



N.º 2896

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

DE LA

ÚLCERA CRÓNICA DEL DUODENO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

MARCELINO ARRIBILLAGA

Ex-practicante externo del Hospital San Roque (1908—9—1910)

Ex-practicante menor interno del Hospital Argerich (1911)

Ex-practicante menor interno del Hospital Rawson (1912)

Ex-practicante mayor interno del Hospital Rawson (1913)



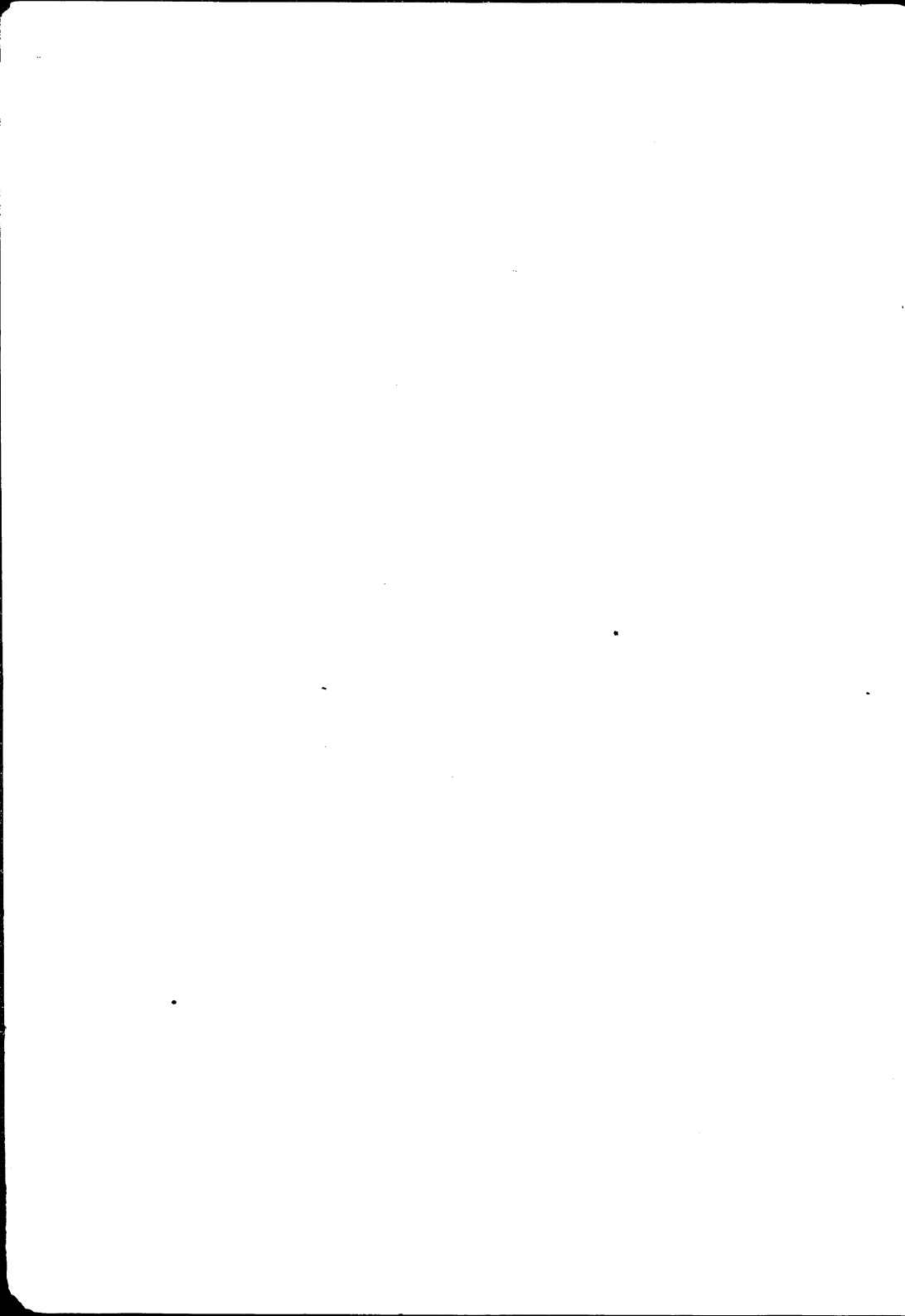
BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

845 — Junín — 863

1914

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
DE LA
ÚLCERA CRÓNICA DEL DUODENO



Año 1914

N.º 2896

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
DE LA
ÚLCERA CRÓNICA DEL DUODENO

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

MARCELINO ARRIBILLAGA

Ex-practicante externo del Hospital San Roque (1908—9—1910)

Ex-practicante menor interno del Hospital Argerich (1911)

Ex-practicante menor interno del Hospital Rawson (1912)

Ex-practicante mayor interno del Hospital Rawson (1913)


BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

845 — Junín — 863

1914

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice-Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

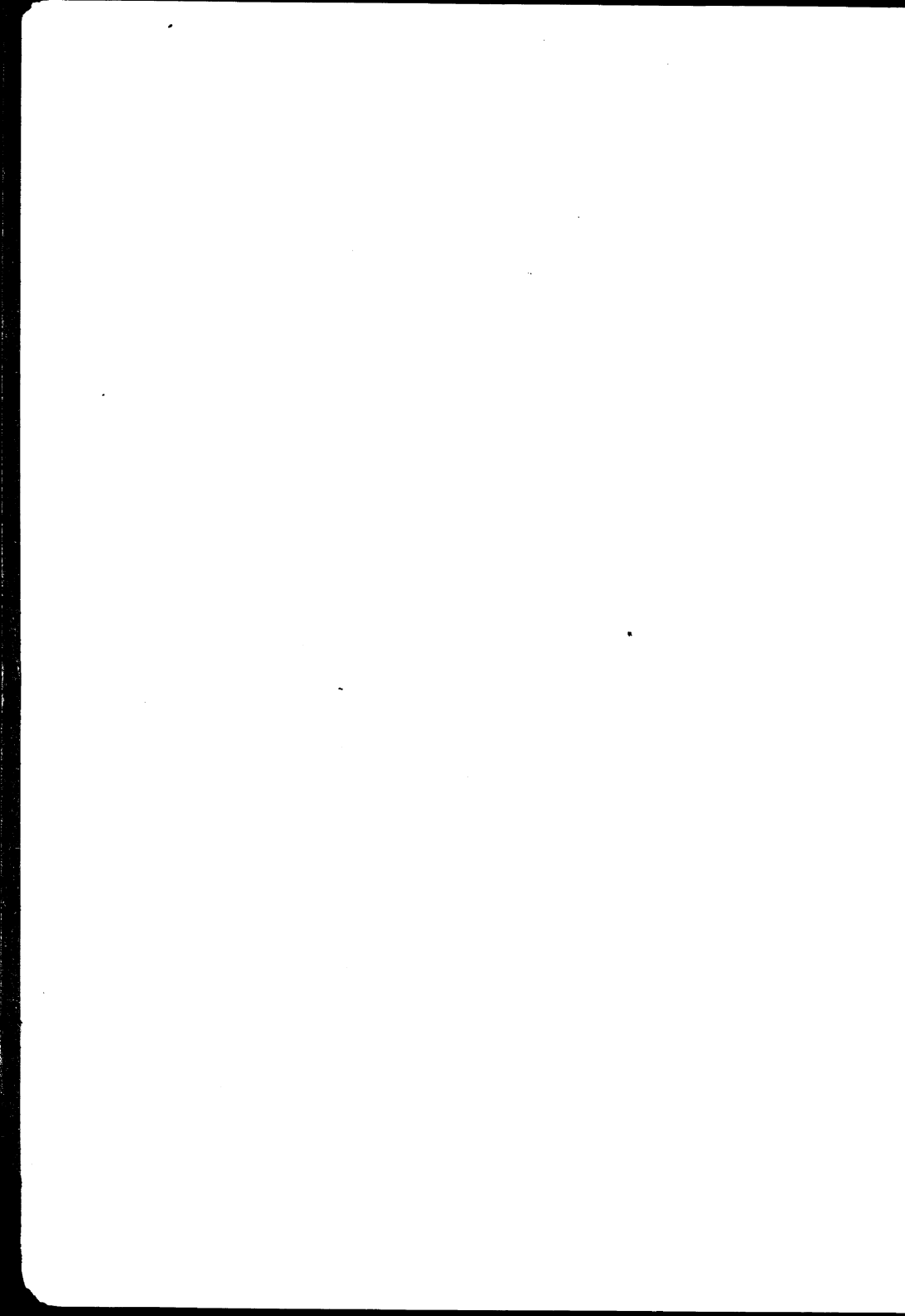
Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » EUFEMIO UBALLES
3. » » PEDRO N. ARATA
4. » » ROBERTO WERNICKE
5. » » PEDRO LAGLEYZE
6. » » JOSÉ PENNA
7. » » LUIS GÜEMES
8. » » ELISEO CANTÓN
9. » » ENRIQUE BAZTERRICA
10. » » ANTONIO C. GANDOLFO
11. » » DANIEL J. CRANWELL
12. » » HORACIO G. PIÑERO
13. » » JUAN A. BOERI
14. » » ANGEL GALLARDO
15. » » CARLOS MALBRAN
16. » » M. HERRERA VEGAS
17. » » ANGEL M. CENTENO
18. » » DIÓGENES DECOUD
19. » » BALDOMERO SOMMER
20. » » FRANCISCO A. SICARDI
21. » » DESIDERIO F. DAVEL
22. » » DOMINGO CABRED
23. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

» » G. ARAOZ ALFARO

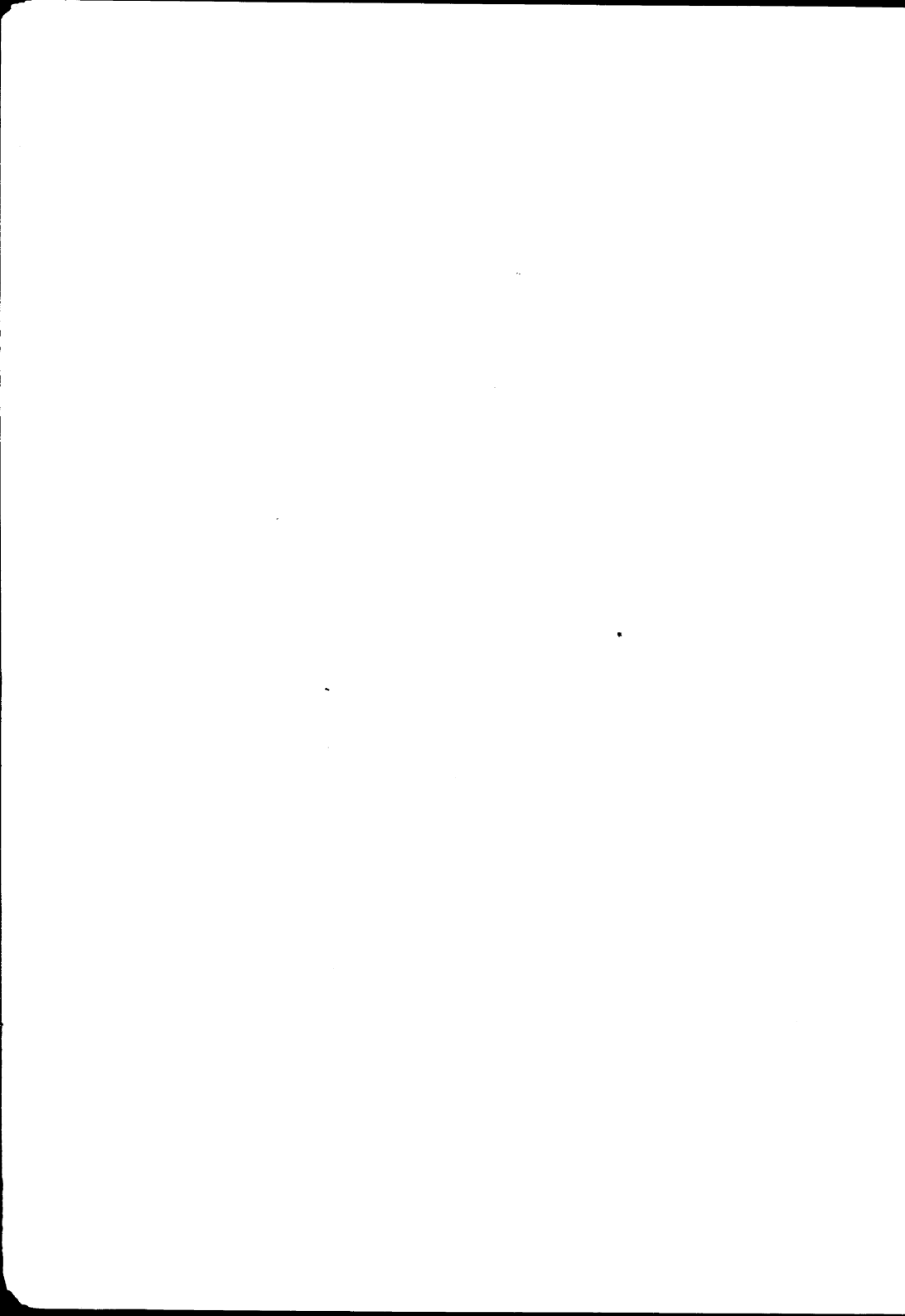


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

DR. D. PEDRO LACAVERA

Consejeros

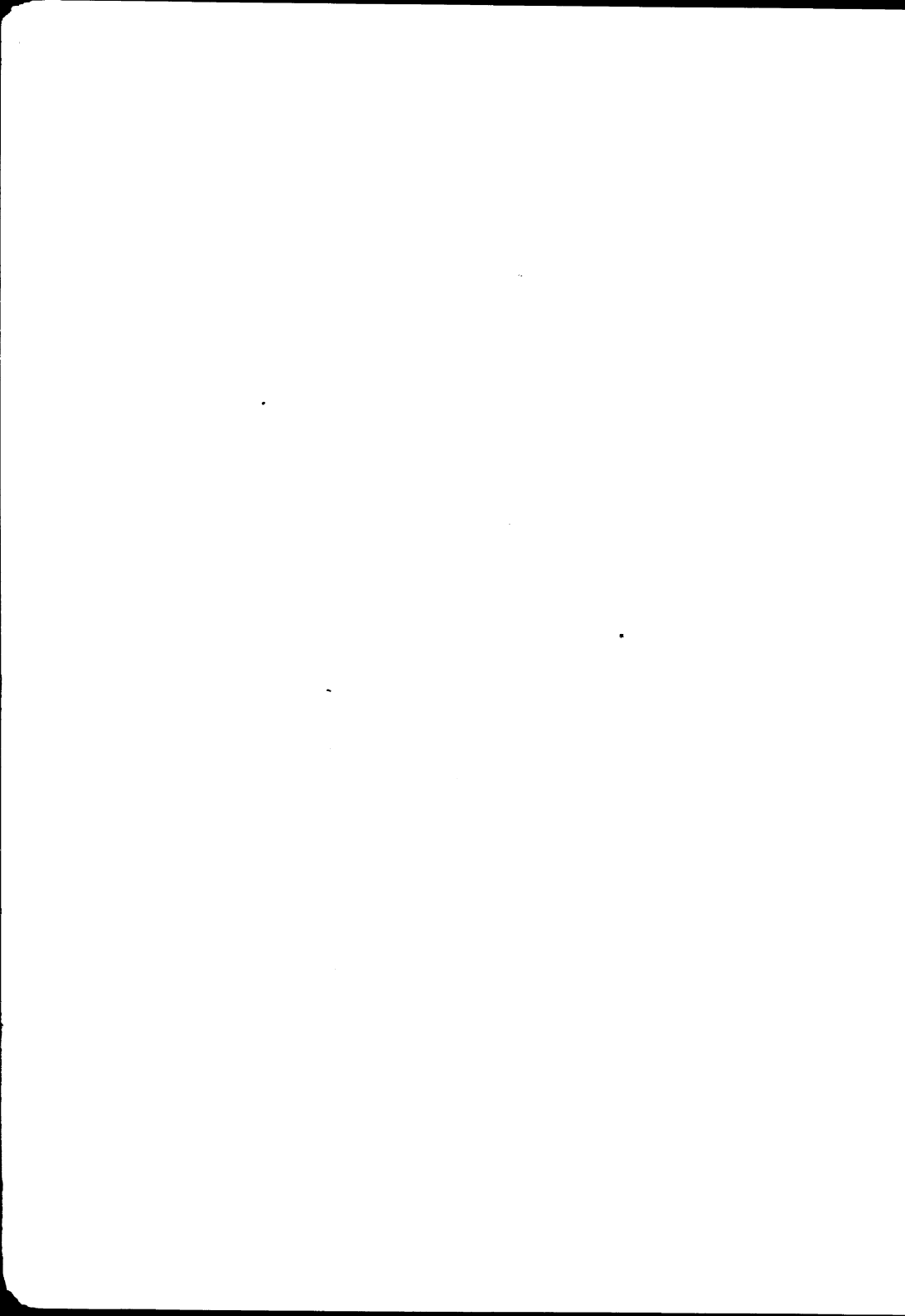
DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)

- » » FRANCISCO SICARDI
- » » TELÉMACO SUSINI
- » » NICASIO ETCHEPAREBORDA
- » » EDUARDO OBEJERO
- » » LUIS GÜEMES
- » » ENRIQUE HAZTERRICA
- » » JUAN A. BOERI (suplente)
- » » ENRIQUE ZÁRATE
- » » PEDRO LACAVERA
- » » ELISEO CANTÓN
- » » ANGEL M. CENTENO
- » » DOMINGO CABRED
- » » MARCIAL V. QUIROGA
- » » JOSÉ ARCE
- » » ABEL AYERZA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)

» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» J. T. BACA

» J. Z. ARCE

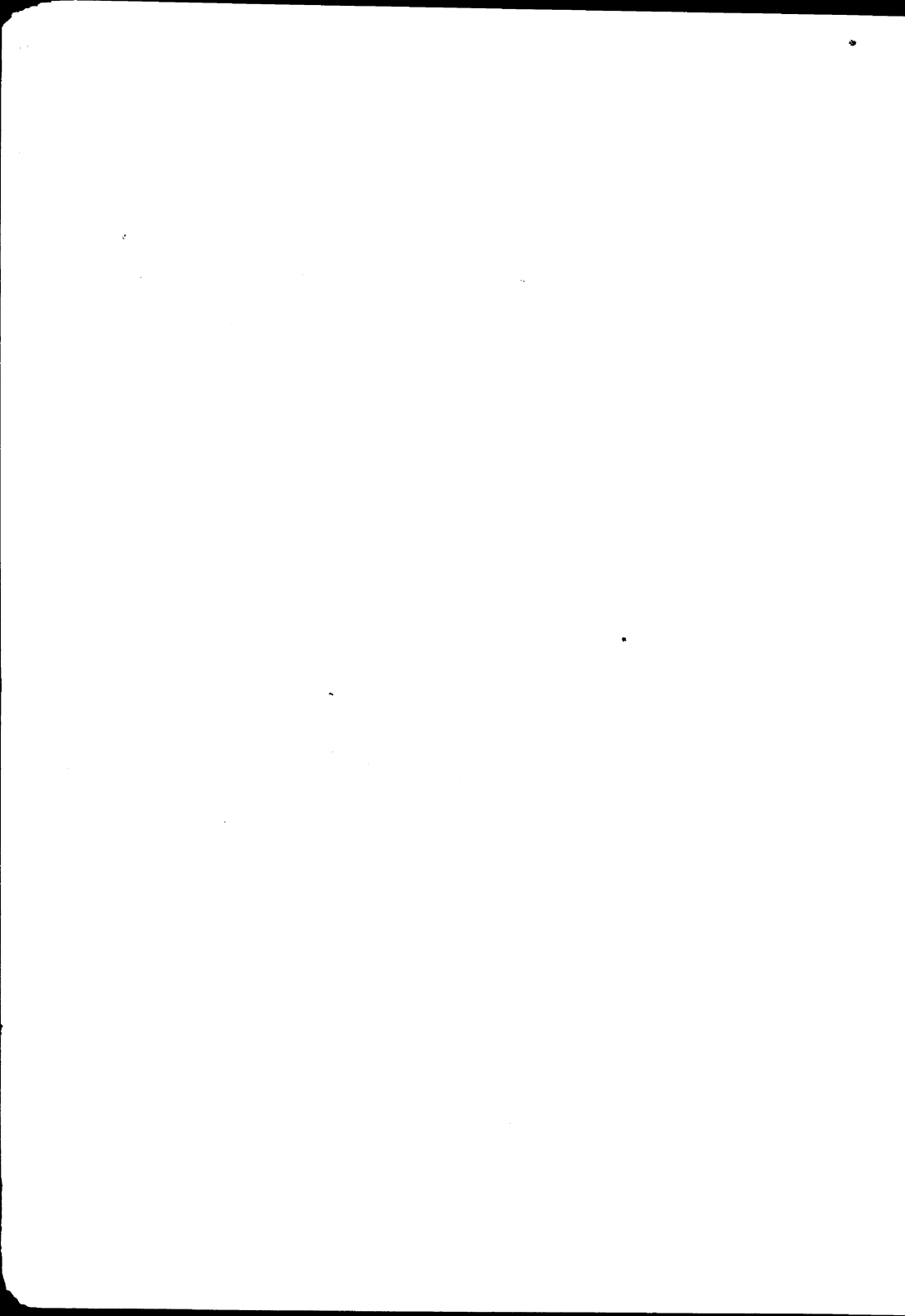
» P. N. ARATA

» F. DE VEYGA

» ELISEO CANTÓN

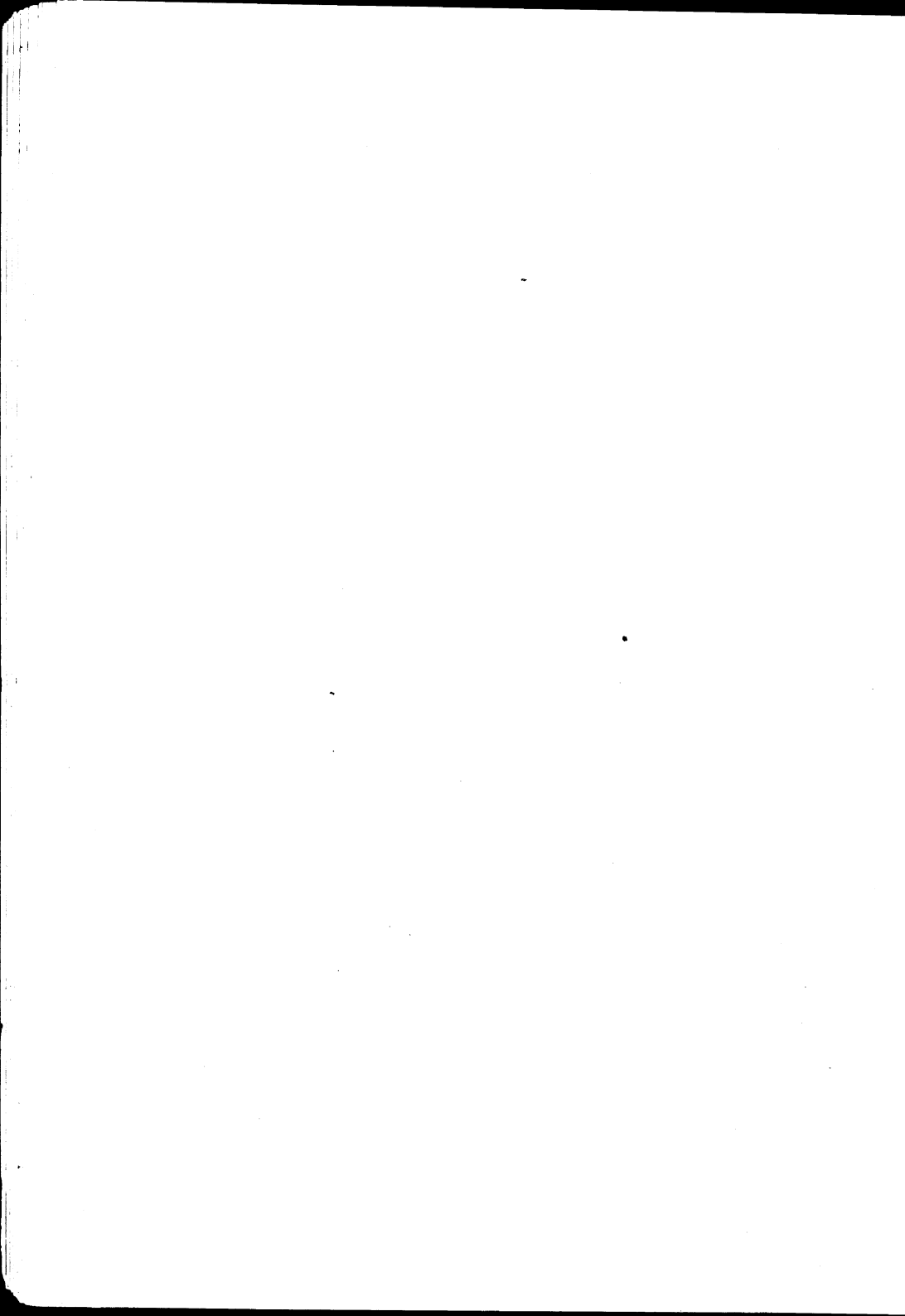
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANAÑA
Anatomía Descriptiva	» RICARDO S. GÓMEZ
	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU (interino)
	» JOSÉ ARCE (interino)
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana ..	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica ..	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada ...	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos {	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapia	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica .	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica ..	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Médica	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO VIÑAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA



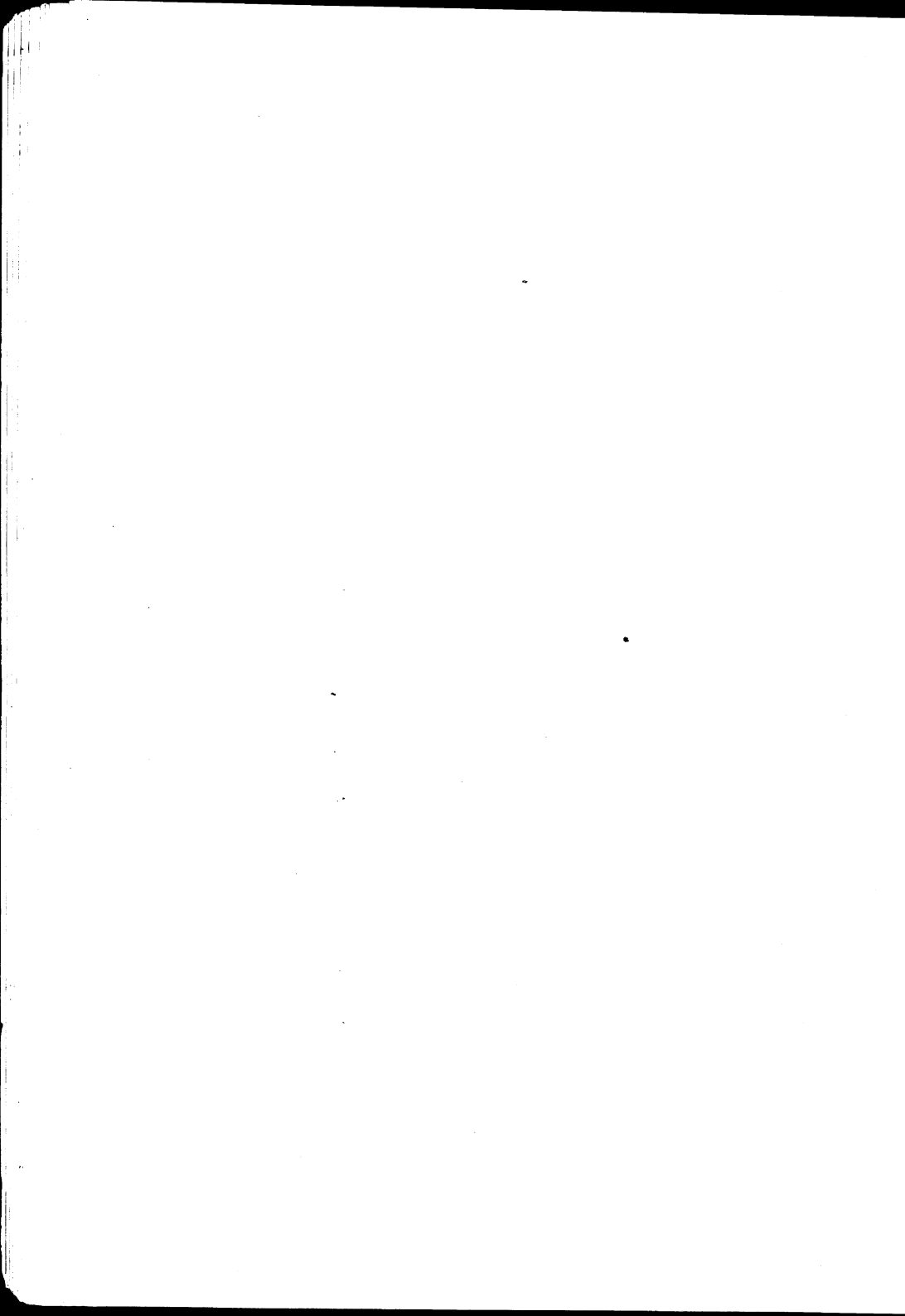
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GRENWAY
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	{ » JUAN CÁRLOS DELFINO
	{ » LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clinica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clinica Dermatog. Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica Neurológica.....	{ » JOSÉ R. SEMPRUN
	{ » MARIANO ALURRALDE
Clinica Psiquiátrica.....	{ » BENJAMÍN T. SOLARI
	{ » JOSÉ T. BORDA
Clinica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Clinica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clinica oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU (en ejer.)
Zoología médica.....	» GUILLERMO SEEBER
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Fisiología general y humana..	» FRANK L. SOLER
Higiene Médica.....	» FELIPE JUSTO
Semiología	» MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica	» CARLOS R. CIRIO
Materia Médica y Terapia.....	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Medicina Operatoria	» JOSÉ MORENO
Patología externa	» PEDRO CHUTRO
Clinica Dermat. ^a Sifilográfica..	» CARLOS ROBERTSON
	» NICOLÁS V. GRECO
» Génito-urinaria.....	» PEDRO L. BALIÑA
	» BERNARDINO MARAINI
Clinica Epidemiológica....	» JOAQUIN NIN POSADAS
	» FERNANDO R. TORRES
Patología interna.....	» PEDRO LABAQUI
	» LEÓNIDAS JORGE FACIO
Clinica Oftalmológica.....	» ENRIQUE DEMARÍA
	» ADOLFO NOCETTI
» oto rino-laringológica..	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE (en ejerc.)
» Quirúrgica.....	» ARMANDO MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» ROBERTO SOLÉ
	» LUIS AGOTE
	» JUAN JOSÉ VITÓN
» Médica.....	» PABLO MORSALINE
	» RAFAEL BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» M. R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» MANUEL A. SANTAS
» Pediátrica.....	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
» Ginecológica.....	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ (en ejerc.)
» Obstétrica.....	» ALBERTO PERALTA RAMOS »
	» FAUSTINO J. TRONGÉ
	» JUAN B. GONZALEZ
	» JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
Medicina Legal.....	» JOAQUIN V. GNECCO



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	» JUAN A. DOMINGUEZ
Física farmacéutica.....	JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica.....	{ » PASCUAL CORTI » RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas ..	
Física farmacéutica.....	DR OSCAR MIALOCK (en ejerc.)
Química orgánica	» TOMÁS J. RUMÍ
Química analítica.....	» PEDRO J. MÉSIGOS
Química inorgánica.....	» JUAN A. SÁNCHEZ
	» ANGEL SABATINI

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	{ DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	
	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	{ DR. UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	
	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1 ^{er} año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2 ^o año.....	» LEON PEREYRA
3 ^{er} año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO GUARDO

Asignaturas: Catedrático sustituto

DR. ALEJANDRO CABANNE

PADRINO DE TESIS

DR. ENRIQUE FINOCHIETTO

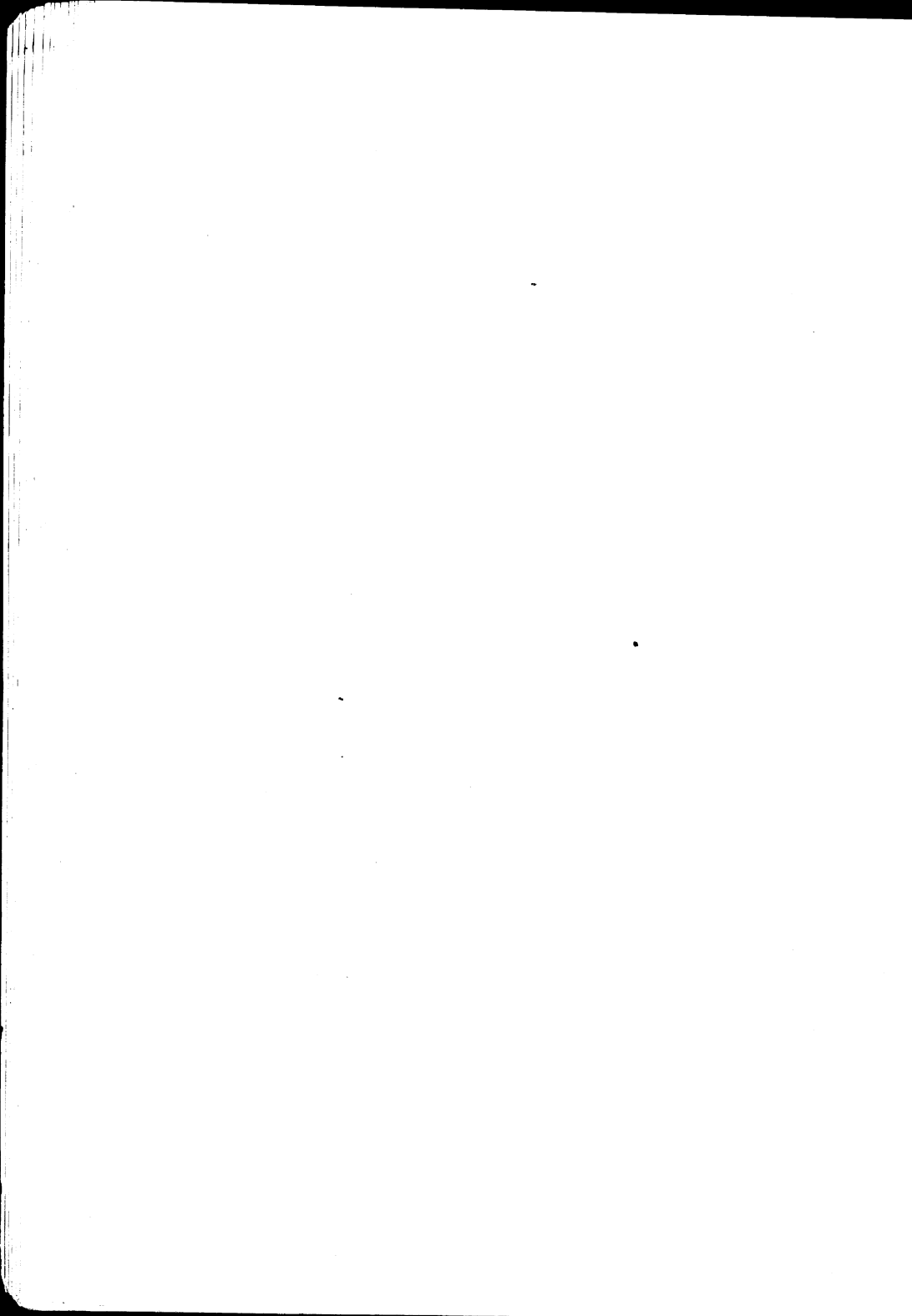
Jefe de la Sala VIII de Cirugía del Hospital Rawson

A LA MEMORIA DE MIS PADRES

A MIS HERMANOS

AL DR. ENRIQUE FINOCHIETTO

quien mucho me honra como padrino de tesis, ofrezco mi más íntima gratitud por sus sabias enseñanzas y por sus delicadas atenciones y mi admiración por el cirujano y por el maestro.



