

Sesión del 11 de febrero de 1966

IMPRESIONES DEL CONGRESO DE CIRUGIA PEDIATRICA DE EDIMBURGO Y DE LA VISITA A LOS CENTROS HOSPITALARIOS DE GRAN BRETAÑA

DR. L. GUBERN SALISACHS

Barcelona

A este Congreso Internacional asistieron más de 200 cirujanos pediátras —de España, AGRA CADARSO, de Madrid, y MARTÍNEZ MORA y GUBERN SALISACHS, de Barcelona—, muchos de ellos primeras figuras mundiales, que expusieron su experiencia no sólo en las sesiones del Congreso, sino, aparte de las mismas, en conversaciones más o menos privadas y en su visita a hospitales de la Gran Bretaña. Por ejemplo, HAMILTON, colaborador de KOOP —con quien coincidimos en Liverpool y Londres, donde vivimos personalmente el «full-time»—, presentó en Liverpool una comunicación acerca de los resultados obtenidos en el tratamiento de 249 atresias de esófago.

El Congreso se inició con «*The Mason Brown Lecture*» (MASON BROWN hubiera sido el Presidente del Congreso si la muerte no se lo hubiera impedido) por el Presidente W. M. DENNISON. Expuso la labor de MASON BROWN y su extraordinaria contribución al progresivo reconocimiento de la importancia de la cirugía pediátrica, reconocimiento que ha costado «sangre, sudor y lágrimas» —especialmente lágrimas— frase que repitió otra vez durante su magnífico discurso, del cual exponremos lo que consideramos de mayor interés.

Recordó la fundación en 1948 de la Sociedad Escocesa de Cirugía Pediátrica, en 1953 de la Británica y en 1951 de la Sección de Cirugía de la Academia Americana de Pediatría.

Comentó que los laboratorios están buscando nuevos antibióticos para luchar contra el estafilococo hospitalario, e irónicamente dijo que quizá tengamos que volver a la cirugía antiséptica de LISTER —ello

demuestra la preocupación por el hospitalismo del cual las infecciones estafilocócicas son una manifestación de importancia capital—.

Muchos cirujanos generales y especialistas consideran que la cirugía pediátrica crece a expensas de lo que invade en otras disciplinas, pero si esta invasión beneficia al niño debemos considerarla como bienvenida. Refiriéndose a la espina bífida cree DENNISON que nada gana el niño pasando de un Servicio especializado a otro, y que sólo puede ser beneficioso el que todos los aspectos del tratamiento se efectúen en el mismo hospital (la intervención en el recién nacido, el tratamiento de la hidrocefalia y los problemas urológicos y ortopédicos que se plantean).

Cree que el futuro de la cirugía pediátrica depende, aparte de las decisiones del Gobierno, de la actitud de los Jefes de los Departamentos de Cirugía y Pediatría. Confirma estas ideas de DENNISON lo que ha ocurrido en la Universidad de Santiago a partir del nombramiento del Prof. SUÁREZ como Catedrático de Pediatría de la misma. MORENO DE ORBE, nombrado adjunto para explicar la parte quirúrgica, continúa en la actualidad efectuando la misma labor, ya que éste ha sido el deseo de los Profesores de Cirugía.

Según DENNISON, muchos de nosotros nos preocupamos principalmente de los problemas de técnica, mientras otros dedican una especial atención a los del metabolismo hidroelectrolítico (MC CANCE, WILKINSON y más recientemente OLA KNUTRUD). Por desgracia no puede decirse lo mismo en nuestro país, en el cual el cirujano pediátrico sólo se preocupa del metabolismo hidroelectrolítico en lo que le resulta indispensable conocer para la supervivencia de sus enfermos.

Aunque la cirugía pediátrica se efectúa bien con equipos especializados en los hospitales generales, casi todos los progresos de la cirugía neonatal y muchos de la general —especialmente en cirugía cardiovascular— se han llevado a cabo gracias a cirujanos pediátricos que trabajan en un hospital de niños. Recordó que las urgencias neonatales se han incrementado en tal forma que son cinco veces más frecuentes que la invaginación —al menos en Glasgow, en donde, según RAWITCH, la invaginación es más frecuente que en ningún otro lugar del mundo— y estas emergencias neonatales son más de la mitad más frecuentes que la apendicitis. A pesar de ello existe en Gran Bretaña un considerable número de centros universitarios sin los Servicios de cirujano pediátrico, deficiencia por supuesto mucho más manifiesta en nuestro país.

