16. GOSIN y BALLINGER: "Recurrent volvulus of the stomach. Report of a case with recurrence after simple descompression". Amer. J. Surg., 109, 1965, págs. 642-646.
17. GUERNSEY y CONNOLLY: "Acute complete gastric volvulus". Archives Surg., 86, 1963, págs. 423-429.
18. QUENU, J.: "Traité de Technique Chirurgicale", VI, Edit. Masson et Cie., Paris, 1955.
19. LAMBERT, citado por Quenu, J.
20. GREWE y KREMER: Atlas de Técnica Quirúrgica. Ed. Salvat, 1965.

Hospital de la Cruz Roja de Barcelona. Servicio de Cirugía (Director: Dr. D. LORENZO GARCÍA-TORNEL).

DISCUSIÓN

DR. MOLINS. — A su entender en el caso descrito no se trataba de un vólvulo completo, ya que en este caso no hubieran existido los copiosos vómitos que describe el comunicante. El estómago en el vólvulo total, sea cual sea su tipo anatómico, se halla cerrado por arriba y por abajo, y con ello es imposible la expulsión de su contenido líquido mediante el vómito.

En la revisión que efectuó de esta afección hace un tiempo pudo llegar a la conclusión de que la gastropexia no siempre va seguida de éxito, pues en muchos casos, al aflojarse la fijación del estómago, éste vuelve a volvularse. Cuando la víscera es de grandes dimensiones y flácida lo mejor es efectuar una gastroctomía, dejando un pequeño muñón de estómago con lo que con toda certeza se previene la recidiva de la complicación.

DR. PI-FIGUERAS. — La experiencia en esta complicación es escasa, por ello adquiere gran valor la comunicación presentada. Un caso personal suyo el vólvulo se presentaba asociado a una hernia diafragmática. Se solucionó ésta y el vólvulo no volvió a reproducirse.

Si bien es verdad que la gastregtomía es el único remedio para prevenir definitivamente esta complicación, en los casos en que ésta se presenta asociada a otro proceso, como una hernia diafragmática en el caso por él vivido, al tratar la causa primera se soluciona el vólvulo.

Responde el Dr. Mari. — Es posible que la torsión no alcanzara los 180° (lo que caracteriza al vólvulo completo), por lo menos de forma persistente. En el caso por él expuesto, y visto las malas condiciones del paciente creyó más oportuno efectuar una gastropexia que una gastrectomía. Además considera que en todo caso esta operación le parece excesiva como tratamiento del vólvulo gástrico.

RECONSTRUCCIONES URETRALES "A CIELO ABIERTO"

M. GRAS ARTERO

La dificultad que presenta la resolución de toda clase de lesiones y deformidades uretrales, se traduce en la gran cantidad de técnicas y modificaciones descritas.

Con la presentación de esta película pretendemos mostrar un proce-

dimiento que nos ha proporcionado muy buenos resultados en cinco casos de importantes secuelas en uretra. Tres de ellos traumáticos con reconstrucciones superiores a los 10 cm y los otros dos por complicaciones en el tratamiento de sus hipospadias respectivos. Creemos que conduce a mejores resultados con un tanto por ciento mayor de probabilidades que el descrito por CONVERSE en su libro si bien reconocemos que requiere una cierta preparación en los procedimientos empleados en cirugía plástica.

Aunque la idea fundamental no sea original, la indicación y técnica seguida, creemos que sí lo es.

Se basa en la completa extirpación de todas las lesiones y reconstrucción mediante injerto libre; este procedimiento descrito inicialmente por NOVÉ JOSSERAND fue actualizado por MC. INDOE en 1937 y posteriormente descritas una serie de modificaciones por gran cantidad de autores, entre las que caben destacar las de nuestros MIR y MIR y MIRABET.

El procedimiento descrito por MC. INDOE lo hemos modificado en lo que se refiere a tres puntos que consideramos de capital importancia: la eliminación de los sondajes repetidos, no derivar las orinas en ningún caso e intentar paliar o suprimir las complicaciones de la erección mediante una semi-hibernación y cuyos detalles fueron objeto de un trabajo anterior publicado en Anales de Medicina (Sección Cirugía) de noviembre de 1962.

En el caso presentado en esta película, el resultado poco afortunado del tratamiento de un hipospadias peneoescrotal provocó la formación de un divertículo, y una estenosis importante a continuación; al propio tiempo el glande se mantenía imperforado.

El tratamiento se llevó a cabo en dos tiempos: en el primero se extirpó el divertículo, la porción estenosada de uretra y se tunelizó el glande; a continuación se formó una uretra mediante un injerto libre sobre una bujía del calibre 20. En un segundo tiempo practicado al cabo de ocho meses se procedió a la anastomosis del meato hipospádico con la neouretra.

Los cursos postoperatorios transcurrieron sin complicaciones y el resultado conseguido fue altamente satisfactorio.

Se proyectó una película sobre reconstrucciones uretrales "a cielo abierto".