AL DR. JULIO MENDEZ

Veneración al maestro

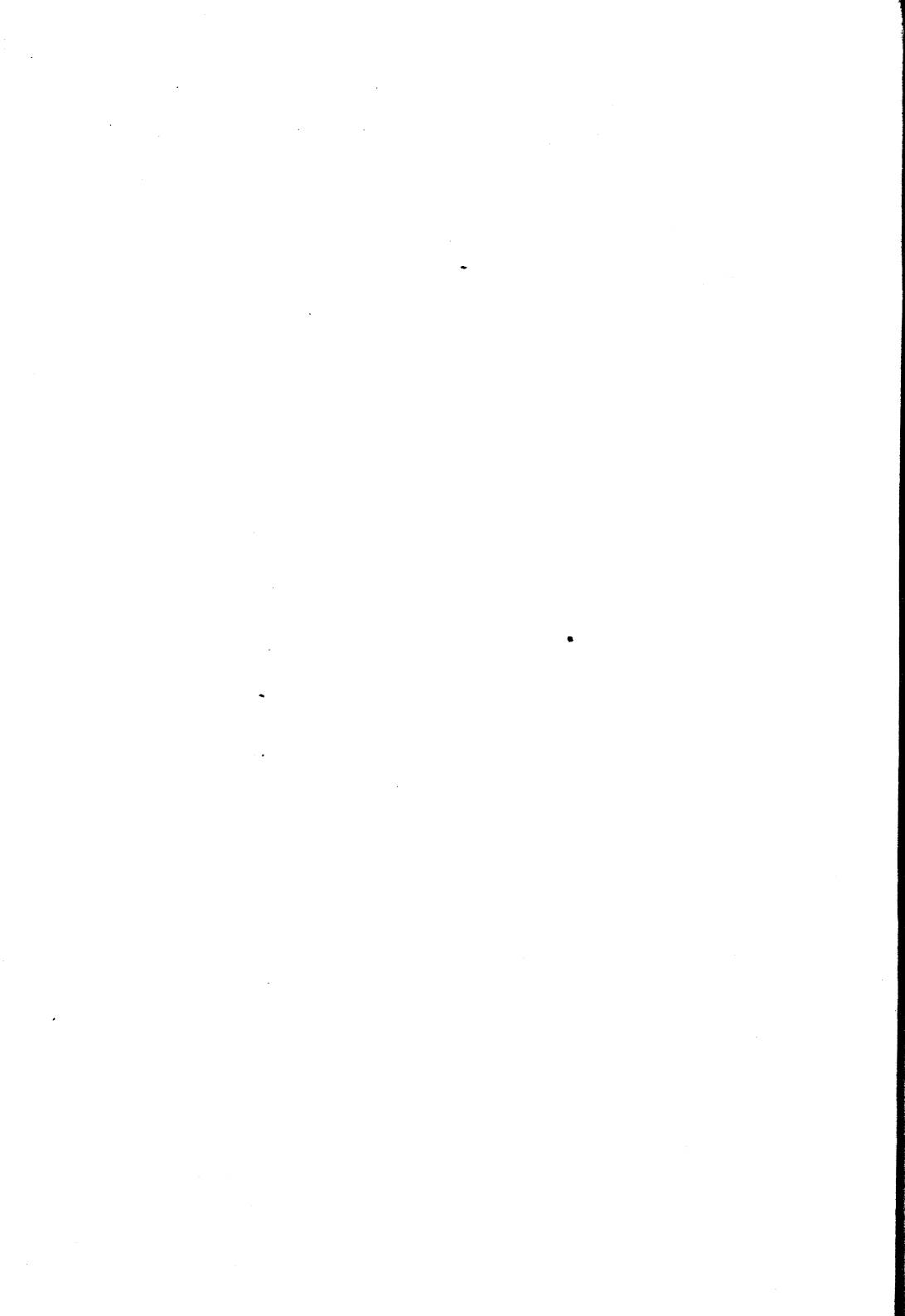
A LOS DOCTORES

DAVID F. PRANDO

RODOLFO E. PASMÁN

RICARDO FINOCHIETTO

*Agradezco la gentileza con que me han cedido sus respectivas
observaciones de úlcera duodenal.*

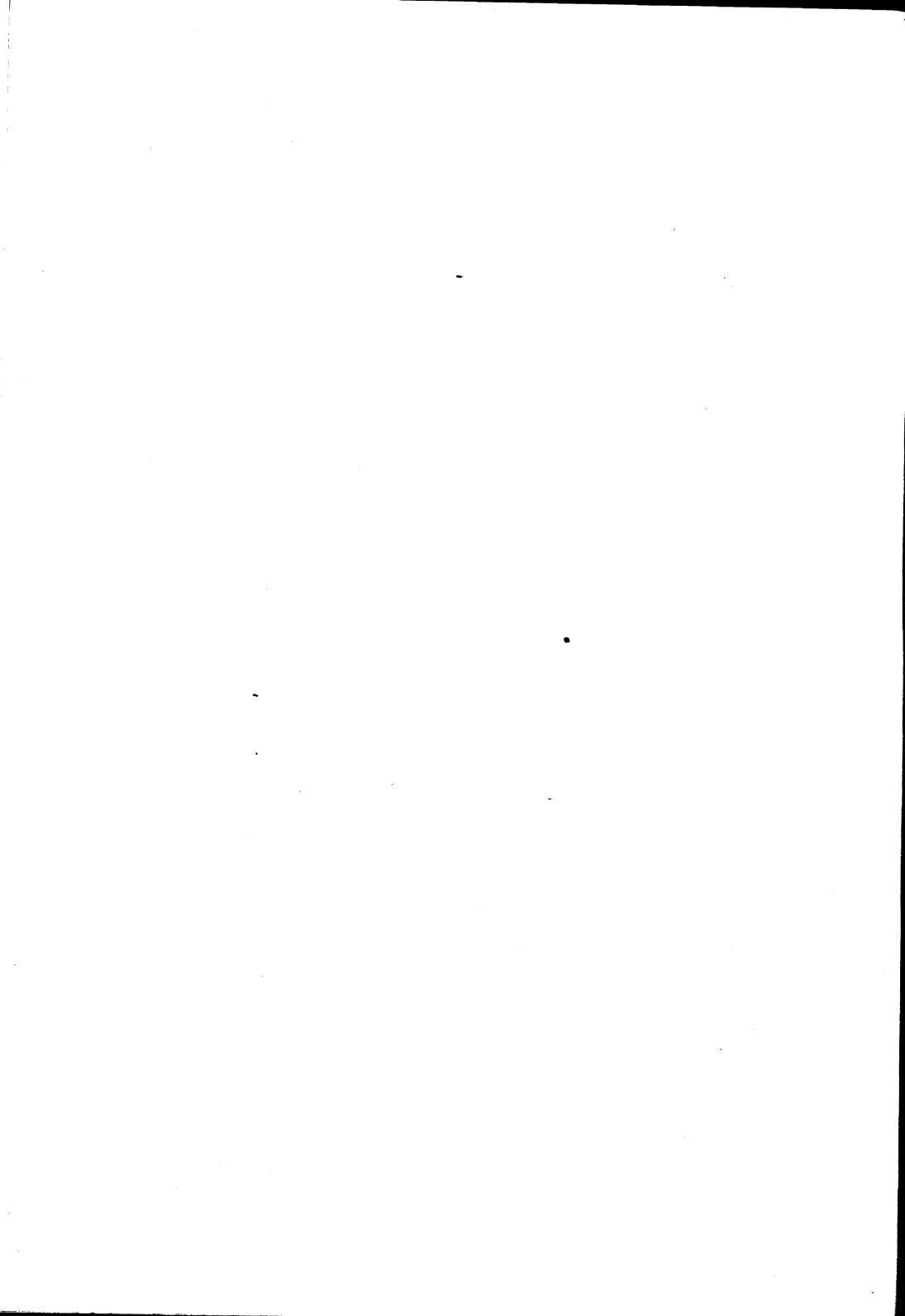


A LOS MÉDICOS DEL HOSPITAL RAWSON

A MIS COMPAÑEROS DE INTERNADO DE HOSPITAL

y particularmente

AL Dr. JUAN MARÍA BLANCO SPANGENBERG



A LOS MIOS Y A MIS AMIGOS

INTRODUCCIÓN

Al iniciar nuestro trabajo sobre tratamiento quirúrgico de la úlcera crónica del duodeno, queremos ante todo advertir que versará exclusivamente sobre el tratamiento de la úlcera simple, florida y sin complicaciones; las cuales, por sí solas ya y por su importancia, han originado muchas discusiones y amplios estudios sobre la conducta que se debe seguir en su tratamiento.

Nuestro trabajo constará de los siguientes capítulos:

Introducción.—Excisión é invaginación de la úlcera y duodenectomía parcial. —Gastroenterostomía.—Exclusión pilórica.—Pilorectomía, y en un último capítulo colocaremos las observaciones clínicas y algunas consideraciones, que nos permitiremos hacer al final de las historias sobre aquello que, en cada una de ellas, nos llame más la atención desde el punto de vista quirúrgico y finalmente terminaremos con un breve apéndice.

Queremos anticipar también que seremos sumamente

breves en nuestra exposición sobre los tópicos de excisión é invaginación de la úlcera y de resección segmentaria del duodeno.

Establecido ya el diagnóstico preciso de úlcera del duodeno: ¿cuál será la actitud del cirujano ante el enfermo y al considerar el tratamiento que se le deba instituir?

Las múltiples opiniones vertidas en congresos, en comunicados y publicaciones de toda naturaleza, hacen comprender cuán difícil es orientarse definitivamente en cualquier sentido.

Las poderosas razones invocadas por los que indican la necesidad de establecer un tratamiento médico, en oposición á las temibles pruebas de los que se declaran inmediatamente intervencionistas y al lado de los argumentos de quienes adoptan un temperamento intermedio, nos ofrecen un laberinto de dudas, de afirmaciones categóricas y negativas rotundas que, por sus propias dificultades, resulta ser una complicadísima empresa, de la cual es difícil hallar una solución razonable tan siquiera.

Ante todo debemos distinguir la úlcera aguda y reciente de la úlcera crónica y recidivante. En efecto, la primera cura bien con el tratamiento médico y su curación puede ser definitiva; pero lo más á menudo, dice Pauchet, la úlcera recidiva y se hace crónica y entonces

es indispensable la operación para librar al enfermo de los riesgos de la hemorragia ó de la perforación, ó porque su enfermedad le impide continuar una vida normal y le precipita hacia una vejez prematura y á más, porque el tratamiento quirúrgico, en manos de un cirujano experto en operaciones gastro-intestinales, no es tan temible.

Ricard y Pauchet, en el Congreso de Cirugía de 1910, en París, dicen que, una vez hecho el diagnóstico preciso de úlcera simple del duodeno, es necesario actuar quirúrgicamente y para apoyar su afirmación dicen, que el tratamiento médico está lejos de asegurar la curación; que el enfermo no deja de ser un achacoso con disturbios digestivos continuos y bajo la severidad de un régimen debilitante, cuya menor infracción reproduce las crisis con todo su séquito y que ni siquiera el tratamiento médico preserva á los pacientes de las terribles complicaciones de las úlceras, desde que, «ningún tratamiento médico, ni régimen, ni ninguna precaución pueden evitar la perforación de la úlcera, las hemorragias y la producción de una peritonitis», y terminan diciendo que, «el tratamiento quirúrgico es la única terapéutica aplicable á la úlcera simple del duodeno.»

Justamente, en el mismo sentido que Ricard y Pauchet, se han pronunciado y se pronuncian otros autores, quienes son partidarios de abandonar el tratamiento médico rápidamente é intervenir, y entre ellos Busch, quien estudia cinco úlceras del duodeno y observa el desastroso

resultado global, con dos muertos por perforación, uno por hemorragia y con un último enfermo, en quien los progresos de una caquexia hacían prever el final; Mendel con cuatro observaciones de funestas consecuencias y Melchior, quien afirma la ineficacia del tratamiento médico.

Contrariamente Mathieu (Enfermedades del estómago—1910) dice que, «si la mortalidad operatoria fuera nula ó casi tal, si se pudieran operar estos casos con un porcentaje de mortalidad insignificante, la indicación operatoria sería aceptada por todos los médicos.» Y Mickulicz dice por su parte que, «el rol del cirujano comienza en seguida que la terapéutica médica se ha mostrado de manifiesto insuficiente para detener la marcha de la enfermedad y que el paciente arriesga mucho más aguardando la curación natural de la enfermedad que poniéndose en las manos del cirujano».

Luis y Yagüe («España Médica», 1912) dicen que, el tratamiento debe ser, ante todo, tratamiento médico. Pablo Meulle, en su tesis de doctorado, concluye diciendo también que debe instituirse tratamiento médico en los casos de úlcera simple del duodeno y que, cuando éste fracase y sobrevengan complicaciones, se recurrirá entonces á la cirugía.

A nosotros nos parece desventajosa la opinión anterior y creemos mucho más prudente la conducta que se traza Moynihan, porque no opera jamás al primer ataque y ensaya el tratamiento médico durante la primera

crisis, ó en última instancia en la segunda y luego interviene y no espera, como dice Meulle, á que fracase el tratamiento ó que sobrevengan complicaciones; y porque el criterio de Moynihan sobre el asunto lo fundan razones capitales de anatomía patológica, diciendo que en el segundo ataque se encuentra ya una úlcera que ha invadido la capa muscular del duodeno y en los ataques siguientes la úlcera siempre ha tocado la serosa.

A propósito de la indicación de Moynihan, el Dr. Enrique Finochietto tiene una observación en su clientela particular (la cual citamos en la observación IX) y en la que el éxito coronó la operación con resultados magníficos sobre todos los síntomas y sobre una temible hemorragia que había debilitado mucho la enferma.

Se nos ocurre pensar también, que, este criterio de Moynihan en la decisión de la época de la intervención, es útil desde el punto de vista de la sencillez de la técnica, puesto que el cirujano no tropezará tan frecuentemente con la barrera interpuesta de múltiples y densas adherencias que, con seguridad, están en relación con la antigüedad del proceso ulceroso, el cual llegando á la serosa ha despertado una flegmasía de defensa en sus vecindades, como lo hemos observado en nuestras historias clínicas I, III, IV, etc.

Los hermanos Mayo son más conservadores aún y siempre han ensayado el tratamiento médico y recién operan cuando dicho tratamiento se ha mostrado, según su propio criterio, ineficaz.

En fin, observamos dos tendencias opuestas, bien marcadas en cuanto al momento indicado para operar. Un espíritu conservador que sostiene que, aunque se haga el diagnóstico de úlcera simple del duodeno, se debe instituir un severo tratamiento médico y que luego, al ver que no mejora tan siquiera el enfermo, recién entonces consiente que sea operado; y una tendencia radical, que se opone al criterio anterior, declarando la necesidad de la intervención sin dilación y, finalmente, hallamos tendida, como un guión, entre ambas opiniones la basada en el número de ataques por razones de anatomía patológica.

Ahora bien, preguntémonos: ¿La úlcera simple del duodeno evoluciona fatalmente hacia una ú otra de sus terribles complicaciones? ¿Un enfermo de úlcera del duodeno, á menos de no ser operado, está irremisiblemente condenado á perecer de hemorragia ó de peritonitis, ya por ulceración de un vaso, ya por perforación intestinal?

Podemos respondernos, que está definitivamente probado, que la úlcera del duodeno puede curar sin ser operada; que, según las estadísticas de Mayo-Robson, el porcentaje de la perforación sería 10 %, y que, según sus investigaciones, Codman ha hallado en autopsias más úlceras de lo que uno se imagina y muchas de ellas curadas, lo que contribuiría á dar un tanto por ciento muy inferior de perforaciones á los de Collin (69 %) y Oppenheimer (48 %). En cuanto á la hemorragia, se puede decir que todas las úlceras del duodeno sangran y que este síntoma se hace una complicación cuando, por su

abundancia, su repetición y su tenacidad, es una amenaza para la vida, y que las estadísticas son de alto porcentaje, pero no bien establecidas hasta la actualidad.

Luego, pues, nos parece que un criterio ecuaníme no se debe dejar arrastrar por esa corriente de pánico general, que hace á muchos cirujanos intervencionistas á todo trance, una vez establecido el diagnóstico de úlcera simple del duodeno y sin complicaciones, y que mucho debe pesar en el platillo de la balanza, para inclinar el fiel hacia uno ú otro lado, el resultado de un estudio prolijo del enfermo, de las condiciones de su estado general, de la evolución y marcha de la enfermedad, de las presunciones del estado local de las lesiones, de todo ese conjunto, ese cuadro general del paciente que permite hacer un pronóstico más ó menos seguro. Es éste el que debe regir las decisiones en la actualidad, mientras las investigaciones científicas no hayan dicho su última palabra sobre un criterio definitivamente adoptado para tratar un enfermo de úlcera del duodeno. Por estas razones, pues, nos parece que muy distinta debe ser la conducta de un cirujano entre un primer enfermo, en quien se hace un diagnóstico de úlcera del duodeno en los comienzos de la afección, en el cual aún se tiene el derecho de esperar beneficios del tratamiento médico, y entre un segundo enfermo, ya cansado de recorrer clínicas particulares y hospitalarias y harto de la esclavitud constante de regímenes y dietéticas alimenticias, que recurre á la cirugía como última esperanza de salvación, y en quien recién se hace un diagnóstico

preciso de úlcera duodenal. Finalmente, pues, será el criterio individual del cirujano, basado en el pronóstico del enfermo según un cúmulo de consideraciones, el que decidirá su conducta al establecer el tratamiento en un enfermo de úlcera del duodeno y no las pautas y leyes generales y especiales al respecto, que aún no existen.

Una vez la intervención decidida, ¿qué operación, qué método operatorio se empleará electivamente dado el caso?

Al recorrer los capítulos sucesivos sobre las distintas operaciones practicadas, nos iremos dando cuenta que, en definitiva, no está sino determinada la base fundamental del tratamiento quirúrgico de la úlcera del duodeno, y que todas las operaciones ideadas con tal objeto se disputan aún el derecho de la predilección, fundándose en múltiples argumentos, los que, hasta el presente, no han puesto nada en limpio, ni han aclarado el problema de la elección, según nuestra manera de ver.

La base del tratamiento quirúrgico de la úlcera del duodeno consiste en su reposo completo, relegando á la inactividad la parte del intestino ulcerado y evitando la acción del contacto irritante del contenido gástrico y del roce de los alimentos, procurando de este modo la cicatrización de la úlcera. Este es el objeto buscado al practicar la gastroenterostomía simple y la gastroenterostomía con exclusión del píloro, y son estos dos los métodos operatorios llamados indirectos.

Pero hay otras operaciones más radicales en su acción, desde que extirpan la lesión, ya sólo, como la excisión, ó bien acompañada de una zona mayor de tubo gastro-intestinal, como la resección segmentaria del duodeno y la pilorectomía, y éstas constituyen el grupo de los métodos operatorios denominados directos.

CAPÍTULO 1

**EXCISIÓN, INVAGINACIÓN DE LA ÚLCERA
Y DUODENECTOMÍA PARCIAL**

EXCISIÓN DE LA ÚLCERA

Esta operación fué practicada por primera vez por Czerny en el año 1887.

Aplicada al tratamiento de la úlcera duodenal, puede ejecutársela sola, lo que constituye la «*excisión simple*» ó bien combinada con una píloroplastia ó duodenoplastia, de las cuales la más conocida ó difundida sería la llamada operación de Finney y de la que daremos una sucinta descripción al final de este breve párrafo sobre excisión de la úlcera.

Este método de la extirpación de la úlcera tiene, en verdad, muy pocos partidarios y si se lo halla citado en la actualidad es, casi exclusivamente, para denegarle valor real y hacer resaltar sus peligros.

Cuando la úlcera está situada lejos del píloro y por consecuencia en un 5 % de los casos únicamente, dice Mayo que se puede practicar la excisión, pero agrega que es siempre preferible desviar el curso habitual de los alimentos y colocar la úlcera en reposo.