A continuación mencionaremos las comunicaciones, seminarios y conferencias del Congreso, comentando brevemente aquellas que creemos merecen un mayor interés:

O. KUTRUD: *«Función de la corteza suprarrenal en la primera semana de la vida»*. Demostró que, en contra de lo que se había creído has-



ta entonces, las suprarrenales del recién nacido son capaces de ser estimuladas e incrementar su actividad cuando todavía persiste la corteza suprarrenal fetal. Las investigaciones se efectuaron en relación con el metabolismo del agua, los electrolitos y la eliminación de 17-corticosteroides.

ZACHARY preguntó si debía administrarse o no cortisona al recién nacido. Contestó que no si la reacción al *stress* era normal y que no consideraba recomendable administrarla en el esclerema.

A. W. WILKINSON: «*La conservación del sodio en el recién nacido*». La función renal neonatal es capaz de reducir la concentración de sodio en la orina a un nivel muy bajo para poder así conservar este electrolito. Esta capacidad se intensifica cuando se inicia la alimentación. El estudio del recién nacido y del adulto, durante la inanición y después de una operación, sugiere que en lo que a la excreción renal de sodio se refiere, la respuesta del recién nacido (en estado previo de inanición) para su ajuste calórico es muy similar a la del adulto.

HUGH B. LYNN y colaboradores, presentaron un método para conocer la presión venosa en la yugular externa —mediante una aguja de plástico— muy útil para evaluar las pérdidas sanguíneas durante la operación.

G. GROTE: «*Uso de los plasmas «Expanders» en la infancia*». Con un nuevo método determina el tamaño de las moléculas en pequeñas cantidades de plasma, la permeabilidad del lecho vascular ante macromoléculas de diversos tamaños, y el umbral de eliminación renal. Insiste en la utilidad del dextrano de bajo peso molecular, especialmente en los casos de intensa hemoconcentración para eliminar el fenómeno «*sludging*» (aglomeración de los hematíes).

D. G. YOUNG: «*Perturbaciones del equilibrio ácido-básico en el período neonatal*». Encontró un grado variable de acidosis metabólica en los recién nacidos afectados de atresia de esófago con fístula traqueo-esofágica.

SIMPOSIO SOBRE CITOGENÉTICA.

F. H. ROBERTS: «*Contribución al estudio de los cromosomas en Pediatría*».

D. G. HARDEN: «*Anormalidades cromosómicas sexuales*».

P. A. JACOBS: «*Anormalidades autosómicas*».

W. M. COURT-BROWN: «*Estudios de las anomalías cromosómicas en las enfermedades*».

Creemos merecen mención los siguientes puntos:

1. Gran incidencia de las anomalías cromosómicas —1/100 de recién nacidos—.

2. Identificación de los cromosomas sexuales por medio de estudios autorradiográficos.

3. La relación del cuerpo de Barr, «*drumsticks*» (cromatina sexual) y el cromosoma. El número de cuerpos de Barr es igual al número de cromosomas X menos uno.

4. Se admite que el cromosoma Y contiene genes para el desarrollo de los testículos.

5. Influencia de la fórmula cromosómica sexual en el fenotipo. Por ejemplo, la talla corta depende de la monosomía del cromosoma X.

6. Las superhembras (XXX) pueden presentar un fenotipo normal, no son estériles y generalmente presentan un ligero retraso mental.

7. Importancia de la edad materna en el mongolismo y en las gonosomopatías.

8. Intentos, infructuosos hasta hoy, de trazar un mapa cromosómico.

SEMINARIOS ACERCA DE LOS RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DEL REFLUJO URETERAL, DE LA QUIMIOTERAPIA DE LOS TUMORES MALIGNOS, DEL SEUDO-HIRSCHPRUNG Y DE LAS ENFERMEDADES QUIRÚRGICAS DE LOS LINFÁTICOS.

