

de cualquier otra enfermedad, hay que tener presente en el momento de hacer el diagnóstico algunos otros cuadros de osteopatías condensantes. De la osteosis fluórica se diferencia porque en ésta, aparte de los antecedentes del enfermo, existe el clásico moteado pardo de los huesos y aparecen además imágenes de periostosis y engrosamientos periósticos. De la rara enfermedad de Camurati-Engelmann, sólo 17 casos observados; se distingue, por la localización diafisaria de la afección en esta última, las deformidades en huso y el aspecto radiológico de los huesos, que como hace notar SCHINZ parecen "el negativo fotográfico" de los huesos del Albers-Schönberg. Del resto de las condensaciones óseas, mielorreostosis, metástasis ósea, leucemias y osteomielitis, se diferencia fácilmente, pues ninguna de ellas llega a tener generalización grande.

TRATAMIENTO.

No lo tiene. Algunos autores abogan por la paratiroidectomía; así, un caso de THIEFAUD, SCELAT y ESCANAS, tratado de esta manera, mejoró bastante en un período de cuatro años; no se citan más casos en que haya sido eficaz la operación preconizada por PEHU y POLICARD. ELLIS trató dos casos con parathormona. Algunas esplenectomías para frenar la anemia han fracasado. Por tanto, el tratamiento se limitará a medidas sintomáticas para tratar la anemia cuando esté presente y al de las fracturas cuando se produzcan.

RESUMEN.

Se presenta un caso de enfermedad de Albers-Schönberg en el que después de hacer estudio clínico, radiológico y anatomopatológico del mismo se hace una pequeña revisión de los conocimientos actuales de la afección.

BIBLIOGRAFIA

- AUBERTIN, CH. y CATINAT, J.—Enciclop. Med. Chir., 13.023, I, p. L, 1949.
 BALLABRIGA y LLONA.—Rev. Esp. Pediat., (?).
 BARCELÓ.—Patología Médica, Pedro Pons, t. II, Salvat, 1951.
 BLONDUELLE.—Tesis doctoral. París, 1944.
 BLONDUELLE y LE BOZEC.—Rev. Rhum., 14, 83, 1947.
 BRAILSFORD.—Radiología de huesos y articulaciones. Espasa-Calpe, 1947.
 CATHALA, LAPLANE y CASTAIGNE.—Rev. Rhum., 14, 297, 1947.
 CAHUZAC, PETEL, BRUMER, FERRE, BARRERE y SIVOL.—Jour. de Rad. et Electrol., 33, 11-12, 1953.
 CATHALA, LAPLANE y CASTAIGNE.—Soc. Med. Hop., 17, 18, 19, París, 1943.
 COHEN, J.—J. Bone and Joint Surg., 33, 923, 1951.
 COLVEE GUILLEN, R.—Acta Orthop., Traumat. Ibérica, 533, 1953.
 ENTICKNAP.—Jour. Bone and Joint Surg., 36, 123, 1954.
 FAIRBANK.—Jour. Bone and Joint Surg., 3, 289, 1948.
 FOURNIER, A. y KIRSCH, J.—Le Sang, 22, 1948.
 FARRERAS y GRAS.—Trat. Pat. Méd., Pedro Pons, t. V, Salvat, 1953.
 GUILLEMINET.—Lyon Chirurgical, 613, 14.
 HEILMEYER.—Trat. Med. Int., prof. BERGMANN, t. II, Labor, 1946.
 JEUNE, BOUGARD y DLUX.—J. de Periat., 238, 161, 1949.
 KIRSCH, J.—Jour. de Rad. et Electrol., 33, 11-12, 1953.
 LEMI.—Proc. Roy. Soc. Med., 41, 864, 1948.
 MARQUES, BRU, RAYMOND y FENAL.—J. de Radiol. et Electrol., 1-2, 1945.
 MERCER.—Orthopaedic Surgery. Arnold, 1950.
 MILANI.—Semeiotica radiologica dello scheletro. Universo, 1948.