Por otra parte y en oposición á la indicación de intervenir extirpando la úlcera, está la observación que la úl-

cera del duodeno raramente sufre una metamorfosis maligna, siendo las más inclinadas á la degeneración cancerosa las úlceras callosas de este órgano, á los cuales aconseja Mayo operar, utilizando la operación de Rodman, es decir, la resección píloro-duodenal.

Para Moynihan, la excisión está indicada en muy pocos casos, desde que solamente puede practicársela cuando se tenga la plena certeza de no provocar un estrechamiento inmediato ó futuro de la luz intestinal, condición que raramente se hallará de un modo manifiesto. Más recientemente, Mayo ha declarado que la excisión simple ó asociada á las píloroplastias ó duodenoplastias, era una operación insuficiente. En 19 casos, donde la practicó, obtuvo resultados muy medíocres y en dos tuvo, para curar los enfermos, que intervenirlos de nuevo y hacer una gastro-yeyunostomía.

Igualmente ineficaz considera Melchior la excisión de la úlcera, porque acarrea estenosis consecutivas y porque pueden coexistir otras úlceras á veces, que dicha operación no extirpa y mantiene la opinión de los malos resultados de las píloro-duodenoplastias. Un reproche muy digno de tenerse en cuenta, dada su importancia, es el de la frecuencia de las úlceras múltiples, concomitantes, en una proporción de 8,2 %, según Moynihan, y que, por otra parte, no asientan siempre unas al lado de las otras. Esto expone al cirujano á desconocer la existencia de varias úlceras en el curso de la operación y á realizar una extirpación deficiente é incompleta.

La excisión, en sí, es una operación de una técnica larga, delicada y peligrosa á causa de la abundancia de vasos sanguíneos en la región y porque es muy fácil la contaminación del peritoneo. Renault le hace el reproche de crear una herida en el trayecto que sigue el contenido gástrico, que tarda en curar por la irritación continua causada por el contacto del jugo gástrico ácido y por el roce de los alimentos al pasar.

Pauchet, de Amiens, dice que la extirpación de la úlcera duodenal es dificultosa á causa de las relaciones anatómicas de la primera porción del duodeno y que es una operación grave, que aunque tenga sus justificativos cuando se trate de una úlcera gástrica con marcada tendencia á la degeneración neoplásica, no existe tal razón en cuanto á las úlceras duodenales.

A. Bier (*Deutsche Med. Wochenschrift*, 1912) dice también que la excisión de la úlcera no debe hacerse sino en presencia de severas indicaciones, porque el tejido duodenal es muy frágil.

Además existe siempre el peligro que se injerte, diremos, una nueva úlcera en la cicatriz de la excisión ó aún en los bordes de su herida suturada, sobre todo en esos enfermos en quienes una gran predisposición á las úlceras gástricas ó duodenales hace frecuente las recidivas, tal como el caso de la observación de Bier, quien vió en un enfermo, al que se reseca una úlcera de la cara anterior del estómago, una doble recidiva, requiriendo varias extirpaciones antes de su curación.

Por otra parte, la excisión para ser practicada requiere ciertas condiciones indispensables, como que se presente la úlcera en la cara anterior de la primera porción del duodeno, que sea de bordes bien netos y limitada por partes de tejidos bien sanos, que la úlcera sea pequeña y sin tendencia á la extensión y sobre manera que sea solitaria, condición esencial esta última, de la que nunca se puede estar seguro. Nos parece, pues, que tal método operatorio exige demasiadas condiciones y de tal naturaleza que difícilmente ningún cirujano se decidirá á emplearlo en la úlcera simple y sin complicaciones, fuera de algún caso muy especial de perforación ó hemorragia profusa y amenazadora.

La *excisión con duodenoplastia* fué propuesta por Ladevéze en 1900, en su tesis. Pero según él, esta intervención combinada requiere condiciones que no siempre las ofrecen los enfermos.

Estas condiciones serían: duodeno abordable y libre de adherencias muy vascularizadas ó muy abundantes; paredes duodenales no demasiado gruesas, maleables, móviles y sin vestigio de inflamaciones muy recientes; que las lesiones no se hayan extendido en demasía y sobre todo, que no haya coexistencia de lesiones cancerosas ó simplemente una lesión neoplásica incipiente.

A las mismas estrictas indicaciones sujetan la excisión Ricard y Pauchet en el Congreso de París de 1910 y la contraindican, cuando se trata de una úlcera grande, in-

durada y que ocupa, por ejemplo, la mitad de la circunferencia intestinal. Ellos, en el comunicado á dicho Congreso, también dan la técnica á emplear. En la excisión, la lesión es circumscripita, según los límites de su base, por dos incisiones que forman una elipse alargada y que seccionan todas las túnicas del intestino. Luego, al suturar la herida intestinal, colocan en medio de cada uno de los labios de la herida una pinza. Cada pinza tira en sentido inverso, de manera á transformar la brecha duodenal en una herida lineal, perpendicular al eje del intestino. De esta manera la sutura clásica en dos planos y continúa no retrae el calibre intestinal.

El empleo de la *gastroduodenoplastia de Finney* está indicado en ciertas excisiones de úlceras grandes, cuya extirpación ha dado una pérdida de pared intestinal tan vasta, que hace imposible una sutura siguiendo la línea de resección y es menester practicar una plástica gastro-duodenal que dé un píloro suficientemente amplio y un calibre intestinal apropiado.

En el caso de una úlcera duodenal consistiría la operación de Finney, una vez efectuada la extirpación de la úlcera, en prolongar con una sección á tijera cada extremidad de la herida losángica de resección, hacia el estómago y hacia el duodeno. De esto resulta una amplia herida que interesa conjuntamente la zona prepilórica, el píloro y la primera y una parte de la segunda porción del duodeno. Esta incisión se sutura luego transversalmente y siguiendo una línea vertical, que une primero las

dos mitades, entre sí, del labio posterior de la herida gastro-duodenal y luego las dos mitades, también entre sí, del labio anterior y de este modo queda un amplio orificio de comunicación entre el estómago y el duodeno.

Pasamos por alto la técnica minuciosamente descripta por el autor del procedimiento en 1902, y que se halla en el libro de Cirugía de Keen, así como la modificación de Gould, quien utiliza dos pinzas de compresión que coloca en el duodeno y en el estómago para hacer coprostasia y hemostasia.

La indicación más estricta de esta operación es la estenosis del píloro, debida á úlceras, ó á procesos cicatri- ciales. Su única contraindicación, según Finney y Friedenwald, consiste realmente en la imposibilidad, en ciertos casos, de movilizar la primera porción del duodeno fijada por numerosas adherencias muy compactas.

Entre las ventajas de esta operación, se halla la de practicar la resección de la úlcera si se creyera necesario, útil ó posible, como hemos visto, ó bien realizar la gastro-duodenoplastía sola, en caso contrario, y sin excindir la lesión ulcerosa.

LA INVAGINACIÓN

A la invaginación de la úlcera se le pueden hacer los mismos reproches que á la excisión. Sin embargo Wilms, quien no era partidario de la gastroenterostomía, practi- caba de preferencia la invaginación de las úlceras. Se-

gún él, como la úlcera duodenal se presenta generalmente bajo una forma menos indurada que la úlcera gástrica, su invaginación no ofrece dificultades, aún en la proximidad del píloro. Este procedimiento operatorio daría los mismos resultados que la excisión anteriormente descrita, porque el plegamiento del fondo de la úlcera y la sutura de este pliegue por arriba de ella, la harían invaginar en la luz intestinal, donde se necrosarían sus bordes y se efectuaría su propia digestión, obteniendo un resultado exactamente igual al que se obtiene con la excisión y con la ventaja enorme de una técnica sumamente sencilla, á la vez que una gran disminución de riesgos, desde que no es necesario abrir la luz del duodeno y exponerse á contaminar la cavidad peritoneal. Por lo demás, esta invaginación no sería un obstáculo para la circulación del intestino. Al respecto podemos decir cuántos resultados han obtenido con este método Moynihan y Mayo, combinándolo á la gastroenterostomía y realizando de este modo un procedimiento de exclusión del píloro que, aunque temporario, no ha dejado de ser feliz dando numerosos éxitos.

RESECCIÓN SEGMENTARIA DEL DUODENO

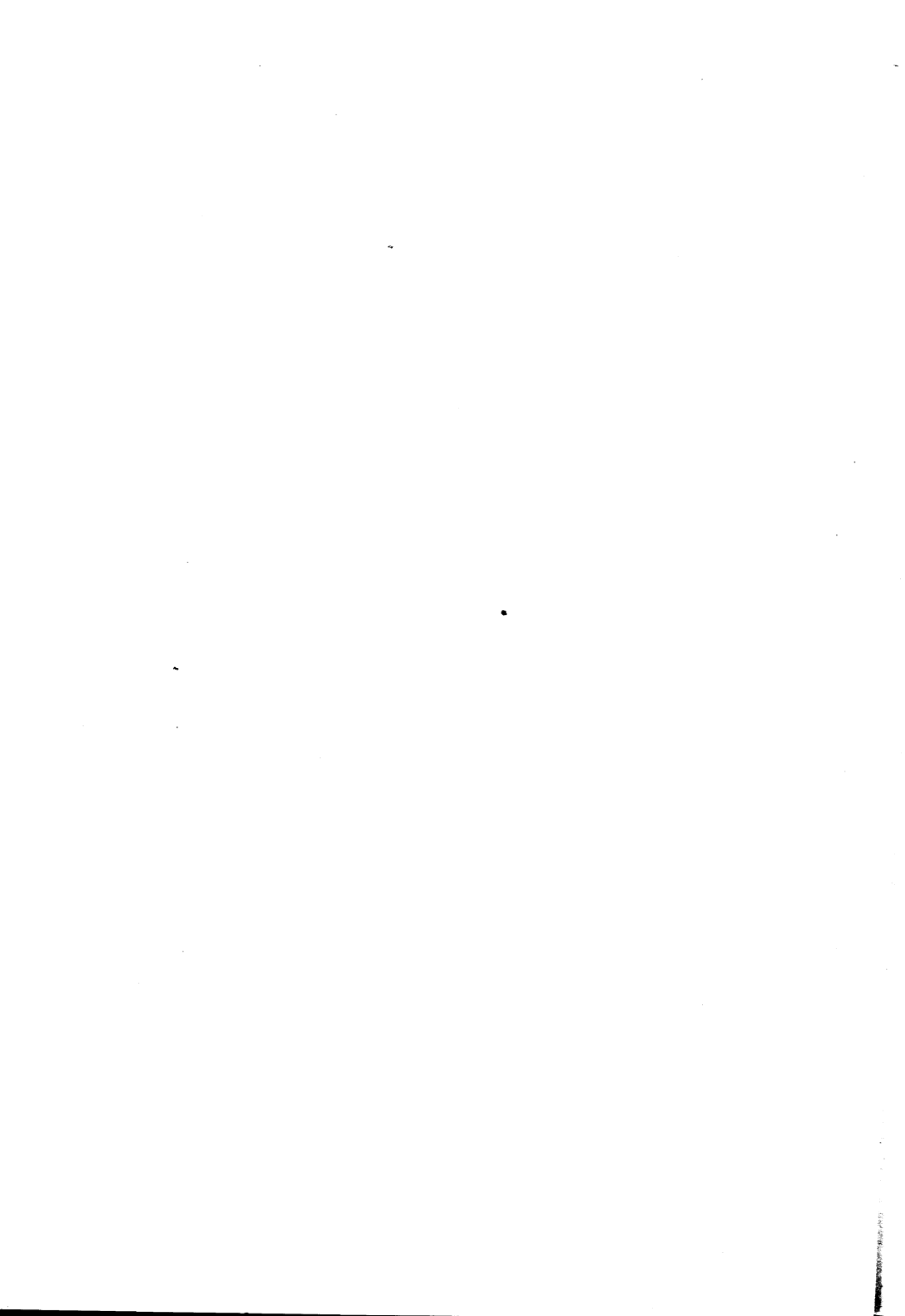
La resección de una porción del duodeno fué practicada una vez por Mayo en 1908, y dos veces por Moynihan, conservando el píloro con su esfínter. Sería su indicación la existencia de muchas úlceras yuxtapuestas,

pero es una interyención grave y da una mortalidad verdaderamente considerable que, según Küttner y Payer y sus estadísticas presentadas al Congreso Alemán de Cirugía de 1911, alcanzaría á un 10 %. Por esta razón es una intervención que la mayoría de los cirujanos rechaza.

Pauchet y Ricard, en su comunicación al Congreso de Cirugía sobre tratamiento quirúrgico de la úlcera duodenal, dan la técnica completa, empleada por Moynihan en la duodenectomía parcial. Héla aquí. Tiene varios tiempos operatorios: 1.º *Laparotomía*.—2.º *Liberación del cilindro duodenal*.—Con la aguja de Deschamps carga el operador separadamente el pequeño y gran epiplón, aísla un corto segmento de estos dos repliegues entre dos ligaduras de catgut y lo secciona, luego, carga los dos vasos que corren por los dos bordes duodenales y practica su ligadura en cuatro puntos, en las dos extremidades del segmento duodenal que va ser resecado.—3.º *Sección del cilindro duodenal*.—Cada extremidad del segmento á resecar es seccionado entre dos pinzas. La extremidad distal es suturada y bien ocluída.—4.º *Duodenostomía*.—La segunda porción del duodeno es llevada á la herida abdominal, y un clamp es aplicado verticalmente en ella, como si se fuera á hacer una gastroenterostomía, luego, la extremidad proximal del duodeno es tomada con una pinza, más allá del píloro, y es puesta en contacto con el asa duodenal é implantada en el duodeno con una sutura en dos planos.

CAPÍTULO II

GASTROENTEROSTOMÍA



HISTORIA DE LA GASTROENTEROSTOMÍA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ÚLCERA DUODENO

La gastroenterostomía es una de las operaciones que ha adquirido una difusión enorme, al par, que un grandioso éxito. En los treinta y tantos años de su existencia casi todos los cirujanos han contribuido á su estudio, ya creando nuevos procedimientos, ó ya divulgando perfecciones de la técnica operatoria.

Nace esta intervención en manos de Billroth en el año 1881, y en el 1884 Rydiger la realiza, en segundo término, en un enfermo afectado de úlcera del duodeno. Desde esta época comienza la historia de la gastroenterostomía en el tratamiento quirúrgico de dicha afección, y fué Rydiger, como hemos dicho, quien la practicó primero, operando un enfermo con diagnóstico de úlcera del píloro con estenosis consecutiva de la porción pilórica y dilatación estomacal, y hallóse, al explorar la cavidad abdominal, que la úlcera asentaba en el duodeno, un poco arriba de su primera curvatura. Indeciso, cerró el vientre y continuó haciendo á su enfermo un tratamiento médico. Forzosamente todo marchó en pésimas condiciones y fué,

como resultado definitivo, que el día 13 de Mayo del año 1884 le efectuó una gastroenterostomía y obtuvo una buena curación de su paciente.

Doyen relata cuatro casos de úlcera del duodeno tratados por gastroenterostomía. En dos realiza una gastroenterostomía posterior transmesocólica, en otro no menciona el procedimiento efectuado, y en el último hace una gastroenterostomía anterior. En sus cuatro casos obtiene como resultado final tres curaciones y una muerte en uno de los enfermos operados en malas condiciones, caquético y debilitado al extremo.

En 1893 Loche, en su tesis, trae, en su observación núm. XIII, el relato de un enfermo operado in extremis y muerto á las cuarenta y ocho horas, en el cual halló el píloro sano y una induración no neoplásica de la segunda porción del duodeno.

El año 1899 se señala por ser fecundo en observaciones de esta naturaleza. Codivilla publica cuatro casos de úlcera del duodeno tratados por gastroenterostomía; Berg relata también un caso con el mismo tratamiento; Rewitzow publica un caso operado por el procedimiento de Wölfler, y Pagenstecher, Pantaloni y Jaboulay exponen casos análogos.

Ladevèze, en 1900, en su tesis, trae en breves líneas la observación de un enfermo curado con una gastroenterostomía posterior.

En la revista «Lancet», Connel, en 1902, relata una observación de úlcera del duodeno perforada, tratada,

primeramente, por el cierre de la perforación y luego, al mes de esta primera intervención, por una gastroyeyunostomía. Igualmente el mismo año, Hoffmann, de Kiel, publica la observación de un enfermo atacado de estenosis duodenal con contractura del píloro. Como el enfermo continuara debilitándose progresivamente, se hace necesario operarlo. Una gastroenterostomía posterior retrocólica da al paciente una salud perfecta.

En 1904 Renault, en su tesis de doctorado, publica dos observaciones de Delagenière, de Mans. En la primera se trata de una mujer alcoholista con trastornos gástricos, que la habían caquetizado extremadamente. Con el diagnóstico de gastritis ulcerosa con estenosis consecutiva es operada y se halló, en vez, una estenosis del duodeno debida á una úlcera. En la segunda observación se trata de un enfermo en caquexia avanzada á causa de las frecuentes y abundantes melenas. Una gastroenterostomía posterior, transmesocólica le trajo la curación.

También en el año 1904, Moynihan publica una estadística de 100 gastroenteroanastómosis, practicadas por úlceras del estómago y del duodeno, en los anales de cirugía de Filadelfia.

Desde esta época aparece un cúmulo enorme de comunicaciones, trabajos y observaciones, sobre todo en los Estados Unidos de Norte América é Inglaterra, sobre el tratamiento de la úlcera duodenal por la gastroenterostomía, lo que hace improba la tarea de una requisa, en un vistazo, de todos los nombres de los infatigables ob-

servadores, que han contribuido á dar la enorme boga de que gozara este tratamiento y de los que posteriormente, con el trabajo y la observación propias y las de sus predecesores, pensaron en intervenciones que complementarían la gastroenterostomía, cuyas fallas dejó traslucir más la experiencia de los años, trayendo recidivas y el síndrome dispéptico secundario de Parmentier y Denéchau, que los estudios fisiopatológicos y de radiología y experimentación del funcionamiento del aparato digestivo de los gastroenterostomizados. Por esta razón y por temor de ser injusto al cometer alguna omisión involuntaria, paso por alto la historia de la gastroenterostomía en estos diez últimos años, historia que, por otra parte, vemos dispersa en las extensas bibliografías de las tesis y de las revistas de clínica-quirúrgica.