Como estos seminarios eran simultáneos sólo pudimos asistir al segundo —al primero asistió MARTÍNEZ MORA y al tercero AGRA CADARSO— en el cual actuaban KIRKLAND, PICKETT y RICKHAM, DORMAN, SINGER y KEIDAN. En realidad se habló de todos los métodos de tratamiento, aunque fundamentalmente de la quimioterapia, y se presentaron estadísticas. En relación con los neuroblastomas, KOOP sigue creyendo en el efecto beneficioso de la resección parcial y afirma que en la evolución de estos tumores está la clave que nos permitirá mejorar el pronóstico de otras neoplasias. Le dijimos que en 1953, operamos a una niña en la cual durante la intervención lesionamos la porta (por dos veces) y el colédoco, y que es posible que esta niña no viviera en la actualidad si hubiéramos efectuado una resección parcial. Contestó con un lacónico: podría ser. De lo expuesto en dicho seminario consideramos de mayor interés lo siguiente:

1. La actinomicina D, de gran utilidad en el nefroblastoma, es menos tóxica (con preparados farmacológicos anteriores, la toxicidad era tan grande que estuvo a punto de ser retirada del mercado).

2. Se buscan sustancias para neutralizar su acción tóxica, sin resultado eficaz por ahora.

3. Se tiende a incrementar la dosis de actinomicina D y a prescindir de la radioterapia, especialmente en niños menores de un año.

Se llegó a decir que debe administrarse la máxima dosis que resista el paciente, repitiéndola por supuesto, según las características del caso, durante 3-11 semanas (de 90 a 125 microgramos por kilo durante 5 a 8 días, podría ser la dosis apropiada).

4. La acción beneficiosa de la vitamina B₁₂ en el neuroblastoma, acción sobre la cual tanto había insistido BODIAN, no ha sido demos-



trada de un modo irrefutable dada la evolución espontáneamente favorable de este tumor en algunos casos. La mayoría y especialmente los británicos, recomendaban su empleo.

5. Que la asociación de cirugía, radiaciones ionizantes y quimioterapia juiciosamente combinadas, han permitido una mejoría extraordinaria en el pronóstico. En algunas estadísticas el porcentaje de curaciones en el nefroblastoma ha pasado de 47 a más de 80 (en 14 metástasis pulmonares bilaterales se han obtenido seis supervivencias).

SEMINARIO ACERCA DEL SEUDO-HIRSCHPRUNG.

EHRENPREIS, que fue el primero que propuso esta denominación, en casos desde un punto de vista clínico y radiológico idénticos a la enfermedad de HIRSCHPRUNG, pero sin aganglioniismo, admite la posibilidad de que el proceso sea neurógeno, pero de localización más central que los plexos intramurales. En el caso de EHRENPREIS, así como en uno de NIXON, no existía hipertrofia de la zona dilatada, y en dos casos de BILL y colaboradores se ignoran las características de la pared de dicha porción. En un caso de NIXON el paciente mejoró con una colostomía temporal. Como después del cierre de la misma, efectuada porque la pérdida de fluidos era excesiva, el niño estaba clínicamente curado, admite NIXON en este caso la parálisis funcional temporal del colon. EHRENPREIS lamenta que en su caso y en los dos de BILL y colaboradores se efectuó la restosigmoidectomía, lo que impide conocer la evolución espontánea del proceso. Menciona tres casos de SWENSON y RATHAUSER (1959) que clínica y radiológicamente parecían un HIRSCHPRUNG, pero no existía aganglioniismo y la hipertrofia de las capas musculares del segmento dilatado era evidente. Estos autores califican estos tres casos como dilatación segmentaria del colon. A nosotros nos parece que estos casos tendrían de denominarse «pseudo-Hirschprung», y en cambio la denominación de «dilatación segmentaria» cuadra mucho mejor en los casos de EHRENPREIS y NIXON en los cuales no existía hipertrofia de la pared.

NIXON cree que el término de «pseudo-Hirschprung» se presta a confusión con otros procesos, a saber:

El megarrecto.

La constipación congénita.

La inmadurez, la prematuridad.

El síndrome de tapón meconial (*meconial plug de Zachary*) que provoca una oclusión en el recién nacido.

El síndrome de tapón fecal (*fecal plug*) que daría una oclusión un poco más tardía.

La dilatación segmentaria del colon (SWENSON y RATHAUSER, 1959).