- NANCY.—Tesis. Bordeaux, 1942.
 PEAK, M.—Am. J. Roentgen., 816, 819, 1936.
 PEHU, GUICHARD y JEUNE.—J. Med. Lyon, 174, 200, 1946.
 PINES y LEDERER.—Am. J. Path., 23, 755, 1947.
 POLONOVSKY.—Pathologie Chimique. Masson et Cie., 1952.
 RAVAUT, VIGNON, BERTHIER y SCHOT.—Rev. Rhum., 14, 297, 1947.
 SCHINZ, BAENSCH, FRIEDL y UEHLINGER.—Roentgendiagnóstico. Salvat, 1953.
 THIEFLUD, SCELAT y ESCANAS.—Rev. D'orthop., 40, 113, 1954.
 VAN NEVELD y HAYBROECK.—Acta Poed., 27, 462, 1946.
 WHITBY BRITTON.—Alteraciones de la sangre. Salvat, 1941.

SUMMARY

A case is presented of Albers-Schönberg's disease. After a clinical, roentgenologic and anatomicopathologic study of that case a brief survey is made of the present knowledge of the condition.

ZUSAMMENFASSUNG

Vorgestellt wird ein Fall mit der Albers-Schönberg'schen Krankheit, bei dem nach Beendigung des klinischen, röntgenologischen und pathologisch-anatomischen Studiums ein kleiner Überblick über die heutigen Kenntnisse betreffs dieser Affektion gegeben wird.

RÉSUMÉ

Présentation d'un cas de maladie de Albers-Schönberg chez lequel après avoir fait une étude clinique, radiologique et anatomopathologique on fait une petite révision des connaissances actuelles de l'affection.

NUESTRA TECNICA ACTUAL EN LA PI-LOROTOMIA EXTRAMUCOSA POR ESTENOSIS HIPERTROFICA

E. ROVIRALTA.

Al acercarnos al centenar de pilorotomías extramucosas creemos de un cierto interés exponer en detalle la técnica empleada en los últimos años, fruto tanto de una sucesión de ensayos entre los procedimientos recomendados como de haber cambiado diametralmente, en el rodar del tiempo, las directrices que a nuestro juicio deben inspirarla.

Todavía en el año 1946 (*El abdomen quirúrgico en el niño*) escribíamos, refiriéndonos a ella: "El único mérito consiste en realizarla en pocos minutos: cinco o diez a lo sumo", y más adelante insistíamos: "La pilorotomía es operación poco peligrosa cuando está correctamente ejecutada, pero ha de practicarse rápidamente...", y "Al cirujano ha de exigírsele que sea rápido..."

Nuestra posición en el momento actual se halla en completa oposición a estos conceptos. Por ello entendemos necesaria esta rectificación, que puede ser de gran utilidad para los que se inicien en estas disciplinas.

Si bien es indudable que la mortalidad post-pilorotomía la hemos visto reducirse a cifras realmente insignificantes en los grandes centros especializados (serie blanca de 400 intervenciones consecutivas por DONOVAN), la realidad nos demuestra que en la práctica y en diferentes circunstancias se está muy lejos de alcanzar una tan deseada meta. Las principales causas de los fracasos son dos: a) La concomitancia de la estenosis pilórica con otras malformaciones que han pasado inadvertidas, especialmente cardiovasculares y urinarias; y b) Accidentes operatorios, achacables siempre a una mala técnica.

Ante la imposibilidad, en la práctica, de despistar con carácter absoluto la primera, hemos llegado a la conclusión de que, atendiendo debidamente a la segunda, es posible evitar sorpresas desagradables.

Creemos estar en lo cierto al afirmar que en toda operación, y en particular en las laparatomías, todo el interés se concentra en evitar al máximo los daños consecutivos al trastorno operatorio, o en otras palabras, en reducir al mínimo, dentro de nuestras posibilidades, la llamada enfermedad operatoria.