T É C N I C A

Porque la gastro-enterostomía simple fué la operación más en auge durante mucho tiempo, y hoy sigue siéndolo todavía, aunque complementada por otros métodos y manipulaciones operatorias, y que Hartmann la considera suficiente siempre, y admite como buenos todos los procedimientos con tal de que sean acompañados de gastroenterostomía, y dada, pues, la importancia mantenida por esta clase de operación en el tratamiento de la úlcera duodenal, diremos algunas palabras sobre la conveniencia de seguir, entre los distintos métodos, el procedimiento

más corrientemente aconsejado por los cirujanos más habilitados para ello. No quiera esto significar que damos preferencia exclusivamente á tal ó cual método, excluyendo á todos los demás, no, de ningún modo; desde que cada procedimiento tiene sus ventajas é inconvenientes y sus indicaciones, es lógico que, en la mayoría de los casos, quede al libre albedrío del cirujano la elección del método y la técnica á emplear, máxime que cada caso puede requerir muchas veces una determinación en cualquier sentido, hecha *in situ*, *locus operandi*, fuera de que, en manos hábiles, casi todos los procedimientos son buenos.

En el Congreso de París de 1910, Ricard y Pauchet, en su extensa comunicación hecha consultando opiniones múltiples de cirujanos experimentados, aconsejan el método de Von Hacker, modificado. La modificación consistiría, sobre todo, en la supresión del asa yeyunal, libre entre la neostomía y el ángulo duodeno-yeyunal, tal como indicaban ya en 1900 Czerny y Petersen, al par que, luego, han insistido mucho sobre esta indicación Moynihan, Mayo, Sencert, Tuffier, Mathieu. Considérase indispensable que no exista ningún obstáculo entre el ángulo duodeno-yeyunal y el orificio anastomótico, porque bastaría la presencia de un acodamiento del asa libre para que aparecieran serios disturbios del funcionalismo gastro-intestinal, cuya forma más típica es el círculo vicioso. Es menester que la primera asa yeyunal esté colocada en la cara posterior del estómago y en el mismo sitio anatómico donde estos dos órganos están en relación normal. La di-

rección de la boca anastomótica puede ser vertical, á la manera de Petersen y Moynihan, ó bien, oblicua, isoperistáltica y descendiendo de izquierda á derecha, según Mayo-Robson, Mayo y Ricard, ó antiperistáltica, á lo Mayo. Esta boca debe ser amplia y debe ocupar el punto más declive del estómago, lo más cerca posible del píloro y también lo más cerca posible del ángulo duodeno-yeyunal.

Se ha objetado al método, que reúne estas condiciones, el inconveniente de favorecer la mezcla del contenido duodenal con el gástrico; pero, para algunos autores, esto sería ventajoso, desde que se conseguiría así la neutralización de la acidez estomacal, contribuyendo á curar la hiperclorhidria concomitante y á evitar la producción de la úlcera péptica, yeyunal, frecuente en la gastroenterostomía en Y de Roux, de Laussanne, propuesta para suprimir el círculo vicioso, y hoy por hoy abandonada hasta por su mismo autor.

A la gastro-enterostomía, sistemáticamente agregan Moynihan y los hermanos Mayo la invaginación de la úlcera del duodeno y piensan que es una excelente medida precaucional, que previene la perforación de la úlcera. En cambio Mayo-Robson la considera inútil.

Cuando una úlcera del duodeno coincida con otra estomacal, de la cara posterior y adherente al páncreas, cuando se trate de un sujeto muy obeso, cuando sea imposible una evisceración cómoda, en fin, cuando las condiciones patológicas ó fisiológicas individuales no permi-

tan recurrir á la gastroenterostomía posterior, se hará de predilección una gastroenterostomía anterior de Hartmann con tres puntos de suspensión del asa aferente.

VALOR DE LA GASTROENTEROSTOMÍA SIMPLE
EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ÚLCERA DUODENAL
EN EVOLUCIÓN, SEGÚN EL ESTUDIO CLÍNICO-QUIRÚRGICO
DE SUS RESULTADOS

Hemos visto en el párrafo anterior y al recorrer las estadísticas de los diferentes autores, cuán grande ha sido la difusión de la gastroenterostomía simple, como tratamiento de la úlcera del duodeno; hallamos en todos los trabajos opiniones sabias que le son del todo favorables; observamos sus buenos resultados, pero, á pesar de todo ello, vemos que una nueva corriente de ideas declara la insuficiencia de dicha intervención, y sostiene que es menester agregarle operaciones complementarias. ¿Cuál es la causa de este cambio de frente, de esta opinión nueva, defendida por tantos autores y que tan rápidamente conquistó tanto favor?

La experiencia y la observación, aparejadas á la experimentación, han demostrado que, si bien los resultados inmediatos de la gastroenterostomía eran muy satisfactorios, no sucedía cosa semejante con el resultado alejado de la intervención.

Monprofit decía ya en 1903: «Hay pocas estadísticas clínicas publicadas sobre los resultados lejanos de la gas-

troenterostomía, que puedan indicar á los médicos el valor definitivo de la operación». Y en 1907 aparece una tesis de Denéchau, inspirada por Parmentier al observar gastroenterostomizados que, después de un período de tiempo variable, volvían buscando un alivio á sus males reaparecidos. Trae, en dicha tesis, 76 observaciones de operados de gastroenterostomía por úlcera de estómago simple ó complicada, y realiza un examen médico lo más completo posible para conocer su estado funcional, local y general.

El valor, pues, de la gastroenterostomía simple aparece aminorado al examinar los resultados lejanos en los operados desde el doble punto de vista clínico y quirúrgico.

Haremos un resumen analítico de estos resultados, consultando una série de trabajos consignados en la extensa bibliografía extranjera, con el propósito de deducir á qué y á cuánto quedan reducidos el valor real y las indicaciones de la gastroenterostomía simple, como tratamiento quirúrgico de la úlcera crónica del duodeno.

Estudio clínico de los resultados

Al detallar los resultados clínicos obtenidos con la gastroenterostomía, relataremos primeramente la influencia de esta clase de intervención sobre cada uno de los síntomas acusados por el enfermo antes de la operación y en segundo lugar, transcribiremos el síndrome dispeptico secundario de Denéchau y Parmentier.

Para comodidad y orden, expondremos los resultados constatados sobre los síntomas que resultan de los disturbios, primero funcionales, luego generales y, finalmente, locales.

Disturbios funcionales.—Funcionalmente son el dolor, los vómitos, las hemorragias y la constipación los que nos interesan.

Los dolores, según Mayo-Robson, («British Med. Journal», 1905), después de la gastroenterostomía en los ulcerosos de estómago cesan, y ésta es la opinión manifiesta de todos ó casi todos los cirujanos. En 400 observaciones de estadísticas diversas reaparece el síntoma dolor únicamente en un $\frac{1}{10}$ de los casos. Contra esta opinión se alzan varias otras, que creen hallar la causa de la contraposición en la diversa modalidad del dolor, desde el intenso de úlcera hasta el simple malestar después de las comidas.

¿Cuál sería la causa de esta funesta reaparición? La patogenia es escabrosa y puede incriminarse tanto á las adherencias, como á una úlcera que continúa su evolución á pesar de la operación, como á una perigastritis, ó aún á la obliteración del neopíloro ó sea todavía, en esos casos de más bien malestar que dolor, á temperamentos sumamente nerviosos, ó á psicópatas, cuyos antecedentes é historia nos revelan la clave de este trastorno. El dolor pues, en los casos de úlcera florida operados por gastroenterostomía y según las investigaciones de Denéchau en

los enfermos de Hartmann, Tuffier, Gosset Souligoux y las de Amza Jianu, en los de Jonnesco y según los casos de Körte y Quénu, reaparecería en una proporción de un 70 % de los gastroenterostomizados por úlceras.

Los vómitos, en la úlcera del duodeno, son un síntoma muy discutido en cuanto á su frecuencia y son ellos provocados por el enfermo, que halla de este modo alivio á su dolor. Denéchau y Parmentier hallan en los resultados alejados en 76 casos, 37 veces vómitos, lo que da un 50 por ciento casi de malos resultados. La influencia de la gastroenterostomía es distinta sobre este síntoma según el tiempo transcurrido. Inmediatamente después de la operación suelen aparecer vómitos, los que constituyen el círculo vicioso, debido con toda probabilidad á malas condiciones de la neostomía, ó bien vómitos causados por una hipotonía gástrica, pasajera en general, con mal funcionamiento del neopíloro, ó todavía á causa de una irritabilidad del estómago secundaria al traumatismo operatorio. Estos vómitos biliosos, abundantes, incoercibles, que aparecen después de la intervención, podrán ser detenidos al cabo de unos días por procedimientos médicos en algunos casos, ó por una enteroanastómosis, cuando se trate de un verdadero círculo vicioso. Este mismo, hoy día, es desconocido casi desde el uso de la gastroyeyunos-
tomía sin asa libre, ya sea vertical ú oblicua la implantación.

Los vómitos, cuya aparición se hace en un tiempo más ó menos alejado de la gastroenterostomía, tienen mucha

más importancia y pueden ser alimenticios, acuosos y biliosos puros ó mezclados con alimentos.

Los alimenticios presentan las particularidades siguientes: son electivos, porque el enfermo vomita ciertos alimentos únicamente; episódicos, sobreviniendo á causa de fatigas generales ó locales y de aparición inmediata ó tardía relativamente á la hora de la comida. Los acuosos espontáneos, mostrándose tardíamente después de las comidas, con escasa cantidad de líquidos, sin esfuerzos, coincidiendo con el acmé del dolor, constituyen el tipo del vómito del síndrome dispéptico secundario de los gastroenterotomizados. El bilioso puro es muy raro y generalmente es un vómito acuoso teñido de bilis.

La patogenia, difícilmente abordable, reclama más observaciones y estudios, pero se la puede relacionar á dos causas: sea como una complicación resultante de la presencia de un tumor ó de una obliteración del nuevo píloro, ó sea como una continuación del estado anterior á la gastroenterostomía. En una estadística de 139 casos, ya citada, de 1900 á 1908 de Moynihan, de gastroenterostomizados por úlcera del duodeno y vueltos á ver dos años después, hay únicamente cinco que tienen vómitos, de los cuales cuatro vómitos y regurgitaciones biliares.

¿Cuál es la influencia de la gastroenterostomía sobre las hemorragias, ya en forma de melena ó de hematemesis? En 1899 Tuffier y al año siguiente Doyen afirmaban no conocer ningún ejemplo de hemorragia después de una gastroenterostomía. Partiendo de 1900 con Delbet,

quien relata un caso mortal al noveno día de la intervención, se siguen una série encadenada de observaciones de Tuffier, Hartmann, Savariaud, Pinattelle, Roux de Lausanne, Mickulicz, Krönlein, Körte, Quenú, á las cuales hay que agregar otras dispersas en la literatura médica, hasta llegar á cuarenta y cinco en el año 1904. La fecha de aparición de estas hemorragias es variable y se han visto sobrevenir desde el mismo día de la operación, hasta doce años después. En cuanto á la gravedad y á la abundancia de las hemorragias, los casos fueron variables también: trece veces mortal, ocho veces abundante y en las demás observaciones la hemorragia fué ligera. La repetición de las hematemesis ó melenas no es habitual. La causa de la hemorragia es en general una úlcera, que todavía continúa su evolución y que, á pesar del reposo del estómago ó del duodeno, no tiene ninguna tendencia á la cicatrización y en aquellos casos, donde la hemorragia sobreviene muy tardíamente y hasta doce años después de la operación, como en el caso de Körte, se puede admitir como posible, una nueva poassée de la antigua úlcera. Denéchau y Parmentier han observado dos casos en los cuales antes de la operación no había hemorragia y ésta sobrevino no obstante, después de la gastroenterostomía. Dichos autores explican esta constatación sorprendente culpando á los enfermos de falta de propia observación por descuido del examen de sus deposiciones. Y ellos se preguntan también si en estos dos casos, el traumatismo operatorio no fué causa suficiente para ha-

cer sangrar una úlcera que no lo había hecho antes.

Finalmente las hemorragias después de la gastroenterostomía, sin ser excepcionales, no dejan de ser raras, puesto que en quinientas observaciones de operados, algunos de 8 ó 10 años, se han hallado 40 ejemplos de recidiva, es decir, el 8 %.

Entre los resultados más manifiestos de la gastroenterostomía, dice Degorce, hay que citar la rehabilitación de las funciones intestinales. La constipación rebelde, pertinaz, inherente á toda dispepsia por estenosis, es reemplazada por una gran regularidad de las deposiciones. Numerosas observaciones apoyan esta afirmación. No obstante en algunos casos, se ve sustituida dicha constipación por una diarrea de mal pronóstico á veces y por otra parte, pasajera generalmente. Pero hay que resignarse á declarar, que la regularización del número y de la calidad de las deposiciones no suele mantenerse mucho tiempo después de la operación y que la renovación del estado estíptico, en una época remota de la operación, va siempre acompañada de otros disturbios.

Disturbios generales.—La influencia evidente de cualquier afección gástrica y duodenal sobre las condiciones generales físicas de cada enfermo, se manifiesta sobre todo en el curso de la úlcera del duodeno, con alteraciones de la nutrición, con anemia y modificaciones de la orina y astenia cardio-vascular y nerviosa.

Los trastornos nutritivos, estudiados por medio de la

curva del peso, son altamente influenciados por la gastroenterostomía. Soupault, Hartmann, Monprofit, Guedj, Degorce, Rotgans, por no citar á casi todos los cirujanos, consideran el resultado un éxito maravilloso y puesto á prueba con numerosas estadísticas. Es asombroso observar con qué rapidez los operados recuperan, cuando no sobrepasan, su peso anterior. En pocos meses entran en la normalidad de su peso, alrededor del cual oscilan si no sobrevienen complicaciones. Pero estos gastroenterostomizados tienen una gran inestabilidad de peso, pendiente del buen ó mal funcionamiento de su estómago. De modo que su estado de nutrición, considerable y rápidamente beneficiado de inmediato por la gastroenterostomía, se puede ver, en una fecha un poco alejada de dicha operación, desmejorado, al par que aparecen también secundariamente, todos los trastornos funcionales gástricos.

La anemia, que traen aparejada las hemorragias abundantes pequeñas é incesantes y ocultas, con la deficiente alimentación y por ende la denutrición del sujeto, es contrarrestada por una acción eficaz de la intervención, puesto que la gastroenterostomía hace desaparecer generalmente las hemorragias y mejora la nutrición del operado, permitiendo una buena alimentación. Efectivamente, el aumento de coloración de las mucosas, la desaparición de los soplos anémicos y el acrecentamiento del número de hematíes y de la hemoglobina, prueban evidentemente que la anemia desaparece. En definitiva y generalizando, la gastroenterostomía es un remedio maravilloso contra la

anemia de los ulcerosos, pero, al igual del estado nutritivo, la conservación de una fórmula hematológica normal queda á merced del buen ó mal funcionamiento gástrico y de la aparición de las dispepsias secundarias ulteriores.

Recordaremos brevemente que, la disminución de la orina cuantitativa y tal vez, sobre todo cualitativamente, es de regla en el curso de las afecciones gástricas que se acompañan de disturbios nutritivos y más aún en los casos de estenosis pilórica. Después de la gastroenterostomía todos los autores constatan un aumento considerable de las orinas, así como de sus elementos; pero esta influencia benefactora es inestable y varía con el mal ó buen funcionamiento gástrico, tan así, como que las crisis, sobrevenidas en los antiguos operados, repercuten sobre la excreción urinaria del mismo modo que sobre la nutrición y la sangre.

En general las perturbaciones circulatorias, reducidas casi á las vasomotoras, consisten en enfriamientos de las extremidades y desaparecen después de la operación y siguen la misma suerte de aparición, que las alteraciones generales anteriormente estudiadas.

Los fenómenos nerviosos, enumerados rápidamente por Pinattelle y Leroy y á estar con su opinión, parece que son poco útilmente influenciado por la operación, persistiendo, más ó menos modificado, un estado de psicastenia creado por todos los desórdenes dispépticos anteriores.

Disturbios locales.—El dolor á la palpación por lo general desaparece después de la gastroenterostomía. Suele reaparecer, sin embargo, en los operados cuando son atacados de dispepsias secundarias. No hay que confundir esta reaparición con el dolor difuso, vago, mejor dicho, con la resistencia de la pared epigástrica, que se observa, á veces, en los gastroenterostomizados.

La mejoría que experimentan los operados desde el punto de vista de su dilatación estomacal y como resultado inmediato, está sujeta también á la variabilidad del funcionamiento de su aparato digestivo.

En cuanto á la ptosis gástrica, con existencia simultánea de úlceras, Rotgans da cinco observaciones, de las cuales tres tienen mejoría. En cuanto á la ptosis pura la acción es nula; mientras que, en las casos de ptosis con úlcera y sobre todo con estrechez pilórica, la gastroenterostomía puede atenuarla independientemente de su acción sobre las alteraciones generales y funcionales concomitantes.

La función secretoria influenciada por la gastroenterostomía, así como la función motriz del estómago, han sido objeto de numerosos trabajos. Parece realmente cierto, en resumen, que en la mayoría de los casos la hipersecreción gástrica disminuye y también se modifica su función motriz, acelerando la evacuación de los alimentos, mientras haya un buen funcionamiento de la neostomía. Pero, con la reaparición de las crisis dolorosas secundarias, se ha visto un retardo de la evacuación y se

ha observado también, algunas veces y especialmente fuera de dichas crisis, una hipersecreción mayor que antes de la gastroenterostomía. Roux, Terrier, Amza Jianu han demostrado que, en un tercio de los casos, no hay ninguna modificación del quimismo gástrico. Suopault dice que la acidez total si disminuye, lo hace en escasa cantidad, y que la hipersecreción digestiva disminuye, pero no desaparece.

Del síndrome dispéptico secundario de Parmentier y Denéchau hemos analizado todas sus perturbaciones en las páginas anteriores, y aquí no haremos sino transcribir su descripción hecha en la tesis de Denéchau.

