de los dos empalmes era el mejor, si el porta-cava directo o el esplenorenal, e igualmente de cuál es el efecto que cada uno de esos procedimientos pudiera producir en la función hepática además de conocer sus índices respectivos de mortalidad. Actualmente se cree que el riesgo operatorio es menor en la derivación esplenorenal, ya que la mayor parte de nuestras muertes por fracaso del hígado y por hemorragia se han presentado después de la anastomosis porto-cava. No hay duda ninguna, sin embargo, de que el tipo último reduce más eficazmente la hipertensión portal, ejerciendo con ello mejor protección contra cualquier hemorragia esofágica ulterior. Es también una derivación más fácil de realizar, ya que no nos tropezamos con nin-

guna alteración cavernomatosa en el ligamento gastrohepático. Se están haciendo estudios para determinar en la medida de lo posible si hay alguna diferencia entre ambos tipos de derivación con respecto a la función del hígado en los pacientes que han sobrevivido. Hasta la fecha ha habido muy poca o quizás ninguna mejoría en las pruebas sobre la función del hígado, bien siguiendo la anastomosis esplenorenal o bien la porta-cava directa, si bien no se ha dado ninguna hemorragia eventual posterior.

El análisis de nuestros resultados revela que 77 (86 por 100) pacientes sobrevivieron, dando un índice de mortalidad operatoria de un 14 por 100. Es muy significativo que la mayoría de las muertes postoperatorias ocurrieran en los primeros años de haber hecho este tipo de cirugía, toda vez que durante los últimos tres años y medio no ha habido ningún fallecimiento por hemorragia postoperatoria inmediata y si sólo tres muertes en las 60 operaciones efectuadas, es decir, un índice de mortalidad operatoria del 5 por 100. Dos de estas tres defunciones se produjeron al fallar el hígado consecutivamente a la anastomosis portocaval, y la tercera sobrevino por necrosis pancreática y sepsis a seguida de una derivación esplenorenal. Se cree que esta reducción del índice de mortalidad es el resultado de varios factores que detallamos a continuación: la preparación más cuidadosa de los pacientes con hígado enfermo; la eliminación de la diátesis hemorrágica durante la operación, para conseguir la cual se utilizaron transfusiones de sangre reciente en el momento de la operación y también con el empleo de anestesia con ciclopropano en lugar de éter; y, por último, la utilización de anestesia espinal hipotensora, que elimina casi completamente cualquier peligro de hemorragia grave operatoria. Finalmente, como es lógico, la perfección en la técnica de este tipo de cirugía ha sido incuestionablemente en los últimos años un factor en el descenso del índice de mortalidad.

Como es de suponer, la mortalidad postoperatoria inmediata es mucho mayor en pacientes con cirrosis hepática que en los afectos del síndrome de Banti, cuyo hígado aparece por completo normal. En el grupo intrahepático o cirrótico se llevaron a cabo 69 desviaciones, en las cuales hubo seis fallecimientos precoces por hemorragia postoperatoria, cuatro por fallo del hígado y dos por sepsis; en total, 12 defunciones, es decir, 17,4 por 100 de mortalidad operatoria, en tanto que en el grupo extrahepático se hicieron 25 derivaciones con una muerte por hemorragia postoperatoria, lo que equivale a un índice de mortalidad de 4 por 100.

El análisis de los pacientes con hemorragia esofágica recurrente, después de realizada la derivación (cuadro II), dió el siguiente resultado: en 60 pacientes con derivaciones esplenorenales, se puso de manifiesto que hubo tres (5 por 100) de los casos que tuvieron hemorragia menor y a quienes no hubo necesidad de hospitalizar. En cinco casos (8 por 100) apareció hemorragia de tipo mayor; a cuatro de éstos se les hizo anastomosis porto-cava con cese de la hemorragia en dos de ellos. En este grupo hubo una muerte por hemorragia masiva de las varices esofágicas (1,7 por 100). En 18 pacientes con anastomosis porto-cava directa no hubo incidencia alguna de hemorragia menor; dos enfermos se vieron afectados por hemorragia mayor y en uno de éstos fué preciso practicar la trombectomía de la vena porta, a fin de quitarla un trombo, de suerte

CUADRO IV

FALLECIMIENTOS TARDIOS COMO CONSECUENCIA DE DERIVACIONES ESPLENO-RENALES Y PORTO-CAVAS EN 77 ENFERMOS QUE SOBREVIVEN

(Hospital General de Massachusetts, 1945-1952, inclusive)