Si este ideal es difícilmente alcanzable, por desgracia, en la mayoría de las laparatomías, entendemos no lo es en la pilorotomía, particularidad muy digna de ser atendida cuando se trata de una afección cuya indicación quirúrgica puede en determinadas circunstancias ser objetada. Para ello basta, a nuestro juicio, con atender a los siguientes postulados:

a) Eliminar la anestesia general sistemática, que aunque en general es bien tolerada por estos enfermos, obliga a una cierta rapidez (léase brusquedad y apremio) en las manipulaciones y produce un trastorno postoperatorio, sin duda leve cuando es bien llevada, pero evidente (vómitos, fiebre, agitación, etc.).

b) Uso sistemático de una buena infiltración del tejido celular subcutáneo y de los músculos subyacentes con anestesia local, y en particular de los nervios intercostales, a fin de suprimir las excitaciones nociceptivas, de gran tendencia a la exaltación durante los primeros meses de la vida del ser humano.

c) Eliminar todo riesgo de lesión hepática o intestinal al cerrar la pared abdominal, causa que con la abertura de la mucosa duodenal son las más frecuentes de la mortalidad en los pilorotomizados. Son raras ambas, pero están lejos de haber desaparecido.

d) Asegurarse de haber logrado una completa hemostasia de la incisión pilórica antes de reintegrar el estómago a la cavidad abdominal. El peligro de hemorragia postoperatorio

ria esporádica, y por lo general poco intensa, ha disminuido evidentemente desde el empleo sistemático de las vitaminas K y C en el preoperatorio, pero no han desaparecido por ello totalmente.

e) Incisión de la pared abdominal lo más pequeña posible, sin que por su brevedad obligue a maniobras violentas, y situada en un lugar en el que se evite al máximo la evisceración intestinal durante el acto operatorio, causa evidente de shock y peligro de lesión de un asa intestinal.

f) Lavado gástrico previo y mantenimiento del estómago libre de aire durante el tiempo visceral de la intervención.

g) Ligadura minuciosa de todos los vasos seccionados al incindir la pared abdominal y sutura de ésta en masa, a fin de alcanzar la máxima hemostasia y la debida seguridad en su solidez; y

h) Quizá el más importante de todos ellos. No intervenir estos enfermos hasta haber logrado un restablecimiento satisfactorio de sus equilibrios proteico, hídrico y electrolítico. El criterio, siempre mantenido por nosotros, referente a que la urgencia de la pilorotomía no existe, pero que debe ser sobre todo eliminada cuando peor está el enfermo, se ha afirmado todavía más en la época actual, en la que disponemos de los medios necesarios para proporcionar por vía parentérica los elementos indispensables para lograr un equilibrio metabólico satisfactorio.

Alcanzadas las finalidades acabadas de exponer, pretendemos poder asegurar que el recién pilorotomizado no acusa manifestación alguna de haber sido objeto del menor daño. Es decir, sale de la sala de operaciones en iguales condiciones a las que entró, sin que se le haya hecho objeto de ningún cuidado especial durante la intervención. Únicamente más tarde acusará alguna sensación de dolor que no le impedirán continuar su anterior alimentación, durmiendo incluso a ratos sin el empleo de ninguna medicación sedante.

Enumeradas estas condiciones indispensables, conducentes a llevar a buen fin la pilorotomía extramucosa, expondremos el detalle de la técnica con la que pretendemos haberlo alcanzado.

No insistiremos en los cuidados preoperatorios, a los que nos hemos ya referido, por no apartarse de los habituales en los estados avanzados de un déficit metabólico acentuado. Llamaremos únicamente la atención acerca de que por lo general se administra a estos enfermos una cantidad de agua, por vía parentérica, inferior a sus requerimientos normales. Estos suelen oscilar entre 300 y 350 c. c. a la edad en que se acostumbra a operar estos enfermos. Necesario es también recordar que conviene administrar con cierta cautela los sueros salinos, susceptibles de causar edemas, y en particular edema pulmonar, y hacer resaltar que éstos no