Síndrome dispéptico secundario.—«Empezando en una época más ó menos alejada de la intervención, este síndrome se manifiesta por la aparición de algunas perturbaciones dispépticas, ligeras primeramente. El enfermo comienza á sentir, á las dos ó tres horas después de las comidas, un peso en el epigastrio, un tironeamiento poco intenso. Limitada á la región epigástrica, esta sensación dolorosa se irradia luego en *cinturón*, pero sin alcanzar el dorso, sin ser aún en puñalada. Su duración breve es de algunos minutos. En seguida todo calma y el enfermo cree que ha sido un calambre y se lo inculpa al desayuno *que no pasa*, y más aún, no queriendo culpar á su estómago, el enfermo se queja de un dolor intercostal y hasta llega á decidir al médico á tratarlo por esta neuralgia, como lo hemos constatado en un caso, cuyo trata-

miento fué la aplicación de ventosas escarificadas. Esta primera crisis es un anuncio de dolores más intensos. Después de un tiempo variable, aun en una hora alejada de la comida, el calambre del estómago se muestra más intenso, y esta vez obliga al paciente á *doblarse en dos*, comprimiendo con las manos el epigastrio y empleando para calmarse los medios que usara antes de la operación. Toma un poco de leche, pan, azúcar ó bicarbonato de sodio. Por otra parte, esta acalmia no dura sino unos instantes y el dolor reaparece hasta seis ó siete horas después de la comida y es calmado luego por la comida siguiente, pero pudiendo aparecer nuevamente algunas horas después. Efectivamente, no se trata de un dolor aislado, sino de una verdadera crisis de duración variable, que puede prolongarse algunos días. Pero, ya en el acmé de la crisis dolorosa, el enfermo siente un ardor retroesternal que llama pirosis y que en realidad es una regurgitación abortada. En la crisis siguiente, la regurgitación ácida llega á la garganta, á la boca, y es escupida: es la regurgitación completa. En seguida el enfermo tratará de provocarse el vómito, pero verá con asombro é inversamente de lo que sucedía antes, que no puede conseguirlo y, á pesar de sus esfuerzos, no arrojará más que un poco de agua ácida, apenas mezclada con algunos restos alimenticios. Esta dificultad de los vómitos es muy especial y deberá llamar la atención. La constipación se muestra en un grado variable, pero frecuentemente. El paciente, habituado á tener deposiciones fáciles y regulares, se asombra del

cambio que observa, y en vez de dos deposiciones diarias, tiene una solamente, y aun ésta difícil y penosa. A pesar de estos disturbios, el apetito se conserva, pero nuevamente, por temor á los sufrimientos, el enfermo suprime una parte de su alimentación. La denutrición es la resultante casi fatal por poco que la crisis se prolongue y que las regurgitaciones acuosas sean abundantes. El estado general se altera á menudo y de una manera exagerada con relación á la poca duración de las crisis. El peso disminuye, las orinas son menos abundantes y menos ricas en cloruros y en urea, la facie se altera y en fin aparece frecuentemente una excitación del sistema nervioso, que contribuye á exagerar el ataque del estado general, ataque, repetimos, muy importante por su frecuencia y su intensidad. Recién entonces el enfermo recurre al médico. Este, ante la intensidad de los dolores, ante el aspecto fatigado del enfermo, debería esperar una reacción gástrica intensa; pero no sucede tal cosa. La palpación del epigastrio apenas si provoca una sensibilidad viva, y lo más á menudo se observa una simple defensa de la pared, sin punto doloroso bien limitado. La investigación de las dimensiones gástricas, después de una insuflación, puede mostrar una ectasia, algo más considerable que la observada en exámenes anteriores, y otras veces, al contrario, un estómago irritable que reacciona á una distensión, aun ligera y que hasta puede hacer imposible la insuflación. El sondaje en ayunas podría, en algunos casos, dar una cantidad de líquido un poco más considerable, que con

las exploraciones precedentes y muy raramente, por otra parte, este líquido encerraría restos alimenticios. El análisis químico revelará, en cierto número de casos, la presencia de ácido clorhídrico puro; esta constatación poco frecuente es la comprobación manifiesta de la excitación gástrica, causada por las alteraciones observadas. Finalmente, la comida de prueba, después de la evacuación del estómago, podrá raramente hacer constatar un aumento de la acidez clorhídrica. Este aumento, casi siempre es mínimo y jamás de cifras comparables á las que se observan antes de la intervención.

La reacción gástrica se manifiesta entonces por algunas modificaciones del quimismo y de la evacuación; pero son ellas ligeras modificaciones, y es menester observar esta antítesis entre la importancia de las perturbaciones funcionales, la precocidad del ataque del estado general y entre la poca intensidad de las reacciones constatadas en la exploración gástrica. Este es uno de los caracteres más constantes del síndrome dispéptico secundario de la gastroenterostomía».

Así lo describe Denéchau, y al mismo tiempo nos habla, en su tesis, de la frecuencia, la patogenia y el tratamiento.

La frecuencia es de notoria importancia, desde que suele hallarse en el 70 ó 75 % de los viejos gastroenterostomizados.

La patogenia ofrece muchas dificultades para aclararla. Desde ya se puede descartar, como un factor, el pro-

cedimiento operatorio, con tal de que la nueva boca funcione suficientemente. Las causas ocasionales son más evidentes, resultando siempre, ó casi siempre, de fatigas y sobre todo de la influencia constante de un régimen malo ó bien defectuoso.

La época de la aparición del síndrome dispéptico en los operados varía con los distintos casos observados. Escasamente se ve una aparición inmediata y, por lo general, el comienzo de las manifestaciones de este síndrome es más tardío, y tendría una franca relación con la época cuando el enfermo abandona el régimen dietético, seguido desde la operación. Y en aquellos casos donde el síndrome hace su aparición en una fecha muy alejada de la gastrotroenterostomía, podemos pensar que dicho síndrome está bajo la dependencia de un mal resultado quirúrgico, consecutivo á la obliteración del neopíloro ó á su estrechamiento.

El pronóstico del síndrome dispéptico es benigno generalmente, desde que la mortalidad es nula ó casi tal. En cambio estos enfermos, *socialmente*, como dice Denechau, «son unos meioprágicos gástricos con una capacidad profesional disminuida y una capacidad vital amenorada.»

El tratamiento será preventivo ante todo y curativo, consistiendo en un régimen dietético, que todo gastrointestromizado deberá seguir para completar la obra del cirujano. Por esta razón, dice Mickulicz, «con la operación no se ha terminado todo», y ciertamente los gastro-

enterostomizados no vuelven á su anterior normalidad después de la intervención.

Estudio de los resultados desde el punto de vista quirúrgico

Hemos compendiado todo un cuadro clínico de patología secundaria de la gastroenterostomía en operados á quienes tal intervención no ha proporcionado más que un alivio ó bienestar precario, cuya terminación ha traído trastornos producidos, casi seguramente, por nuevas condiciones fisiológicas, creadas por la gastroenterostomía. Ahora emprenderemos el estudio de la evolución anátomo-patológica de la neostomía, asunto de gran interés, puesto que, en ciertas condiciones, se ha observado, cuando no la obliteración, la estrechez de dicha boca.

La observación de los resultados clínico-quirúrgicos, la experimentación en animales, conjuntamente con la radiología, han contribuido ampliamente á darnos mayores conocimientos sobre el valor real de la gastroenterostomía en las afecciones del estómago y del duodeno.

La experimentación, dice Papadopoulos, nos suministra dos órdenes de hechos: 1.º Parte de las experiencias realizadas son demostrativas, estableciendo que la neostomía hecha en los animales gastroenterostomizados funciona únicamente con la condición ineludible de que el píloro esté tan estenosado, que no deje pasar de ninguna manera el contenido gástrico. Bien pues, nunca seguirá dicho contenido estomacal la nueva vía, si no deja de

funcionar el píloro, y de lo contrario seguirá la antigua ruta y pasará del estómago al duodeno por el píloro, aunque éste no permanezca completamente libre, y por lo tanto, el nuevo orificio de anastómosis no tardará en estrecharse ú obliterarse totalmente. 2.º Otra serie de experiencias establece que, siendo el píloro impermeable, la neostomía funcionará regularmente y el contenido gástrico, al pasar al intestino por la nueva vía, acarreará cambios importantes en la fisiología normal de la digestión.

Por ahora nos ocuparemos exclusivamente del funcionamiento de la neostomía en los gastroenterostomizados. No detallaremos, una á una, las variadas y numerosas experiencias realizadas en apoyo de la primera de las conclusiones experimentales y enunciaremos únicamente aquellos resultados de los experimentadores más corrientemente citados, empezando por los resultados obtenidos con el objeto de averiguar el modo de evacuación de un estómago anastomosado al intestino primeramente, con píloro absolutamente libre, en segundo lugar, con píloro más ó menos estrechado y en última instancia, con píloro completamente impermeable.

Hasta no hace muchos años se creyó con firmeza en el principio establecido, que consideraba como cierto que, cuando se anastomosaba el estómago con el intestino, el contenido gástrico todo se evacuaba por la nueva boca, por la quirúrgicamente creada, y entonces no se pudo menos que considerar la gastroenterostomía como la ope-

ración ideal para el tratamiento quirúrgico de las lesiones gastro-duodenales y de la úlcera de ambas vísceras en particular; porque la desviación del contenido gástrico evitaba la irritación directa de las lesiones ulcerosas, y por otra parte, al seguir una nueva ruta, dejaba en reposo aquellas porciones de vías digestivas normales, afectadas de ulceraciones ú otros procesos patológicos. Se consideró entonces la neostomía gastro-intestinal como un verdadero *caño de descarga*, sin cuidarse por cierto de averiguar si su funcionamiento se hacía siempre en las mismas condiciones y según el mismo mecanismo, aun cuando el píloro fuera completamente permeable.

Kelling, en su trabajo de 1900, relata sus experiencias en perros, y sus resultados establecen que la boca creada por la gastroenterostomía no funciona si el píloro permanece libre. Más todavía, si sacrificando el perro se llena el estómago de líquido, se constata que dicho líquido tanto pasa por el píloro como por el nuevo orificio artificial, indiferentemente y con sujeción estricta á las leyes de la gravedad. De esto se deduce que un factor fisiológico hace distinto el resultado en el animal vivo y en el muerto, y en efecto, las ondas peristálticas de las contracciones estomacales, al rechazar la mucosa gástrica, la proyectan sobre la nueva boca y la obturan. Según este experimento, no debe dudarse en pensar otra cosa que, en un gastroenterostomizado con píloro permeable, el contenido gástrico pasa por la vía normal, dejando de lado la neostomía.

A idénticos resultados llegan Tuffier, Frouin y Aubourg, haciendo radioscopías y radiografías de las distintas fases digestivas en un perro gastroenterostomizado con píloro libre y munido de una fístula gástrica permanente por donde introducen la lechada de bismuto.

Cannon y Blake gastroenterostomizaron un gran número de gatos, y una vez curados, estudiaron en ellos, por la radiología, el mecanismo de las funciones digestivas y constataron que los alimentos iban exclusivamente al píloro y que la neostomía no intervenía para nada en la evacuación gástrica y que, aun provocando estenosis artificiales del píloro, seguían la vía pilórica y que sólo obtuvieron el pasaje de los alimentos por la nueva vía, cuando cerraron por completo el píloro.

Leggett y Maury efectuaron experiencias llenas de originalidad y elegancia, dando á comer á perros gastroenterostomizados y curados un trozo de carne en cuyo interior iba una bala de fusil atada á la extremidad de un largo hilo y comprobaron los resultados de Cannon, es decir, observaron que su famosa *bala cautiva* siguió siempre la vía pilórica, menos en un caso, en el cual franqueó la neostomía, recorrió en sentido contrario el duodeno y entró en el estómago por el píloro para recommenzar su recorrido nuevamente.

Según sus experiencias en siete perros, Delbet dice que: «Todo pasaba por el píloro y nada por el orificio anastomótico».

Hemos enumerado una série de experimentadores de

diferentes países, todos ingeniosos y cuyas experiencias, practicadas en épocas distintas, han dado resultados idénticos, probando que, en el animal cuando se hace una gastrotroenterostomía con píloro permeable, el contenido gástrico se evacuará siempre por el píloro y únicamente por él y nunca por la neostomía. Bien, esta conclusión experimental se debe considerar pues, como un hecho establecido en los animales y no hay, por otra parte, ninguna razón que impida fundar en el hombre, por analogía, una semejante conclusión definitiva. En apoyo de la utilidad de reconocer en el hombre hechos análogos á los que establece la fisiología experimental en los animales á este respecto, están las observaciones clínicas que confirman del modo más patente, que, en el ser humano, las mismas causas producen los mismos efectos que en los animales experimentalmente.

El funcionamiento de la neostomía, cuando el píloro está más ó menos estenosado, no difiere realmente de lo dicho en los anteriores párrafos, puesto que hemos visto en algunas experiencias expuestas ya, en donde se había estrechado artificialmente el píloro, que el contenido estomacal seguía la vía pilórica natural, á pesar de la relativa impermeabilidad del píloro. El resultado es el mismo; la boca nueva no funciona aunque la evacuación del estómago sea más dificultosa, más tardía y requiera contracciones estomacales más fuertes y prolongadas. Sin embargo, algunos experimentadores han observado el funcionamiento de la neostomía y han visto pasar por ella cierta

cantidad de quimo; pero estas constataciones han sido tan raras y el funcionamiento del orificio artificial tan escaso, que se pudo y se puede considerar como nulo el funcionamiento de la gastroenterostomía con píloro más ó menos estrechado, pero practicable.

En cambio la gastroenterostomía con píloro impermeable parece ser, *a priori*, la operación ideal que abre, asegura y mantiene perennemente una nueva vía al contenido estomacal; pero fisiológicamente no es de creer que llene tan bien una función que, desde el punto de vista de la mecánica gastrointestinal, resulta perfecta, puesto que no parece lógico al espíritu, que sea idéntico, que el estómago vacíe, vuelque su contenido en una asa yeyunal, sin que un organismo eche de menos reacciones y procesos químicos y biológicos, que necesariamente se han de producir en un tractus de intestino como el duodeno y frente á una barrera de fisiología tan admirable como la del esfínter del píloro. Forzosamente esta nueva vía, creada por una gastroenterostomía salvadora, debe traer alteraciones de fisiología importantes y considerables. Pasaremos por alto los estudios relativos á las perturbaciones que acarrea la inactividad del duodeno, suprimiendo toda una série de reacciones fisiológicas, cuyo punto de partida es la llegada del quimo ácido á esta primera porción del intestino y en cuyas paredes vierten el hígado y el páncreas sus importantísimas secreciones y haremos tan solo mención, por ahora, de un reciente método opera-

torio: *la transposición del duodeno*, cuando no es factible la pilorectomía.

Como comprobación de estos hechos experimentales sobre el funcionamiento y la suerte cabida á la neostomía en el hombre, hay una série de observaciones clínicas que, si bien no son muy numerosas, tienen capital importancia. Claro está, que la verificación de estos resultados, casi diríamos leyes experimentales, es una tarea árdua y plagada de dificultades, pues que á los enfermos operados en el hospital se les pierde de vista frecuentemente.

A título de comprobación, las dos observaciones de Berg, publicadas en 1907, vienen á confirmar las experiencias de Kelling y jalonean una nueva etapa en la historia de la gastroenterostomía, á más de hacer reconocer toda la importancia de las observaciones de Roux, Tuffier, Monprofit, Kaufmann, quienes habían señalado el cierre espontáneo de la boca anastomótica. Papadopoulos ha reunido, en su tesis de 1910, 29 observaciones de distintos autores, de las cuales da un extenso detalle en la primera parte de su trabajo. A más de los dos casos de Berg, trae 19 de cierre completo de la neostomía y 8 de estrechamiento, pero de tal naturaleza y tan avanzado que se puede pensar en una obliteración muy próxima. A pesar de la ínfima proporción entre estas observaciones y el número enorme de gastroenterostomías efectuadas en más de veinte años, queda, no hay que dudarlo, completamente establecido que la neostomía puede llegar á obliterarse ó á estrecharse de tal manera, que sea perfec-

tamente inútil para llenar el objetivo buscado al practicarla.

Ahora bien, otro inconveniente opuesto, en cuanto al mecanismo gástrico, á la escasa ó nula función de la neostomía que tiende á obliterarse, es el que A. F. Hertz y á propósito de los resultados alejados de la gastroenterostomía, dice haber observado en los operados. En su comunicado á la Sociedad Real de Cirugía de Lóndres («Journal Chirurgie», 1913, pág. 91) dice que ha tenido ocasión de ver un cierto número de operados por úlcera del duodeno, algunas semanas ó varios años después de la operación y en la mayoría de los casos observó disturbios, si bien menores que antes de la intervención, no obstante suficientes para hacer fracasar los resultados. Atribuye estos accidentes á dos causas: primeramente, *al drenaje demasiado rápido del estómago* y en segundo lugar, *al sitio demasiado alto de la neostomía con relación al nivel superior del contenido gástrico*. Este último inconveniente, para tratar de salvarlo, ocasiona dificultades de técnica operatoria en enfermos con gran dilatación de estómago.

En cuanto á los operados, que presentaban un drenaje demasiado rápido del estómago, se quejaban de una sensación de plenitud durante la comida, la que les obligaba á disminuir poco á poco la cantidad de alimentos con perjuicio marcado del estado general. Los operados evitaban, en parte, esta molestia comiendo muy lentamente, porque dicha sensación de plenitud era muy efímera. Esta

incomodidad ocupaba un sitio inferior al de los dolores sentidos antes de la operación. Había diarrea, siendo la primera deposición del día sólida, y las demás demasiado blandas ó líquidas: En todos estos enfermos el examen radiológico demostró un estómago hipertónico y una evacuación gástrica aceleradísima (menos de una hora y aún en un caso, un cuarto de hora).

Según Hertz, la causa del síntoma más molesto de sensación de plenitud es debido á la distensión por los alimentos del asa yeyunal anastomosada. La diarrea sería debida á la irritación del intestino y por otra parte, á la insuficiencia de la digestión por disminución del jugo pancreático, á causa de la supresión de la excitación del duodeno por el quimo ácido.

Contra la opinión corriente, de la inutilidad de la creación de una boca gastro-yeyunal existiendo un píloro permeable, se alza la pertinaz defensa de Hartmann, quien reprocha á otras causas la obliteración de la neostomía y sostiene que ella funciona á pesar de que el píloro sea permeable. En el número de Junio de 1914 de «Annals of Surgery», hay un extenso trabajo al respecto. En él Hartmann dice, que está en desacuerdo con la opinión que admite que la boca anastomótica se oblitera porque no funciona con un píloro permeable y con este motivo trae una estadística de 45 casos de obliteración, de los cuales únicamente hay 4 con píloro permeable. En 7 casos la causa de la obliteración es indudablemente debida

al desarrollo secundario y á la cicatrización de una úlcera péptica en la boca anastomótica. En 34 casos la causa de la obliteración no es tan manifiesta y clara. Ha observado, por lo demás, que en 23 casos se han usado botones; en 4 suturas y en 3 gastroenterostomías en Y, y en los otros 4 últimos casos ignora los detalles operatorios.

En resumen, dice que la obliteración de la neostomía no está en relación con la permeabilidad ó impermeabilidad del píloro; que indudablemente la obliteración resulta á menudo de la cicatrización de una úlcera péptica, habiéndose desarrollado en el orificio anastomótico; y que la técnica empleada tiene una influencia directa en el resultado, desde que la obliteración de la boca es rara en los casos en los cuales no se han empleado botones ó bien la gastroenterostomía en Y.