El megacolon adquirido de la edad adulta (enfermedad de CHAGAS) que podía igualmente observarse en el niño (EHRENPREIS).

NIXON insiste en que si la denominación es inadecuada, la enfermedad indudablemente existe y él ha observado tres casos. Dos murieron a pesar de una derivación (colostomía en un caso, e ileostomía en el otro). El tercer caso que sobrevivió, corresponde al calificado como parálisis funcional del colon y citado por EHRENPREIS en el Congreso anterior de la B.A.P.S.

A. KATZ comentó la enfermedad de pseudo-Hirschprung en los niños bantús.

R. PACÉS y B. DUHAMEL afirman que la enfermedad de Hirschprung pertenece a un grupo más extenso que titulan «fallo congénito en la propulsión cólica». Han observado movimientos antiperistálticos en dos casos en los cuales no se había resecado el segmento excluido ni cerrado la colostomía. Estos movimientos antiperistálticos daban lugar a que la defecación se efectuara por la colostomía y no por el ano.

B. SPENCER comentó los aspectos histológicos de las etapas de desarrollo de las células ganglionares y que en los prematuros podían encontrarse células inmaduras.

J. BENTLEY y B. DUHAMEL se ocuparon ambos de la esfinterectomía, de la técnica empleada —que diferían poco— y de los resultados terapéuticos. Consideramos de gran interés la aportación de DUHAMEL a dicho seminario. En 21 casos de megacolon idiopático ha encontrado 18 con alteraciones histológicas en el esfínter interno, y en 8 de estos últimos la histopatología era idéntica a la observada en los casos de estenosis anal congénita o de ano ectópico. Ya en 1950, escribimos que la atresia rectal debería considerarse como el grado máximo de una alteración que sólo esbozada daría lugar al cuadro clínico de la enfermedad de Hirschprung. Por ello, se atreve a afirmar que quizás el megacolon idiopático no existe.

LISTER comentó la isquemia del recto fetal en la patogenia de las deficiencias ganglionares intrínsecas. Ha encontrado hematomas de dicha pared en algún caso de aganglionismo.

SEMINARIO SOBRE RESULTADOS DE LAS OPERACIONES EN EL REFLUJO URETERAL.

N. ERICSSON desarrolló el tema «¿Cuándo la eliminación de la obstrucción vesical es suficiente para tratar el reflujo?». M. BETTEX comentó los métodos operatorios de prevención del reflujo.

K. V. PARKKULAINEN se ocupó de la obstrucción ureteral posoperatoria después de la prevención del reflujo.

J. E. S. SCOTT desarrolló el tema «¿La corrección satisfactoria del reflujo previene la infección ulterior y detiene el proceso pielonefritico?». Existía casi el unánime acuerdo respecto a que el reflujo debe en prin-



cipio tratarse con antibióticos. Cuando no ceda con dicho tratamiento, debe intervenir. Consideramos de extraordinario interés los resultados obtenidos por SCOTT. En su última serie, un 100 por ciento de resultados buenos, después de la reimplantación ureteral e intervención de BISCHOFF, simultáneamente.

D. T. CLOUD: «*Tratamiento de la achalasia del esófago en los niños*». Presentó diez casos de achalasia en niños de 2 a 10 años tratados quirúrgicamente. Un enfermo murió en el curso posoperatorio de un absceso cerebral. Los restantes estaban bien después de un período de dos años como mínimo. Personalmente nos llamó la atención que en ninguna de las radiografías presentadas había un evidente megaesófago, el cual hemos observado nosotros en dos casos; uno a los ocho meses y otro a los trece.

J. E. LEWIS: «*Rotación duodenal incompleta*». Puede existir con una completa rotación del colon, lo que puede conducir a errores diagnósticos.

C. D. BENSON y colaboradores: «*Aspectos metabólicos y quirúrgicos de la resección masiva del intestino delgado*». Ocho casos requirieron la extirpación de un 50 a un 80 por ciento de intestino. Estudian la reabsorción de hidratos de carbono, proteínas y grasas de estos niños, durante los últimos cinco años. Estudios de cinematografía permitieron determinar la duración del tránsito digestivo de estos enfermos en varios períodos después de la operación. Se estudia detalladamente el desarrollo de estos casos (diez enfermos, de los cuales viven nueve). La resección fue efectuada en seis casos por vólvulo (tres de ellos con perforación intrauterina).