deben ser nunca inyectados debajo de la piel de la región abdominal. Una simple posible infección o un simple hematoma podrían interferir la actuación del cirujano. El lugar ideal para ello es la cara antero-externa del tórax, entre la mamila y la línea axilar anterior. Importantísimo es tener presente que la pilorotomía no es nunca una operación que deba realizarse con *urgencia*. Por el contrario, en los enfermos con estado general más precario, son los que más necesitan de una buena preparación, aunque necesiten para ello varios días. La administración de suero glucosado al 10 por 100 en cantidad de 20 c. c. por kilo de peso por vía endovenosa, cada doce horas, es muy favorable en estos enfermos. Las transfusiones de plasma y sangre son muy raramente necesarias desde que cada día con mayor frecuencia son mandados estos enfermos al cirujano en un momento más precoz de su dolencia. La alimentación durante este período se administrará a máxima concentración y en cantidades que no excedan de 40 y 50 c. c. Los lavados gástricos, repetidos tres o cuatro veces al día, son particularmente favorables.

La administración de vitaminas K y C durante los días anteriores y posteriores a la intervención debe practicarse rutinariamente.

Media hora antes de la fijada para la operación se comenzará, previo lavado gástrico que elimine la retención de leche y moco y la inyección subcutánea de media décima de c. c. de solución al 1 por 1.000 de atropina, la administración por vía bucal de una mezcla de whisky o coñac con agua al 25 por 100 y un poco de azúcar. La forma más adecuada de hacerlo es utilizando una pequeña bola de algodón, envuelta con una gasa que se mantiene atada con un hilo, adoptando la forma de chupete. Todos los enfermos sin excepción chupan con delirio la mezcla indicada. Sus efectos no tardan en ser apreciados. El niño cae en un complaciente semisopor, su cara pierde la habitual palidez y su mirada se vuelve indecisa y plácida.

El enfermito es entonces cuidadosamente fijado por su pecho y por sus piernas a una bolsa de goma en la que se ha introducido aproximadamente un tercio de su contenido de agua a unos 40 grados.

Para la antisepsia de la piel se empleará una solución alcohólica de mertiolato, zephiran o mercurocromo. El yodo debe ser eliminado por peligroso.

Entre las varias incisiones propuestas, y después del ensayo de la mayoría de ellas, continuamos empleando la recomendada por OMBREDANNE, esto es, la oblicua, paralela a los cartílagos costo-condrales del lado derecho. No nos detendremos en discutir aquí los motivos que nos han inducido a ello. Baste con señalar que para lograr las finalidades expuestas más arriba nos parece la más apropiada.

Antes de colocar las tallas debe atenderse a

un detalle al que concedemos capital importancia. La fijación exacta de la línea de incisión cutánea atendiendo a: a) Su situación. b) A su longitud; y c) A su dirección. Nos valemos para ello del bisturí, con el que practicamos un simple arañazo en la piel.

Para la fijación exacta del lugar de la misma procuramos determinar el borde inferior del hígado. En los niños muy desnutridos es fácilmente visible a través de la pared abdominal. De no ser ello posible, es buena técnica la apreciación manual del mismo, interponiendo una gasa entre la mano del cirujano y la piel. La incisión se practicará siguiendo el borde del hígado en su posición más alta, es decir, cuando se halla en máxima espiración. De esta forma, el borde del hígado actuará de obstáculo a la evisceración mientras se practica la sutura peritoneal previa, permitiendo a la vez ser fácilmente desplazado en el momento de exteriorizar el tumor pilórico.

Se procede entonces a la infiltración de la solución anestésica. Empleamos novocaína al 0,50 por 100 en cantidad aproximada de 10 a 15 c. c. Su técnica es también precisa. En primer lugar, se inyectan unos 5 c. c. en tejido celular subcutáneo de forma que la infiltración sobrepase ampliamente la zona operatoria. Luego se inyecta el resto en la capa muscular, especialmente en el polo externo de la herida operatoria, a fin de que la solución anestésica imbiba los troncos de los nervios intercostales correspondientes.