En lo que se refiere al no funcionamiento de la neostomía con píloro permeable y en contra de esta opinión generalmente aceptada, trae una lista de radiólogos, algunas de cuyas observaciones son hechos que están en desacuerdo absoluto con la tesis general. Así Legueu observa que, en un caso con píloro permeable, todo el contenido gástrico pasa á través de la boca. Berard y Delbet han observado que el contenido gástrico pasa bastante bien á través de la neostomía y del píloro. Pess, estudiando 40 gastroenterostomías observadas á los rayos X, llega á la conclusión de que el estómago se vacía continuamente por la boca y por el píloro, etc.

Constataciones de esta naturaleza prueban suficientemente, dice Hartmann, que la opinión, que sostiene la inutilidad funcional de la gastroenterostomía en los casos de píloro permeable, no es exacta y que es menester modificar una afirmación tan absoluta.

Para elucidar la cuestión, Hartmann hace dos clases de investigaciones, una experimental en perros y otra radiológica con exámenes de enfermos.

La experimentación en perros, con la colaboración de su interno Métived, es efectuada en siete de estos animales y llega á las siguientes conclusiones: En ninguna de las experiencias halló obliterada la neostomía, á pesar de haber sobrevivido mucho tiempo los perros y uno hasta 223 días. En tres perros, en los cuales la boca anastomótica fué hecha en el antro pilórico, á los 44, 50 y 223 días después de la operación, el contenido gástrico pasaba casi completamente por la neostomía. En dos casos, en los cuales la boca fué hecha en el fondo del estómago, el contenido pasó á través de la boca nueva y del píloro, pero en mayor cantidad por éste último. Luego, estas experiencias prueban que la evacuación del estómago se hace principalmente á través del píloro, si la neostomía ocupa el fondo estomacal y á través de ella, si ocupa el antro pilórico y dice Hartmann, que es probable que, en los experimentos anteriores probando el no funcionamiento de la boca anastomótica, ésta ocupaba el fondo del estómago. El distinto comportamiento de estas bocas y la distinta actividad del píloro libre dependerían pues, de la

diferente situación que ocuparan ellas. Y esto tiene su explicación, si se piensa que todas las investigaciones llegan de acuerdo á considerar, con Gay y otros, que el estómago consta de dos partes, una cardíaca, actuando como reservorio y otra pilórica de acción motriz. «Se comprende, dice Hartmann, que la neostomía yuxtapilórica trabaje activamente, aún cuando el píloro sea normal y que la boca anastomótica en la región cardíaca del estómago, no funcione en caso de píloro permeable».

Los exámenes radiológicos, en colaboración con el doctor Manigot, han comprobado en el hombre los resultados de los experimentos en los perros. En 19 observaciones de enfermos, sin ningún signo de éstasis gástrico antes de la operación y sin ninguna estenosis pilórica constatada durante la operación, se comprobó, después de intervalos que variaban de uno á once años, lo siguiente: en 11 casos, todo el contenido gástrico pasaba por la neostomía; en 7 casos, pasaba por una y otra boca, y en un caso, únicamente, pasaba todo por el píloro. Según sus experiencias y observaciones radioscópias, Hartmann dice que, en oposición al concepto general, la anastómosis gastrointestinal funciona aún en casos de píloro libre, y termina su comunicación á la American Surgical Association, de Abril 10 de 1914, diciendo: «Hemos hallado estos resultados bastante interesantes para llamar vuestra atención, aun cuando no tengan considerable importancia práctica y no impidan á muchos cirujanos continuar excluyendo el píloro en muchos casos».

Dispuestos á bosquejar el valor de la gastroenterostomía simple, como tratamiento de la úlcera duodenal, y volviendo la mente, en una requisa retrospectiva, hacia los resultados obtenidos por los observadores sobre el funcionalismo de la boca anastomótica y dejando de lado, quizá por un poco de espíritu de parcialidad, las opiniones de Hartmann, vemos que la boca artificial en la gastroenterostomía con píloro permeable tiende á obliterarse y que esta tendencia á la obliteración debe considerarse como el resultado del no funcionamiento de la neostomía y que, en cambio, ésta funcionará y persistirá, si la gastroenterostomía va acompañada de un píloro cerrado completamente, lo que no dejará de producir trastornos de fisiología digestiva.

Por otro lado, sabemos que la base fundamental del tratamiento quirúrgico de la úlcera del duodeno en evolución es el reposo de la lesión patológica, mantenida al abrigo de las irritaciones químicas y mecánicas producidas por el paso del contenido gástrico ácido, así como también por las funciones normales de una digestión duodenal.

Ahora bien, pensemos un momento en las condiciones cómo hallamos habitualmente el píloro en los enfermos afectados de úlcera simple y florida del duodeno, sin complicaciones. Cuando más, la impermeabilidad de dicho esfínter será debida á un espasmo, á una contractura por reflejo, cuyo punto de partida es la irritación de la úlcera por el contacto del quimo ácido ó de los alimentos. El ca-

rácter de dicho espasmo es transitorio, desde que lo vemos desaparecer en los intervalos de las crisis dolorosas, y por lo demás, aunque el espasmo fuera de carácter permanente en ciertos casos, siempre cedería, después de establecer la boca anastomótica, en un lapso de tiempo variable, cuya duración no ha sido valorada, al par que se sospecha que sea insuficiente para permitir la cicatrización completa de la úlcera.

Teniendo en cuenta, pues, primero los resultados deducidos del estudio de la fisiopatología del orificio anatómico y luego la condición requerida como base del tratamiento quirúrgico de la úlcera duodenal y, en fin, el estado del píloro en esta afección: ¿podemos creer que una de las indicaciones de la gastroenterostomía simple es la úlcera florida del duodeno, cuando sabemos que existe siempre un píloro permeable y que en estas condiciones la neostomía no funcionará, ó lo hará únicamente mientras el espasmo del píloro persista? Claro está que aquellos enfermos, en quienes exista una estenosis por cicatrización de una úlcera, beneficiarán mucho de la gastroenterostomía; pero, ya en estos casos, se trata más bien del síndrome de oclusión pilórica y no de la úlcera duodenal en evolución.

Sin embargo, la gastroenterostomía, como tratamiento, tiene sus partidarios decididos y sus buenas estadísticas en su apoyo, y de aquéllos algunos hasta el extremo de decir, como Houdard en su tesis de 1913, que: « Los detractores de dicho procedimiento basan sus críticas

sobre hipótesis y no sostienen su opinión con pruebas convincentes». Está claro que no pudo ser otra la afirmación de un discípulo de Hartmann, á quien pertenecen las 17 observaciones estudiadas en dicha tesis y que el mismo Hartmann preside.

Al lado de los partidarios se alzan también las opiniones de los detractores, y así Ladevèze limita sus indicaciones, y únicamente consiente la gastroenterostomía cuando el duodeno es inabordable, adherente ó de paredes muy espesadas. Codman la halla ilógica y no cree que la gastroenterostomía haga desaparecer los dolores y el riesgo de las complicaciones. Wilms la juzga poco útil, al no hacerla con una boca muy amplia para evitar de este modo que los alimentados sigan la vía pilórica é irriten la úlcera. Leriche y Bressot, en una publicación en el *Lyon Chirurgical*, el 11 de Octubre de 1911, dicen: que, si bien los resultados inmediatos son maravillosos, no sucede idéntica, ni cosa parecida con los resultados lejanos, fundándose en la aparición frecuente del síndrome dispéptico secundario y de la úlcera péptica-yeyunal y de la degeneración cancerosa de la úlcera y, á su vez, le atribuyen el máximo beneficio en las estenosis cicatriciales del píloro con absoluta obstrucción de éste y agregan que, por el contrario, es una operación insuficiente en las úlceras en actividad con píloro permeable. P. Meulle, en su tesis de 1912, acepta la gastroenterostomía en los casos de estrechez pilórica, pero prefiere la exclusión combinada á la gastroenterostomía y

agrega que la resección de la úlcera y la excisión son operaciones de elección raramente factibles.

Por otra parte, si revistamos la frecuencia con que el síndrome dispéptico secundario de Parmentier y de Denéchau disminuye las condiciones individuales para el trabajo, la sociedad y la vida, atando á estos pobres antiguos operados, en un 75 %, á la disciplina de una dietética alimenticia demasiado celosa para que sean transgredidas sus prescripciones, nos parece que no vale el riesgo de una operación tan importante como una gastroenteroanastómosis, para que luego continúen siendo estos operados esclavos de un régimen y de un funcionamiento gástrico demasiado susceptible, máxime cuando se tienen á mano intervenciones que mejoran las estadísticas de los buenos resultados y que casi todos los cirujanos de la actualidad están contestes en preferirlas. Finalmente, si no estuviéramos en lo cierto al dar preferencia á la pilorectomía ó á la exclusión del píloro conjuntamente con la gastroenterostomía, podemos asegurar que ésta última dista muchísimo de ser el desideratum del tratamiento quirúrgico de la úlcera simple del duodeno.

De manera que el valor de la gastroenterostomía no es en este caso, ni podrá ser el que adquirió al deslumbrar con los éxitos inmediatos de la operación. Es su valor demasiado relativo, casi nulo, si consideramos que son raros los casos de estrechez cicatricial por úlcera del duodeno que llegan á la obliteración y en cambio no deja de ser

un hermoso y seductor *pis aller*, cuando no es factible ninguna otra clase de intervención.

Sin embargo y á pesar de lo atraentes que resultan las opiniones de la mayoría de los autores actuales, quienes inclinan todas sus experimentaciones, sus observaciones y la lógica de sus raciocinios en favor de las operaciones complementarias de la gastroenterostomía en el tratamiento de las lesiones benignas del duodeno, sin embargo decimos, llevan demasiada perplejidad al ánimo y mucha indecisión al espíritu esas grandes estadísticas de la gastroenterostomía simple, de resultados tan favorables, á la vez que esas opiniones tan sabiamente sostenidas, como las de Hartmann y Paterson, sobre todo el primero, quien, con trabajos de toda naturaleza y numerosas observaciones, defiende y sostiene todavía, en medio del ataque general, la gastroenterostomía simple.

Considerando, pues, todo esto y si nos colocáramos en un terreno de mayor imparcialidad, quizá no llegaríamos á decidimos tan francamente por ninguna de estas dos clases de operaciones, que se disputan aún el predominio de ser el tratamiento electivo de la úlcera duodenal.

INDICACIONES DE LA GASTROENTEROSTOMÍA

Monprofit, en su libro sobre la gastroenterostomía de 1903, dice, que, según Ladevèze, la verdadera indicación de la gastroenteroanastómosis es el caso de duodeno inabordable, que esté oculto detrás de mucho tejido escler-

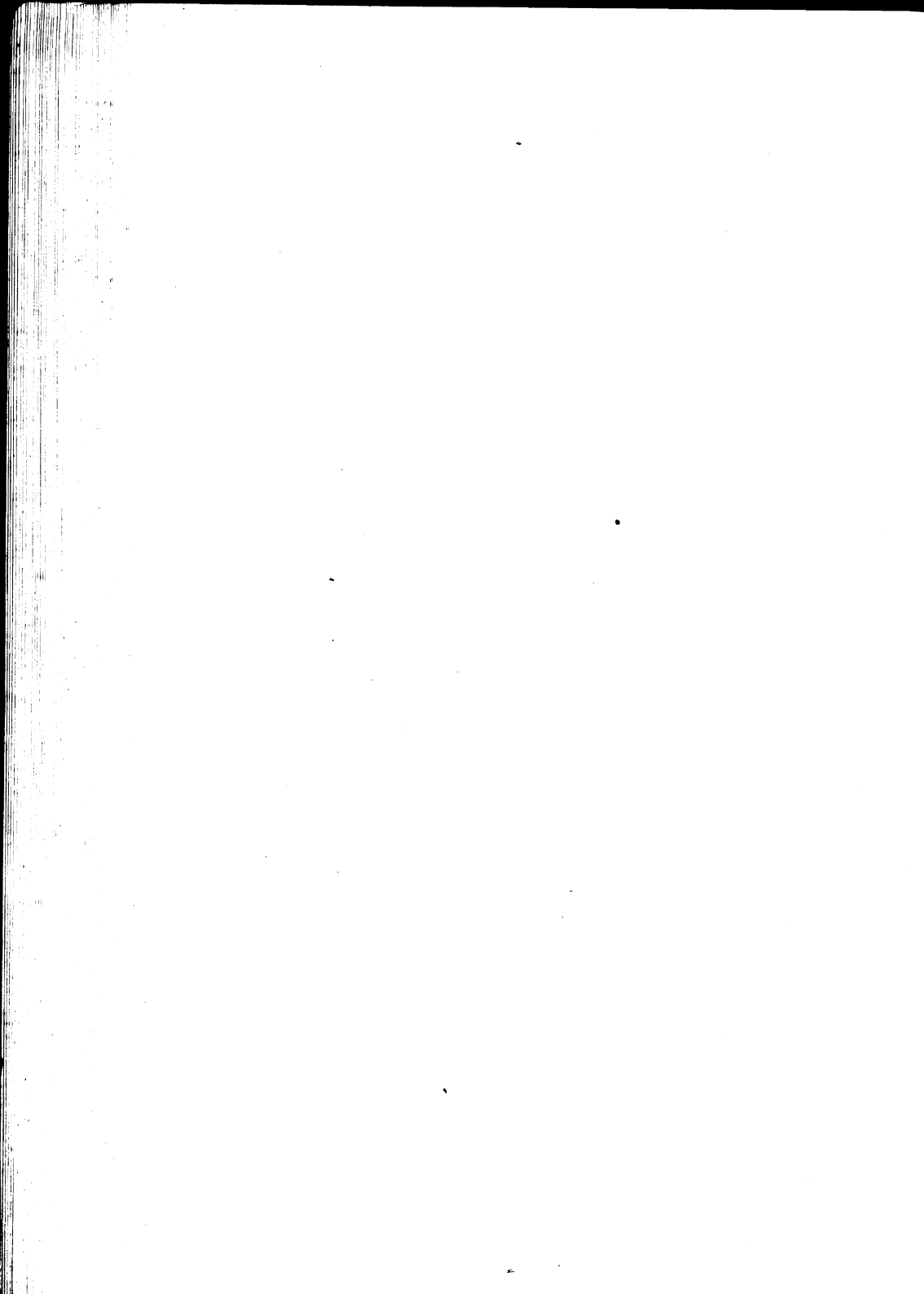
rosado, ó que esté fuertemente adherido á los órganos vecinos, ó cuando sus paredes, sumamente espesadas y esclerosadas, forman un verdadero tumor que no permite una intervención directa. Y continúa diciendo que, según su opinión, estas indicaciones pueden extenderse á todos los casos de úlceras inveteradas, desde que ninguna intervención tiene el valor de la gastroenterostomía, á no ser la exclusión del píloro, por otra parte, mucho más grave. Para Monprofit la gastroenteroanastómosis es el tratamiento más indicado de lo que llama «lesiones benignas», entre las cuales está catalogada la úlcera del duodeno y para decidirse en favor de la opinión de este autor al respecto, los partidarios de la gastroenterostomía invocan las ventajas siguientes: Primeramente dicen que, en las úlceras en actividad, trae el reposo del duodeno, pues que los alimentos utilizan la nueva vía; en segundo lugar, que cesan los dolores causados por la irritación del contacto de los alimentos y del jugo gástrico; tercero, que también los vómitos cesan, puesto que los alimentos desembocan en el tractus intestinal por la neostomía; cuarto, que cicatriza la úlcera libre ya de la causa determinante, y finalmente que se detienen las hemorragias. Bien, sorprende el éxito brillante de la gastroenterostomía desde que conquista tan hermosos resultados y reúne tan maravillosos beneficios, que traen una rápida mejoría del paciente.

Pero, según el examen realizado de los estudios hechos sobre los resultados lejanos de esta operación, es distin-

ta la opinión que de ella nos hemos creado, así como pensamos también que las indicaciones, que resultan de su valor propio, disminuyen y se limitan muchísimo. No creemos que sean otras sus indicaciones, sino las que le confiere la mayoría de los autores actuales, y entre las cuales podemos colocar, en primer término, la indicación de hacer gastroenterostomía en las estenosis provocadas por una antigua úlcera acompañada de oclusión pilórica completa, desde que, en este caso, la nueva boca practica crea una derivación del contenido gástrico retenido por la impermeabilidad del píloro, y aun en este caso tiene inconvenientes fisiológicos serios. Finalmente, y fuera del caso anterior, la gastroenterostomía simple tiene casi una única indicación formal, precisa, imperiosa en la úlcera florida del duodeno; la de utilizar esta intervención únicamente cuando no sea posible efectuar ninguna otra más lógica y más completa. Esto quiere decir que la gastroenterostomía en el tratamiento de la úlcera simple del duodeno será realizada como un paliativo de beneficios pasajeros y que, no obstante, puede dar buenos resultados, como lo afirman las diferentes estadísticas, ó cuando menos mejorar las condiciones del terreno y prepararlo para una segunda operación más completa y definitiva.

CAPÍTULO III

EXCLUSIÓN DEL PÍLORO



HISTORIA DE LA EXCLUSIÓN DEL PÍLORO

La exclusión del píloro consiste en eliminar un segmento de las vías digestivas normales del trayecto que sigue el contenido gástrico, en una extensión variable, procurando, de esta manera, obtener el reposo de este segmento, y que las lesiones patológicas, que puedan existir en él, permanezcan al abrigo de las irritaciones del contacto de los alimentos y del jugo gástrico.

Según Leriche y Bressot, no fué Kummer, sino en realidad Doyen, el primero que realizó esta clase de intervención el 28 de Noviembre de 1892, y el mismo Doyen relata en su libro «Tratamiento de las afecciones del estómago y del duodeno», las circunstancias cómo le fué sugerida esta operación. Al describir los distintos procedimientos, hacemos una transcripción de algunos de sus párrafos.

Ahora bien, si las primeras aplicaciones de la exclusión á la cirugía gástrica son debidas á Doyen, á Eiselsberg, en 1895, corresponde el mérito de haber hecho la

exclusión del píloro con el propósito deliberado de evitar que una ulceración pilórica fuera irritada por los jugos ácidos del estómago, y se trataba en estos casos de úlceras callosas inextirpables.

Tres años después aparece la tesis de Chauvel, donde dice: «Que hay ventaja en poner, por medio de la exclusión unilateral, la región pilórica al abrigo del contacto del contenido gástrico en casos de dolores vivos, hemorragias tenaces y amenazas de perforación. La exclusión muy incompleta, realizada por la gastroenterostomía, no es siempre suficiente en semejantes circunstancias».

En 1903, Berg hizo una exclusión simple de píloro, en un caso de absceso periduodenal, por medio de una invaginación de la úlcera perforada y luego agregó una gastroenterostomía.

Mayo y Moynihan, en el año 1904, desconformes con los resultados de la gastroenterostomía simple, al ver las recidivas de las úlceras duodenales, la completan con la invaginación de la úlcera. Con este método obtienen brillantes estadísticas y lo denominan *blocage del píloro*. No es, en suma, más que la invaginación y el plegamiento de Doyen. De este modo obtienen una disminución del calibre duodenal y por lo tanto el mejor funcionamiento de la boca anastomótica.