K. SURUGA: «*Algunos problemas de la atresia intestinal*». Ha comprobado la existencia de alteraciones congénitas y adquiridas en el extremo proximal, y anomalías de la porción distal de la atresia y en el mesenterio.

C. E. KOOP: «*Pancreatectomía por hipoglucemia en la infancia*». El concepto de la recuperación espontánea con la edad ha dado lugar a un progresivo e irreversible retardo mental. Consideran que la pancreatectomía subtotal es un método seguro y efectivo, y debe efectuarse siempre que los esteroides no consigan mantener un nivel normal de la glucemia. En la primera intervención dejan la cabeza del páncreas; han conseguido así un 73 por ciento de curaciones. En algunos casos hay que efectuar secundariamente una resección más extensa y entonces los resultados ya no son tan favorables. Presentaron una película demostrativa de la evolución mental en un niño normal, en un niño intervenido a tiempo, y en otro en el cual no se realizó la intervención.

H. H. NIXON: «*Colostomía*». Comenta las complicaciones de una serie de 129 colostomías. En los últimos tres años ha modificado la técnica dejando íntegra la pared posterior del colon en lugar de resec-

ción completa del mismo. Deja también por debajo del colon una tira de piel —colgajo triangular—. Aunque según la estadística de NIXON resulta evidente que los peligros de la colostomía disminuyen con esta técnica, creemos nosotros que tanto él como los otros cirujanos de Gran Bretaña prodigan excesivamente esta intervención. Especialmente encontramos injustificado el empleo sistemático de la colostomía en la atresia rectal alta, y en lo que se refiere a la enfermedad de Hirschprung las indicaciones de la misma creemos que son excepcionales, aunque algunas veces por desgracia es lo único que podemos hacer para salvar la vida del enfermo.

B. C. MORSON: «*Poliposis juvenil del colon*». Cree que deben considerarse como hematomas y que no existe evidencia de que sea una afección precancerosa.

TH. EHRENPREIS: «*Resultados de la operación de Duhamel en la enfermedad de Hirschprung*». De 1959 a 1963 fueron intervenidos 30 casos. Un caso murió en el posoperatorio de oclusión intestinal y los otros 29 viven. Catorce de ellos sin ningún síntoma de la enfermedad y 15 con pequeñas perturbaciones de las funciones del intestino y/o de la vejiga (12 tienen incontinencia rectal, 3 incontinencia urinaria y 3 diarrea). Considera la operación de DUHAMEL como una intervención fácil y segura, aunque para emitir un juicio definitivo hay que esperar más tiempo.

S. P. RAWSON: «*Radiología en el diagnóstico de la intussusception*».

N. T. GRISCOM: «*Total opacificación del cuerpo*». Haciendo pielo grafías se ha observado la opacificación de otras vísceras en algunos niños pequeños: hígado, pared del intestino, así como masas abdominales anormales. Fueron comprobadas estas opacificaciones con una dosis de 2 cm./kg., pero fueron mucho más manifiestas con una dosis doble. En un caso de un hepatoma en un niño de 18 meses se comprobó un mosaico de zonas opacas con otras más claras. La autopsia demostró que estas últimas eran zonas de hemorragia focal y necrosis.

H. E. BEARMORE: «*Algunos conceptos en la etiología de la duplicación intestinal*». Expuso muy didácticamente las características diferenciales entre atresia y duplicación, considerando propias de la primera ser de aparición tardía, regresiva, destructiva y catablástica, y de la segunda la aparición precoz, progresiva, productiva y anablástica. Presentó varios casos interesantes de duplicación, algunos de ellos del íleon con prolongación intratorácica y escoliosis manifiesta, estando el pulmón izquierdo comprimido por el derecho. Comentó con detalle la embriología de esta afección.

G. C. FRASER: «*Tratamiento quirúrgico de la hipertensión portal*». Expone una serie de pacientes intervenidos en el Great Ormond Street. Desde 1954 ha intervenido veintidós enfermos; dieciséis varones y seis hembras. Promedio de edad 3'5 años. En lo que se refiere al origen tiene interés que tres casos eran con certeza provocados por una sepsis

neonatorum (en dos casos más se sospechaba también este origen). Considera que no es fácil valorar los resultados de la operación, lo que puede inclinarnos a un optimismo exagerado.