TIPO DE OBSTRUCCION	Número de pacientes	Número de muertes	CAUSAS DE LA MUERTE			
			Por fallos del hígado	Por fallo del corazón	Hemorragia cerebral	Hemorragia esofágica
Extrahepática (enfermedad de Banti)	23 (29 %)	1 (4,3 %)	0	0	1 (4 años)	0
Intrahepática (cirrosis)	54 (71 %)	7 (13 %)	4 (8, 20, 23, 43 meses)	1 (5 meses)	1 (19 meses)	1 (12 meses)
TOTALES	77 (100 %)	8 (10,7 %)	4	1	2	1

que la anastomosis se pudiera realizar. Se temió que se formase otro trombo, pues el interior de la vena estaba muy rasgado y áspero después de la eliminación del coágulo. No hubo ninguna muerte por hemorragia secundaria a alguna de las derivaciones porta-cavas directas. En resumen, y siguiendo 78 enfermos que sobrevivieron al shunt, hubo tres casos de hemorragia menor (4 por 100), siete casos de hemorragia intensa (9 por 100) y una muerte (1,3 por 100).

Otro análisis posterior de nuestros resultados puso de relieve que en 23 pacientes con obstrucción extrahepática portal, subsiguiente al síndrome de Banti, y que sobrevivieron a la realización de una derivación, bien porto-cava, bien espleno-renal, hubo una muerte en el período comprendido entre 1945 a 1952, inclusive (cuadro IV). La muerte en este caso sobrevino a los cuatro años de haberle realizado un shunt espleno-renal, sin que el fallecimiento hubiera tenido relación alguna con la hipertensión portal, ya que aquél se presentó como resultado de una hemorragia cerebral. En el grupo de pacientes con obstrucción intrahepática portal derivada de cirrosis del hígado, hubo 54 enfermos que sobrevivieron a la

derivación espleno-renal o porto-cava. En este grupo murieron siete (13 por 100) de diversas causas: cuatro, por fallo del hígado, a los 8, 20, 23 y 43 meses, respectivamente, después de realizada la intervención; una, de fallo cardíaco, a los cinco meses de la intervención, y otra, de hemorragia cerebral, 19 meses después. Un paciente sucumbió de hemorragia masiva a los 12 meses de haberle practicado la derivación espleno-renal.

En resumen, hay 77 pacientes que han sobrevivido a las derivaciones porto-cavas, ocho de ellos murieron (10,7 por 100) y el resto, 69 (90 por 100) aún viven, y la mayoría en buen estado de salud (cuadro V). Estos resultados son un gran progreso en el índice de la mortalidad sobre otros grupos análogos de enfermos observados durante un período del mismo número de años; en efecto, SHULL mostró que en nuestro Hospital el índice de mortalidad en pacientes con síndrome de Banti oscilaba entre el 10 y el 30 por 100 y en pacientes con cirrosis hepática ese índice de mortalidad estaba comprendido en el 50 y el 80 por 100 en períodos de uno a cinco años.

CUADRO V

RESULTADOS FINALES DE LAS DERIVACIONES DE LAS VENAS PORTA Y CAVA EN 90 PACIENTES CON VARICES ESOFÁGICAS HEMORRÁGICAS

(Hospital General de Massachusetts, 1945-1952, inclusive)

Tipo de obstrucción en el lecho portal	Número de pacientes	Muertes postoperatorias (*)	Muertes por derivaciones posteriores tardías (**)	Total de supervivencias	Probabilidad de supervivencia. Proporción en los casos no operados
Extrahepáticas (síndrome de Banti) ...	24 (27 %)	1 (4 %)	1 (4,3 %)	92 %	70 %
Intrahepáticas (cirrosis hepática)	66 (73 %)	12 (18 %)	7 (13 %)	71 %	20 %

(*) Hubo solamente 3 fallecimientos postoperatorios en las últimas 60 desviaciones puestas en práctica, o sea, un porcentaje de mortalidad de un 5 por 100.

(**) Tres de estos fallecimientos no tenían relación alguna con las varices esofágicas ni con la cirrosis hepática.

CONCLUSIONES.

1. La hemorragia por varices esofágicas es causa frecuente de muerte en los pacientes con cirrosis hepática y síndrome de Banti que no han sido sometidos a tratamiento.

2. Para esta clase de pacientes se recomienda como el mejor método de urgencia para contener la hemorragia intensa, cuando ésta no cesa espontáneamente, el taponamiento cardio-esofágico valiéndose de un tubo intragástrico en forma de balón, supplementándolo inmediatamente con la sutura transesofágica de las varices.

3. El paso de la sangre venosa portal en los pacientes afectos de varices esofágicas con hemorragia, mediante la práctica de una derivación esplenorenal o portocava directa, se considera como el mejor y más decisivo método de tratamiento.