Incindida la piel y practicada una hemostasia meticolosa de los pequeños vasos subcutáneos, se incinde la capa muscular en forma progresiva. Si en este momento el enfermo acusa que la infiltración del anestésico ha sido insuficiente, conviene complementarla. Tres o cuatro pequeñas arterias musculares suelen ser cortadas, las cuales deben ser inmediatamente pinzadas valiéndose de pinzas mosquito finísimas desprovistas de dientes. Finalmente se practica con el bisturí un ojal en peritoneo, según la siguiente técnica. Mantenido aquél elevado mediante una pinza de disección fina, se procede a la abertura *únicamente de la parte correspondiente a la mitad interna de la herida*, valiéndose de una tijera fina de puntas romas. Si la incisión ha sido practicada a buena altura, la cara anterior del hígado es la que aparece debajo de ella, impidiendo la exteriorización intestinal o del epiplón en caso de que el niño, en aquel momento, ejecutara algún esfuerzo. Esta contingencia debe estar prevista como posible durante todo el tiempo en que el peritoneo esté abierto. Al presentarse, basta con suspender toda maniobra, mantener ocluida la herida cuidadosamente con una pelota de gasa y procurar que mantenga en la boca el chupete. Al cesar las manipulaciones se tranquiliza y cesa en sus esfuerzos perturbadores.

Esta sutura previa a toda manipulación vis-

ceral es quizá el extremo más interesante de la puesta a punto que realizamos. La práctica nos ha demostrado que la ejecución de esta sutura previa se facilita grandemente por dos motivos: a) Por practicarse en el momento de máxima efectividad de la anestesia local; y b) Por no ejercer el enfermo contracción alguna de su pared abdominal al no haber recibido todavía los insultos que las maniobras y tracciones sobre el sector antro-píloro-duodenal, por cuidadosas que sean, siempre representan.

La sutura del peritoneo se practica comenzando por la comisura interna del mismo, sirviéndose de aguja cilíndrica muy fina y con seda o lino de 3 ó 4 ceros. Esta sutura continua llegará hasta el punto medio de la herida muscular, abarcando toda la incisión peritoneal practicada hasta el momento, sin otra particularidad que la de que todas las asas del hilo que se van colocando son mantenidas laxas y aprisionadas conjuntamente mediante una pinza de Allis o de Chaput. A continuación se incindiré la mitad externa del peritoneo e igual operación se practicará en ella tomando la precaución de que el hilo corra en sentido contrario a la de la primera mitad, a fin de que en el último punto queden situados cada uno de los hilos en el borde opuesto de la herida peritoneal. Los extremos de las dos suturas se liberan de sus agujas y son fijados por separado mediante dos pinzas de Kocher. Estas pinzas, conjuntamente con las que mantienen las asas de la sutura, se abandonan a cada extremo de la herida durante todo el tiempo intraperitoneal. Por su propio peso mantendrán libre y abierta la herida (fig. 1).

Se coloca entonces un separador estrecho y profundo, de unos 4 centímetros, que mantiene elevado el borde hepático. Una pinza larga atraumática permite alcanzar fácilmente el antro pilórico si no se han aspirado los gases que lo distienden. De haberlo hecho, el estómago caerá deshinchado en el fondo del abdomen dando lugar a la interposición del colon transversal y del intestino delgado, con lo cual se dificultará la prensión de aquél. Liberado el estómago de su contenido, mediante una sonda gástrica previamente colocada, se exterioriza cuidadosamente el píloro hipertrofiado. Esta maniobra debe realizarse con delicadeza a fin de evitar la lesión de alguna de las ramas de la arteria coronaria, sumamente friables, haciendo prensión en la cara anterior del estómago y no en su corvadura. Un ayudante, valiéndose de una gasa a fin de evitar que el estómago le resbale, le sujetará mientras se practica la pilorotomía. La incisión del píloro se llevará a cabo mediante bisturí fino y principiando por el extremo duodenal del mismo, aprovechando la circunstancia de que en este momento la comúnmente poco definida delimitación del fondo de saco duodenal se apreciará con mayor claridad que cuando haya sido ob-

jeto de manipulaciones y se haya manchado con la sangre procedente de la herida pilórica. La incisión del tumor pilórico correrá por la zona menos vascularizada del mismo, que suele ser su borde superior, y no se llevará a una profundidad superior a 2 milímetros, pero se hará sobrepasar largamente por el lado gástrico más allá del límite del tumor. Las paredes del antro se hallan muy engrosadas en la zona gástrica vecina y entendemos deben ser también incindidas. Consecutivamente, valiéndose de una sonda de punta roma, se procede a la dislaceración de las fibras del tumor hasta lle-