J. D. ATWELL: «*Clearence del yodo radiactivo desde el sistema ventricular de niños con hidrocefalia como índice de la circulación del líquido cefalorraquídeo*». Se discuten las aplicaciones clónicas de este método, especialmente con referencia a la extracción de la válvula de Holter cuando su permanencia no tiene utilidad alguna.

J. A. HALLER y colaboradores: «*Efectos de la esplenectomía en el crecimiento e inmunidad de los ratones*». No observaron diferencias en el desarrollo ni en la tolerancia de los injertos de piel en los ratones normales y en los esplenectomizados.

M. M. RAVITCH: «*Deformidades poco frecuentes en la caja torácica*». Ausencia y deformidad de los cartílagos costales y ausencia del segmento posterior de las costillas. Presenta los esquemas operatorios de una ausencia de costillas, con las correspondientes escoliosis. Efectúa la resección de una costilla en el lado sano junto con una porción de la apófisis transversa. La costilla resecada la coloca como injerto para unir las dos contiguas a la ausente del otro lado.

L. VAN STOLK: «*Métodos modernos de la filmación médica*». El valor didáctico de estos films es evidentemente superior a la presencia junto a la sala de operaciones durante varias horas.

M. M. WOOLEY: «*Teratomas en la infancia*». Presentó sesenta y dos casos. Dieciséis de ovario, cuatro de testículo, uno solo de mediastino y otros de diversa localización. Excepto los de cerebro, tuvo buenos resultados a pesar de ser casi siempre malignos. Nos llamó la atención que solamente tuviera un caso localizado en el mediastino y ninguno pulmonar (nosotros hemos observado dos casos de esta última localización). Comentamos luego con él nuestras ideas acerca de los teratomas sacrocóxicos.

T. S. MORSE y colaboradores: «*Traumatismos renales en la infancia*». El más frecuente error en estos casos es subestimar la importancia del traumatismo debido a una inadecuada información diagnóstica. Revisan la historia clínica de setenta y un casos. Inmediatamente después del traumatismo efectúan una pielografía. Si ésta no es normal a las cuarenta y ocho horas efectúan una perfusión, y excepcionalmente la pielografía retrógrada. Han tenido que intervenir dieciocho casos. La conclusión fundamental de esta comunicación es que un mejor diagnóstico de las lesiones permite un tratamiento quirúrgico más precoz y más conservador.

T. C. CHISHOLM: «*Extrofía vesical*». Desde 1954 se efectúa primero una osteotomía iliaca por vía posterior y en un segundo tiempo se reconstruye la vejiga y el pubis. Se presentan los resultados anatómicos y funcionales con algunos fracasos. Una radiocinematografía de corto

metraje demostró normalidad de la micción en algunos casos. Insistió sobre la importancia de la movilización posoperatoria de la pelvis. Le preguntamos si consideraba que la intervención podía hacerse en un tiempo en periodo neonatal, como habíamos observado efectuaba el Profesor GOMAR, de Valencia, en algún caso. Nos contestó simplemente que ello le parecía posible.

J. C. MUSTARDE: «*Reconstrucción neonatal del canal espinal en las graves espinas bífidas*». Protege la medula mediante un canal osteomuscular espinal efectuando la intervención en las primeras horas después del nacimiento. No resulta necesario despegar la piel, ya que la pequeña herida cutánea que resta después de la plastia osteomuscular lo cubre con un injerto libre. Nos parece que su método con una buena liberación de la placa medular resulta muy interesante, aunque nos sobra la colocación de un injerto libre, ya que un pequeño despegamiento cutáneo después de la plastia osteomuscular permitiría obtener una fácil reparación. Fue muy interesante para nosotros el hecho de que él, como la mayoría de los cirujanos en Gran Bretaña, opera el mielomeningocele a ser posible el primer día de la vida, conducta que hemos efectuado siempre nosotros.