4. En la mayoría de los pacientes el procedimiento preferible es la esplenectomía con anasto-

mosis espleno-renal término-lateral, puesto que entraña menos peligro que la derivación portocava, sobre todo en enfermos con hígado gravemente afectado. Igualmente se recomienda para aquellos pacientes con síndrome de Banti, en razón de la dificultad para exponer en ellos la vena porta, debido a la transformación cavernomatosa en el ligamento gastro-hepático.

5. Para el tratamiento de la ascitis que no va acompañada de otra afección, no se recomienda la derivación porto-cava; esta intervención debe reservarse para tratar las varices esofágicas que sangran.

6. Un cirujano no debe practicar la esplenectomía sola en los pacientes con varices esofágicas con hemorragia, a menos que esté preparado para hacer la anastomosis espleno-renal en la misma operación, ya que ésta puede ser la única oportunidad para practicar una derivación satisfactoria, especialmente en pacientes con síndrome de Banti.

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Profilaxis con antibióticos de la insuficiencia cardíaca congestiva.—Las infecciones se presentan actualmente no como epidemias extensas, sino como afecciones intercurrentes en el curso de enfermedades crónicas y muy frecuentemente son la causa inmediata de la muerte. En el caso de las cardiopatías, una infección sobrevenida en cualquier momento, especialmente si se localiza en el aparato respiratorio, supone un aumento de los requerimientos para el miocardio. McVAY, SPRUNT y STERN (*Am. J. Med. Sci.*, 226, 491, 1953) sostienen que está justificado un tratamiento profiláctico con antibióticos en los casos de cardiopatía con tendencia a la descompensación. Los autores citados han tratado durante veinte meses a 149 casos de insuficiencia cardíaca crónica, mediante la administración de 250 mg. de aureomicina, una hora antes del desayuno, y otros 250 mg. dos horas después de la cena. El tratamiento indicado se realizó en 73 de los enfermos, en tanto que el resto era tratado con cápsulas similares, que contenían un placebo. La frecuencia de infecciones respiratorias fué mucho menor en el grupo que recibió el antibiótico y los enfermos así tratados se encontraban subjetivamente mejor que el grupo testigo. El tratamiento continuado con aureomicina originó muy escasas manifestaciones desagradables (siete casos de náuseas y vómitos y seis de diarrea).

Ineficacia de la isoniacida en la esquizofrenia.—En el curso del tratamiento de la tuberculosis con isoniacida se ha señalado ocasionalmente la presentación de síntomas mentales como irritabilidad, delirios, visión coloreada, alucinaciones, etc. También se ha visto que enfermos que presentaban depresión o distintos trastornos psíquicos, simultáneamente a su tuberculosis, mejoraban de su estado mental y en esta Sección se ha comentado el trabajo de SALZER y LURIE (*A. M. A. Arch. Neur. Psych.*, 70, 217, 1953)

sobre el empleo de la isoniacida en los estados de ansiedad y depresión. BENNETT, COHEN y STARER (*A. M. A. Arch. Neur. Psych.*, 71, 54, 1954) han ensayado la citada droga en esquizofrénicos. Durante noventa días han tratado a 30 enfermos y otros 30 pacientes recibían simultáneamente un placebo. Las dosis utilizadas fueron 50 y 100 mg., tres veces al día. Los estudios clínicos, de laboratorio y psiquiátricos, así como las pruebas psicológicas, no experimentaron ninguna alteración significativa durante la terapéutica.

Tratamiento con cortisona del mixedema pretibial.—El mixedema pretibial se considera como una rara complicación del hipertiroidismo. Sin embargo, algunos autores lo han señalado hasta en un 3 por 100 de los hipertiroides. Su patogenia es aún muy oscura, pensando algunos en una cierta insensibilidad de los tejidos pretibiales a la hormona tiroidea, en tanto que otros admiten una acción directa, como en el caso del exoftalmo y de la hormona tirotropa hipofisaria. INCH y ROLLAND (*Lancet*, 1, 1.239, 1953) describen tres de tales casos, en dos de los cuales coexistía una oftalmoplejia exoftálmica y dedos en palió de tambor. Teniendo en cuenta la ineficacia de todos los tratamientos propuestos para combatir el mixedema pretibial, han tratado a sus enfermos con cortisona intramuscular y con infiltraciones locales de 25 mg. de cortisona en la región pretibial. Los efectos fueron brillantes, pero muy pasajeros, de tal modo que la supresión de la terapéutica hace retroceder la lesión a su aspecto primitivo; la inyección retroocular de cortisona fué incapaz de modificar el exoftalmo en los dos casos tratados.

Acción antianémica de la cloro-fenotiazina.—Estudiando la acción inhibidora de los vómitos por apomorfina en los animales, COURVOISIER y cols. des-