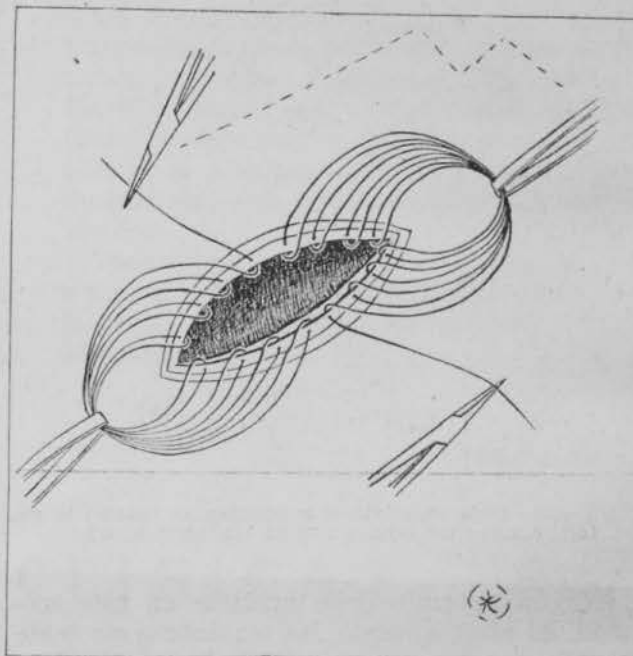


Fig. 1.—Colocación de la sutura peritoneal antes de proceder a la pilorotomía. Una vez practicada ésta se obtendrá el cierre inmediato del peritoneo, evitando con ello la interferencia de las asas intestinales y del epiploon si el niño realiza algún esfuerzo.

gar a la mucosa, maniobra que se practicará con la mayor cautela al llegar al extremo duodenal, a fin de no lesionar la mucosa del fondo de saco que envuelve el hocico de tenca pilórico, muy pronunciado en estos enfermos por la protusión de la oliva en la luz del duodeno. Se observa con cierta frecuencia que después de haber separado ampliamente los bordes de la herida pilórica persisten algunos tractus de aspecto fibroso que impiden la libre propulsión de la mucosa. Creemos que es buena técnica el seccionarlos, uno por uno, valiéndose de una tijera fina. A fin de obtener una buena separación de los bordes de la herida y evitar una eventual recivida, siguiendo a DENIS BROWNE procedemos a la separación forzada de los bordes del tumor valiéndonos para ello de una pinza ideada por este cirujano. Se trata de una pinza tipo Chaput con el extremo de sus ramas orientadas hacia afuera en vez de hacia dentro. Sus finos dientes se apoyan sobre las paredes del tumor, separándolas al máximo, sin peligro

alguno de lesión de la mucosa. Si algún pequeño vaso sangra todavía al finalizar el tiempo anterior, puede ser ligado. Por lo general basta con mantener una cierta presión sobre la brecha pilórica mediante un pequeño tampón de gasa inhibido de suero caliente durante algunos minutos para que cese todo rezumamiento.