Terminado el Congreso, pasamos dos semanas visitando los Servicios de mayor interés en relación con la cirugía pediátrica. En Glasgow nos llamó la atención un obús con una cruz y un dispositivo para

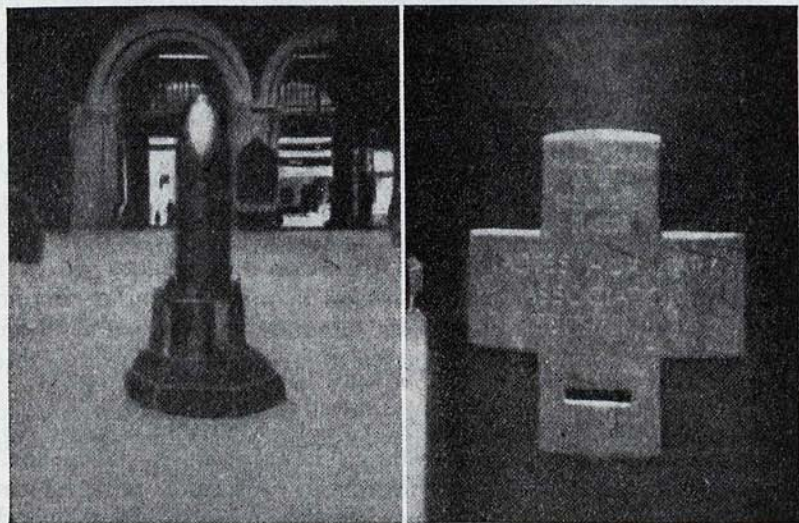


Fig. 1.

recaudar dinero para el Hospital de Niños de dicha ciudad, probablemente el más antiguo de Gran Bretaña (fig. 1). En dicho hospital fuimos cordialmente acogidos por DENNISON, Presidente de la B.A.P.S. Después de la intervención quirúrgica el niño permanecía en una habitación *ad hoc* hasta que se despertaba, y con la camita que era de ruedas se trasladaba al lugar que ocupaba en el hospital antes de ser intervenido. Lo original de la mencionada habitación era la decoración del techo, del que pendían como unas hojas de árbol metálicas para provocar efectos especiales y agradables en el niño al despertarse —como dijo BISMARCK: nada se puede hacer con el niño si no es jugando—. Me presentaron a la *nurse* que había dirigido la decoración del techo de la mencionada sala, que estaba muy satisfecha de los elogios de que era objeto. Vimos varios casos de hospitalismo con problemas análogos a los que observamos en el Instituto de Puericultura de la Casa Provincial de Maternidad de nuestra ciudad.

Luego pasamos a Liverpool, donde RICHAM había creado la primera unidad neonatal de Gran Bretaña. KINDEAN, consultor pediátrico, nos mostró leucemias tratadas con estroncio 90 y circulación extracorpórea. Tuvimos también ocasión de ver los problemas de ortopedia infantil que plantea el labio leporino y una sala de rehabilitación. En ésta había algún focomélico al que se colocaba cuanto antes en actitud erecta y mediante una prótesis especial se le hacía tocar un tambor sincrónicamente con una música, efectuando en esta forma un tratamiento posturofuncional que tenía en cuenta la educación —la palabra reeducación o rehabilitación no es adecuada en estos casos— desde los puntos de vista físico, psíquico y social. Asistimos a una sesión clínica presidida por I. FORSHALL. HAMILTON, del Servicio de KOOP, presentó los resultados obtenidos en el tratamiento de 249 atresias de esófago. El número de casos observados era mayor en el mes de abril que en los otros meses. Las supervivencias habían pasado del 17 al 92 por ciento. Si el recién nacido estaba en malas condiciones realizaba una gastrostomía, ligadura de la fístula y aspiración en la bolsa superior, efectuando la anastomosis tan pronto como lo permitía el estado del niño. Le preguntamos si había observado algún caso con las paredes de la bolsa superior igual o más delgadas que las de la inferior, como en una observación nuestra en la cual la bolsa superior era muy alta; contestó que era muy raro observar las características del caso que le habíamos expuesto.

Luego pasamos al Servicio de ZACARY, en Sheffield, uno de los Servicios mejor montados de Gran Bretaña. Comprobamos que en las atresias de recto altas efectúan una colostomía, aplazando para un tiempo ulterior la reparación definitiva por vía abdominoperineal, conducta con la que no estamos de acuerdo. Su conducta la fundamentan en el temor de lesionar los elevadores del ano. Si se trata de un abocamiento

anormal del recto en las vías urinarias efectúan lavados a través de la colostomía para evitar la infección de las mencionadas vías. También vimos alguna gastrostomía que nos pareció completamente inútil, pues la finalidad de la misma podía cumplirse con una intubación endodigestiva. ZACARY, como la mayoría de cirujanos de Gran Bretaña, dice que palpan la oliva pilórica en más de un 90 por ciento de casos.

En el Servicio de NIXON, en Londres, vimos la misma tendencia a practicar gastrostomías y colostomías a nuestro juicio en la mayoría de casos no indicadas. Encontramos muy interesante —a juzgar por los resultados que nos mostraron— el tratamiento de los grandes linfangiomas del cuello mediante una solución salina al 30 por ciento con lo que se consigue una disminución extraordinaria del tamaño de los mismos. También vimos en la visita un labio leporino operado en la primera semana de la vida; al preguntar a NIXON por qué se había operado tan precozmente, me contestó que la pregunta que había que hacer era, ¿por qué no se operan en el recién nacido?, puesto que él consideraba que el hacerlo permitía obtener muy buenos resultados. Como es lógico, estas palabras de NIXON, además de causarme sorpresa, me resultaron muy agradables, dado el criterio que tenemos desde hace varios años. Criterio que el empleo de una adecuada y precoz ortopedia en los maxilares, aún lo hacen más justificado.

Vimos un caso de operación de SWENSON efectuada seis meses antes con una enterocolitis acentuada, y un caso de operación de SOAVE con una estenosis manifiesta. Desde luego que NIXON considera la operación de DUHAMEL como la más adecuada ante los fracasos de otras técnicas. Ante esto a uno se le ocurre si no sería mejor empezar por la operación de DUHAMEL (como hacemos nosotros), en lugar de efectuarla ante el fracaso de otros procedimientos.

Probamos el «full time», lo que nos permitió darnos cuenta de las ventajas incommensurables que representa en lo que se refiere al rendimiento. Vimos intervenciones llamándonos la atención el que, por ejemplo, en una sesión operatoria se efectuaron dos esofagoscopias con anestesia general para dilatar la zona anastomótica de un caso que hacía tres meses había sido operado de atresia de esófago, y de otro que sólo hacía un mes.

Después de haber asistido al Congreso y de nuestra visita a los hospitales de la Gran Bretaña quisiéramos exponer unas conclusiones que por supuesto sólo representan nuestra opinión personal.

En Gran Bretaña son francamente inferiores a nosotros: Primero en lo que se refiere a edificios y a instalaciones (no hay nada en aquel país que pueda compararse a los hospitales infantiles de la Seguridad Social, de Madrid y de Barcelona, o al Hospital del Niño Jesús de la

Caja de Ahorros de Sabadell) *. Segundo, sólo existe una sociedad británica de cirugía pediátrica. En España tenemos dos; la que preside el Dr. GARRIDO LESTACHE y la Sección de Cirugía de la Asociación de Pediatras Españoles, cuyo primer Presidente fue PICAÑOL y el segundo el que suscribe.

Son en cambio superiores a nosotros: Primero, en rendimiento, por lo menos estadísticamente. Segundo, en sinceridad; me mostraron errores de cierta inportancia, por ejemplo, una traqueotomía efectuada en una atresia de esófago ya intervenida. Al parecer, al efectuar la mencionada traqueotomía se hizo nuevamente permeable la fístula traqueo-esofágica. Una atresia de duodeno que tuvieron que reoperar porque tenía una atresia de íleon que había pasado inadvertida.

A nuestro juicio son excesivamente dogmáticos —quizá ligado al hecho de que los británicos son muy amantes de la tradición— y excesivamente aficionados a las gastrostomías, yeyunostomías, ileostomías, y especialmente colostomías; la labor de equipo que efectúan es magnífica, pero sólo ahora parece que empiezan a enterarse de que en otros países de Europa conocen muy bien algunos problemas que ellos empezaron a solucionar; por ejemplo, en Liverpool se admiraron de que yo conociera los principios fundamentales de la ortopedia del maxilar en la fisura labiopalatina.

* Naturalmente que si sus hospitales hubieran sido destruidos por una guerra, como los de Alemania, tendrían probablemente algún edificio nuevo comparable a los nuestros mencionados.