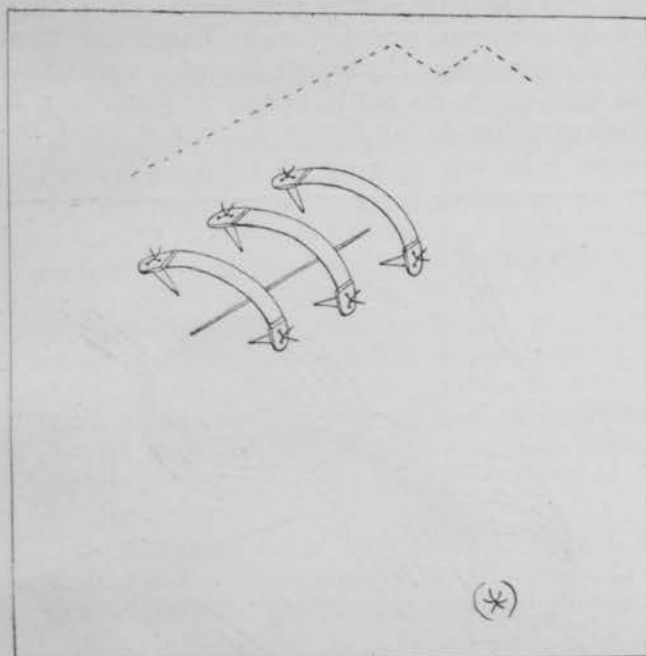


Fig. 2.—Los fiadores elásticos mantienen en tensión la sutura aunque los tejidos tengan tendencia a ceder.

Ningún apremio debe sentirse en este momento. El niño, al cesar las maniobras no realiza esfuerzos, y aunque así no fuera, el píloro exteriorizado ocluye completamente la herida operatoria, con lo que se hace imposible toda evisceración.

Obtenida una absoluta hemostasia se reintroduce el estómago a la cavidad abdominal, teniendo buen cuidado de hacerlo empezando por el píloro, el cual arrastrará por sí solo el sector del antro exteriorizado. Si se comienza por éste, el tumor pilórico, siempre colocado en el centro de la herida, dificulta su paso y obliga a maniobras de cierta brusquedad. Después de unos segundos de espera a fin de que el enfermo, libre de toda manipulación, se tranquilice y no haga esfuerzos, se procede a tensar los hilos de las dos suturas peritoneales previamente colocados. A tal fin debe procederse metódicamente haciéndolo desde las comisuras al centro de la herida, de igual forma en que lo hacemos al tensar los cordones de un zapato. Lograda la oclusión del peritoneo se anudan los extremos libres de ambos hilos. Desde este momento toda evisceración se hace imposible y puede actuarse ya con mayor libertad, aunque el enfermo lllore o se mueva.

Para la sutura muscular empleamos tres o cuatro fiadores, modificación personal de los ideados para el adulto por JUAN MAS OLIVER (fi-

gura 2). Entre sus ventajas en toda herida abdominal en el niño, citaremos tan sólo las de ser una sutura rápida, la de ser transitoria, es decir, que no deja abandonado material extraño alguno; el ser hemostática, al fijar en masa toda la pared muscular; el ser elástica y, por lo tanto, adaptarse mejor a los movimientos inevitables en el postoperatorio de un niño; la de no apoyarse en la piel, siempre frágil en el lactante; la de ser de fácil e instantánea extracción, etc. Esta se lleva a cabo a los diez días (fig. 3).

Llevamos practicadas por la técnica acabada de exponer algunas docenas de pilorotomías sin la más leve complicación tanto operatoria como postoperatoria. La mayoría fueron llevadas a cabo sin administración de anestesia general. Únicamente con carácter excepcional se ha debido administrar algunas gotas de éter en alguna de ellas. Nos creemos por lo tanto autorizados a recomendar la técnica expuesta como el procedimiento de elección en la práctica de la pilorotomía extramucosa, convencidos de que ateniéndose a sus preceptos se han de evitar a la vez tanto los accidentes operatorios como las complicaciones postoperatorias al haber podido eliminar las causas desencadenantes de la enfermedad operatoria por insignificante que parezcan.

RESUMEN.

Al acercarnos al centenar de pilorotomías extramucosas por e. h. del p., nos creemos autorizados a recomendar la técnica que venimos



Fig. 3.—Aspecto de la herida al extraer los fiadores el décimo día.

empleando en las últimas series y que difiere notablemente a la anterior recomendada por nosotros.

En principio se basa en la supresión de la anestesia general. El brebaje alcohólico y la infiltración local son suficientes siempre y cuando se practique la intervención con extremado cuidado y lentitud y se ejecute la sutura peri-

toneal no oclusiva previamente al tiempo operatorio visceral.

Atendidas estas premisas, el enfermo no acusa el más leve indicio de haber sido operado si se excluye el escaso dolor que le ocasiona una mínima herida.

SUMMARY

A technique is described for extramucosal pylorotomy based on the suppression of general anaesthesia. Alcoholic beverage and local infiltration are sufficient, provided that the operation is performed with great caution, slowly and the nonocclusive peritoneal suture is made before the stage of visceral operation.

If these premises are observed the patient does not show the slightest evidence of a recent operation except for the slight pain produced by a minimal wound.

ZUSAMMENFASSUNG

Man beschreibt eine Technik der extramukösen Pylorotomie, die auf den Ausschluss der Allgemeinnarkose basiert. Der Alkoholtrank

und die Lokalinfiltration genügen, wenn der Eingriff sehr vorsichtig und langsam vorgenommen wird und die nicht occlusive Peritonealnaht vor der sogenannten Visceralperiode gemacht wird.

Wen diese Bedingungen erfüllt werden, so klagt der Patient nicht im geringsten darüber, dass er operiert worden ist mit Ausnahme eines kleinen Schmerzes, der von einer minimalen Wunde stammen könnte.

RÉSUMÉ

On décrit une technique de pylorotomie extramuqueuse basée sur la suppression de l'anesthésie générale. Le breuvage alcoolique et l'infiltration locale sont suffisantes si toutefois on pratique lentement et soigneusement l'intervention et si préalablement on réalise la suture du péritoine non occlusive au temps opératoire viscéral.

Tenant compte de ces indices le malade n'accuse aucun signe d'avoir été opéré excepté la légère douleur que lui produit une petite blessure.

NOTAS CLINICAS

EXTROFIA VESICAL COMPLETA, COMPLICADA CON ADENOCARCINOMA

Caso personal.

J. A. MARTÍNEZ - PIÑEIRO.

Médico Interno del Hospital Provincial de Madrid.

La extraña rareza de la presentación simultánea de extrofia y adenocarcinoma primitivo de la vejiga nos ha movido a presentar este caso. En una cuidadosa revisión de la literatura, hemos recopilado tan sólo 35 casos publicados con anterioridad, todos ellos pertenecientes a autores extranjeros. Es éste, por tanto, el primero que se reporta en España.

Después de exponer la historia del enfermo, haremos un pequeño estudio de las siguientes cuestiones, prestando especial atención al problema de la patogenia del adenocarcinoma de la mucosa vesical:

Frecuencia, edad y sexo.
Anatomía patológica.
Patogenia.
Pronóstico.
Tratamiento.

HISTORIA CLÍNICA.

A primeros de agosto de 1951 acude a nuestra consulta privada H. G., L., de cincuenta y cuatro años, con la siguiente historia:

Antecedentes familiares.—Sin interés.

Antecedentes personales.—Según le contaron, su madre tuvo una caída durante su embarazo, llegando sin embargo a término y dando a luz normalmente. Al nacer fué diagnosticado de extrofia vesical completa, pero el único tratamiento propuesto fué el paliativo. Se crió bien y fuerte; era muy travieso y nunca notó impedimento para jugar con otros niños de su misma edad. Hacia la pubertad le llevaron a varios médicos que quisieron operarle, negándose a ello su abuela.

Enfermedad actual.—Acude ahora a nosotros porque desde hace cuatro años venía observando que la mucosa de la vejiga "echaba babas" y además que "le crecía", obligándole a aumentar el tamaño del aparato ortopédico que recogía la orina. En noviembre del año pasado comenzó a sangrar por algunos puntos de la vejiga, repitiéndose las hemorragias cada vez con mayor frecuencia desde entonces. Ahora sangra abundantemente al menor contacto.

Se nota cansado, con mal apetito. Ha perdido peso, va bien de vientre y tiene buen control anal.

Exploración.—A la inspección, lo primero que nos llamó la atención fué su marcha, similar a la del pato, explicable en estos enfermos por las alteraciones óseas del cinturón pelviano que siempre acompañan a la extrofia. En su abdomen pudimos comprobar cómo la pared posterior de la vejiga abombaba sobre la región pubiana, abombamiento que aumentaba de tamaño con