Sin embargo, Vautrin, al comentarla, dice de ella que es una operación de eficacia bastante problemática.

En el mismo año Quénu, al comunicar á la Sociedad de Cirugía varios casos de úlceras con hemorragias mortales

á pesar de la gastroenterostomía, propone un método que consistiría en la sección del estómago en dos porciones: una tendría la úlcera y en la otra porción se haría la boca anastomótica; de esta manera se obtendría el reposo de la ulceración y por ende se evitaría la reproducción de las hemorragias.

En 1907, en el Congreso de Cirugía, Jonnesco, de Bucarest, afirma la constatación que la gastroenterostomía simple, á veces, es impotente para detener la evolución de una úlcera en actividad, dejando al enfermo expuesto al riesgo de una perforación, ó una hemorragia profusa y aun mortal, y se declara partidario de la exclusión pilórica, que la practica seccionando el píloro y suturando los dos cabos en tres planos. Presenta una estadística de 6 casos con 5 curaciones y un muerto. A la opinión de Jonnesco se opone la de Monprofit, quien estima que la exclusión es una operación más grave que la gastroenterostomía.

En 1908, Jonnesco presenta otra estadística de 20 observaciones con una muerte. En el mismo año, Delagenière de Mans practica dos exclusiones de píloro por úlcera con buen resultado, é inspira una tesis á Royer sobre el tóxico. También Tuffier presenta un enfermo, al cual le fueron hechas dos gastroenterostomías, con un intervalo de diez años, sin éxito, y él le hace una tercera con una exclusión pilórica con excelente resultado.

Amza Jianu sostiene las ideas de su maestro Jonnesco

y con Grossmann demuestran las modificaciones de la mucosa gástrica consecutivas á la exclusión.

El año 1910 presenta un aumento de la bibliografía sobre el asunto y los trabajos sobre exclusión aumentan con Körte, Payr, Sacharow y Busch.

Von Eiselsberg relata 12 observaciones de exclusión sin ningún mal resultado, por úlcera de píloro únicamente.

En los Archives Générales de Chirurgie del mismo año, Vautrin presenta una Memoria consagrada al estudio del tratamiento quirúrgico de la úlcera del duodeno, con un caso propio y personal de exclusión pilórica, y dice finalmente: «No hay que preferir las operaciones paliativas, como la gastroenterostomía, que pueden disminuir ó detener los peligros de la lesión, pero que no los suprimen» y termina diciendo, que la exclusión duodenal ó la duodenectomía dan una plena seguridad en cuanto al riesgo de la complicación.

Al XXIII Congreso francés de Cirugía, Ricard y Pauchet hacen una comunicación sobre el tratamiento quirúrgico de la úlcera duodenal, y á la par de Hartmann y Monprofit sostienen la gastroenterostomía. Otra vez, de nuevo, Jonnesco presenta 28 exclusiones de píloro reunidas desde 1906 y mantiene su afirmación de que la exclusión del píloro es la operación de elección en el tratamiento de la úlcera duodenal, que dicha operación es benigna y, en fin, que ella cura la úlcera.

Delagenière también relata, en 1910, 5 casos de exclusión personales, hechos en 1909. Leriche y Bressot, en el

Lyon Chirurgical del 11 de Octubre de 1911, dan á luz un trabajo sobre el tratamiento quirúrgico de la úlcera duodenal crónica y exponen la técnica de un método propio.

En Italia, Biondi, Bastianelli, Schiassi publican casos de exclusión con buenos resultados.

En el Congreso Alemán de Berlín de 1912, Katzentstein manifiesta que, en el tratamiento de las úlceras crónicas, completa la gastroenterostomía con una exclusión del píloro. Von Haberer, Neudörfer y Eiselsberg se declaran sus decididos partidarios, y Bier, de Berlín, recomienda el cierre ó la estrechez del píloro.

En Francia, Pauchet, de Amiens, comunica á la Sociedad de Cirugía, en Julio del año 1912, haber efectuado dos gastroenterostomías que tuvieron que ser completadas por una exclusión del píloro, una á los dos años y la otra á los siete meses, y tres gastroenterostomías asociadas á exclusiones del píloro.

Bajo el título de «Exclusión del Píloro como Complemento de la Gastroenterostomía y Un Nuevo Procedimiento de Exclusión en la Úlcera del Duodeno», aparece una tesis de París en 1912, de Seguinot, inspirada por Ricard, Gosset y Labey, declarándose el autor, en sus conclusiones, partidario de la exclusión del píloro.

Vemos, pues, cuán numeroso es el material de opiniones elaborado en favor de la exclusión del píloro, que tiende, día á día, á imponerse en el tratamiento quirúrgico de la úlcera del duodeno, por no decir que ya no existen

casi trabajos en las revistas del año 1913 y del actual, cuyos autores no sostengan en definitiva la exclusión del píloro, y declaren la insuficiencia de la gastroenterostomía simple con píloro abierto.

ALGUNOS PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS DE EXCLUSIÓN
PILÓRICA

«Para emplear un lenguaje de una precisión científica, rigurosa debería distinguir la exclusión del píloro de la exclusión duodenal. Pero, ya sea que la oclusión, la cual suprime la continuidad natural del tubo gastro-intestinal, caiga antes del píloro, ó sobre el píloro mismo las particularidades técnicas de la intervención no sufren modificaciones apreciables.» Así se expresa Silvio Porta («Journal de Chirurgie» Marzo 1914) y de acuerdo con él, mantendremos el nombre genérico de *Exclusión Pilórica*.

Hemos visto cuán reducidas eran las indicaciones precisas de la gastroenterostomía simple en la úlcera duodenal, quedando casi como una operación paliativa, á la que debe recurrirse cuando no sea factible otra más completa por razones locales ó cuando el enfermo, á causa de su estado general precario, exige mucha rapidez operatoria.

Por otra parte, la *Resección* requiere condiciones especiales, que no siempre ofrecerá el enfermo y presenta algunos inconvenientes serios de técnica y de anatomía. La *Excisión de la úlcera* no deja de tener dificultades opera-

torias y contraindicaciones demasiado serias para ganar terreno y ser una intervención, al menos, preferible. Desde luego pues, la exclusión pilórica ofrece muchas ventajas sobre las demás intervenciones en la úlcera del duodeno, y á ella se inclinan manifiestamente todos, ó casi todos los cirujanos actuales.

La exclusión ha adquirido toda su importancia, porque merece ser considerada como una operación radical desde el punto de vista de sus resultados, sin presentar, á la vez, una gravedad particular.

Los altos beneficios que comporta, juntamente con una relativa difusión han contribuido á que la exclusión pilórica se enriqueciera con muchos procedimientos operatorios y el concurso que le han prestado muchos cirujanos, no ha dejado, por eso mismo, de traer grandes discusiones sobre los distintos procedimientos ideados que, por cierto, harán de la parte técnica de esta intervención un importantísimo capítulo de medicina operatoria.

Son ya tantos los métodos divulgados que se han empezado á establecer clasificaciones, de las cuales daremos una somera reseña en forma de cuadros sinópticos.

De las clasificaciones más generales es la que divide los procedimientos en *temporarios*, denominando así á aquellos que, á la larga, permiten el restablecimiento de la función pilórica y *definitivos* á los que, como el adjetivo indica, ocuyen para siempre la vía normal.

Parlavecchio («Presse Medical», Abril 1913) los divide en dos grupos:

- 1.º—Con sección de la mucosa.....
- 2.º—La mucosa es conservada íntegra.....
- Berg
Parlavecchio
Wilms
Mayo
Körte
Bier
Girard, etc.
- Doyen-Eiselsberg
Kümmer
Kocher
Biondi
Schiassi, etc.

Silvio Porta trae la siguiente clasificación:

- 1.º—Exclusión por plástica.
- 2.º—Exclusión por sección.
- 3.º—Exclusión por ligadura
- Doyen
Mayo-Mohynihan
Wilms
Körte
Girard
De Beule, etc.
- Eiselsberg-Doyen, Jonnesco, Delagenière, Kummer-Kocher y otra serie de modificaciones más, como la de Leriche y Bressot, Pauchet, Gossset, etc.
- Kelling, Fowler-Ochsner
Borszevsky
Parlavecchio
Wilms
Göbell
Polya
Randisi, etc.

En este breve párrafo de técnica de exclusión de píloro, nos permitiremos relatar algunos procedimientos, que hemos hallado dispersos en revistas y en libros. Apenas si pondremos algunos, siguiendo la última clasificación citada, y con mayor razón para proceder así, porque el Dr. Finochietto publicará dentro de muy escaso tiempo su trabajo de agregación á la cátedra de Medicina Operatoria, sobre exclusión pilórica.

PROCEDIMIENTOS POR PLÁSTICA

Empezaremos por los procedimientos plásticos y por razones de cronología, daremos preferencia al método de Do-
yen de *invaginación* y *plegamiento*, descrito en su libro ya citado de 1895. Describe así su técnica: «Antes de practicar la gastroenterostomía tiramos el píloro hacia afuera, cosa fácil cuando está sano, y lo obliteramos con una especie de invaginación reforzada por un plegamiento. Invaginamos, primeramente, con el dedo hacia el duodeno una pequeña parte de la pared estomacal y la fijamos con tres ó cuatro puntos de sutura; replegamos en seguida el píloro hacia adelante de esta invaginación minúscula, suturando sus bordes inferior y superior con una sutura longitudinal continua ó de puntos separados»; y luego sigue: «y en caso de úlcera duodenal, este método asegura una curación mucho más rápida, porque la mucosa alterada no estará sino bañada por el jugo de las glándulas

de Brünner, el jugo pancreático y la bilis, y escapará así del contacto irritante del jugo gástrico».

El *blocage* de Moynihan y de W. Mayo, quienes lo han usado con tanto éxito, no es sino una modificación del método de Doyen al colocar los hilos de los puntos de sutura. Dichos hilos son transversalmente colocados con relación al eje del duodeno y son submusculares y se anudan aisladamente. Sin embargo, Mayo ha modificado ya su técnica y usa la ligadura con una banda de epiplón.

Este procedimiento ofrecería las ventajas de una técnica sencilla y de una ejecución rápida; pero el trayecto gastrointestinal bloqueado se restablece posteriormente.

Pílororrafia de De Beule.—Hace dos pliegues transversales de la cara anterior del píloro y de la porción horizontal del duodeno, y estos pliegues se adosan y se fijan por un pequeño surget.

De este modo puede obliterarse completamente la luz intestinal.

Procedimiento Girard.—Este cirujano, habiendo constatado que los procedimientos por ligadura no hacían desaparecer los dolores inmediatamente después de la operación, imaginó su procedimiento *extramucoso*.

Después de practicar la gastroenterostomía de Von Hacker, se incide la serosa y la muscular de la región prepilórica, en la extensión que separa la pequeña de la gran curvatura, respetando los principales vasos y tam-

bién la mucosa. Se disecan los labios de esta herida especialmente en su parte media. Con dos ganchos romos se tiran ambos labios en sentido longitudinal, uno hacia un lado y el otro al inverso, y la herida se transforma de este modo en un losange. Por medio de puntos separados se suturan sus bordes inferior y superior, quedando una línea de cicatrización perpendicular á la dirección de la primitiva incisión. Este método de Girard se funda en el principio de la piloroplastia de Mickulicz-Heinecke, pero inversamente aplicada.

En la actualidad es considerado este procedimiento como el más desventajoso de todos.

PROCEDIMIENTOS POR SECCIÓN

Método Von Eiselsberg.—Consiste este método en seccionar transversalmente el estómago y en obliterar por completo los dos orificios así creados y restablecer la continuidad del tubo digestivo por medio de una gastroenterostomía.

Indicaremos su manual operatorio, sacado del libro de Tuffier, «Cirugía de Estómago» de 1907.

Una vez abierta la cavidad abdominal se saca, hacia afuera del vientre, la porción de estómago que va á ser seccionada. Se hace un orificio en un espacio avascular del gran epiplón y otro en un sitio análogo del pequeño epiplón. Se colocan del lado del píloro dos grandes pinzas de estómago, una abarcando la gran curvatura y la

otra la pequeña curvatura. Después se rechaza el contenido gástrico y se colocan dos nuevas pinzas del lado del cardias. Colocadas estas pinzas, se seccionan las dos arterias entre dos ligaduras; se pone una compresa detrás del estómago y luego, á tijera, se secciona éste.

Uno de ambos cabos de la sección se envuelve en una compresa, mientras se practica la sutura del otro cabo; para lo cual se hace primero un surget total, luego se sacan las pinzas y finalmente se hace un segundo surget sero-seroso, invaginando de este modo el primero. Una vez terminada esta sutura se envuelve el muñón en una compresa y se procede con el otro extremo de la sección del mismo modo. Después se practica la gastroenterostomía, aunque algunos cirujanos prefieren practicarla previamente.

Esta intervención deja la retro-cavidad de los epiploones ampliamente abierta, y aunque por su tamaño no pueda ser causa de una obstrucción cuando una asa se introduzca en ella, Chauvel la oblitera con el gran epiplón, suturándolo á las dos secciones gástricas.

Este método de Von Eiselsberg, de exclusión verdadera, aunque garantice la definitiva interrupción del tubo gastrointestinal, no deja de ofrecer sus inconvenientes, siendo el primero de todos, la abertura de la cavidad gástrica, que expone á una infección del abdomen superior, siempre temible, y en segundo lugar, es un método largo que no soportan bien los enfermos agotados y débiles en la mayoría de las veces.

Al lado de este método de Von Eiselsberg, (que Doyen fué el primero en practicarlo, como consta en su libro de 1895 donde dice: «Hemos cerrado el píloro por diversos procedimientos; por sección transversal y sutura consecutiva, ó mejor en sujetos debilitados, por invaginación y plegamiento») existe toda una serie de procedimientos análogos, de distintos cirujanos, cuyas modificaciones, al cambiar en algo la técnica, traen consigo ciertas conveniencias.

Tal así, ó modificando el método Doyen-Eiselsberg, lo practican con predilección Jonnesco, Vautrin, Delagenière, Quenú, Gosset, Leriche y Bressot y Pauchet de Amiens, etc. Este último trae, en una comunicación aparecida en el «Bulletin de Chirurgie» de Julio 1912, ampliamente detallada la técnica por él empleada. Daremos un breve resumen.

Método Pauchet.—El autor practica primeramente la gastroenterostomía posterior, con suspensión vertical á lo Ricard y luego la exclusión pilórica de este modo: Trata de que la sección estomacal caiga lo más próxima posible al píloro. Un clamp curvo es pasado, de abajo arriba, por detrás del estómago, después de haber atravesado el epiplón gastro-cólico y el gastro-hepático á ras de la gran y pequeña curvatura estomacal. Se retira luego el clamp, después de haber pinzado una compresa de gasa, la cual queda colocada verticalmente detrás del estómago y en el sitio preciso donde se lo seccionará. Luego se colocan

cuatro ligaduras preventivas de catgut en los gruesos vasos, que ocupan la gran y la pequeña curvadura. Se colocan dos clamps elásticos, á distancia de 3 cent. el uno del otro, comprimiendo las paredes gástricas. Sección del estómago y sutura de ambos cabos gástricos por un doble surget.

Leriche y Bressot («Lyon Chirurgical» Octubre 11 de 1911) aconsejan, para abreviar el tiempo operatorio, hacer la sección al nivel mismo del esfínter pilórico y no á la altura del antro; porque de este modo las superficies de sección, que hay que suturar, son menores y la economía de tiempo sería mayor, y hay quien hasta va más allá y aconseja dividir el esfínter cuidadosamente en dos mitades lo que ayudaría á contener los jugos digestivos.

Esta clase de exclusión por sección dice Eiselsberg haberla aplicado 46 veces y ha tenido 4 fracasos; Jonesco 26 veces con una sola muerte; Delagenière 4 veces con un muerto por delirium tremens; pero en los 3 restantes, á quienes ha observado durante un año, el éxito fué completo. Gosset publica en la tesis de Seguinot dos casos con resultado excelente.

Método Biondi.—Colocaremos este procedimiento entre el número de los clasificados por sección, aunque haya en él sección, ó mejor dicho, resección de la mucosa únicamente.

En la cara anterior del antro pilórico, paralelamente al eje del estómago y bien en el medio, se practica una

incisión de seis á diez centímetros de extensión, que secciona la serosa, la muscular y la submucosa; esta incisión se prolonga más del lado estomacal que del lado del duodeno. Llegado á la mucosa íntegra, se la aísla en todo su contorno y se hace así un *manchón*, que luego se cierra en cada extremo con dos ligaduras con hilos de seda, pasados por transfixión; dos ligaduras, pues, del lado del estómago y otras dos del lado del píloro. Luego se practica la excisión del manguito por sección entre ambas ligaduras dobles. Finalmente sutúrase la incisión de las paredes gastro-pilóricas en tres planos, flexionando hacia adentro, en espolón, los planos de las tres suturas.

Luego se efectuará una gastroenterostomía, la que restablecerá la contiauidad del tubo gastrointestinal.

Silvio Porta afirma que tal procedimiento no ofrece dificultades, según su experiencia en cadáveres y en animales.

La mucosa de la región pilórica y juxta-pilórica, gruesa y resistente, puede ser aislada en toda su extensión, si se tiene la precaución de mantener la disección en la capa submucosa, que ofrece un buen plano de clivaje y de no interesar la muscular-mucosa.

Las ulceraciones profundas y los tumores inflamatorios no dificultan la intervención, porque deben ser dejados en la región excluida y por otro lado, las ulceraciones superficiales, aunque provoquen la abertura del tubo mucoso, no por esto se verá en ellas una contraindicación formal.

Las ventajas del procedimiento Biondi se deducen de

los hechos siguientes: que la operación no interesa los gruesos vasos gastroepilóicos; que se efectúa en partes recubiertas de peritoneo; que no se abre la retro-cavidad de los epiplones y ni la estomacal, lo que garantiza una asepsia mayor que en los otros métodos. Además, es posible realizar la operación de Biondi aun cuando existan adherencias de la pared posterior. Por otra parte, deja la región donde se opera con sus relaciones normales ó casi normales y, si bien interrumpe la permeabilidad del tractus gastrointestinal por la vía pilórica, nunca se ha notado, después de un lapso de tiempo bastante prolongado, ninguna alteración de la forma del estómago. El cierre de los muñones es perfecto y nunca se ha observado tampoco la perforación post-operatoria. La inversión de los bordes de la incisión, al practicar la sutura, produce un relleno cicatricial y fibroso del sitio donde fué resecada la mucosa, que mantiene definitiva y totalmente excluido el píloro, lo que hace más regular y perfecto el funcionamiento de la boca anastomótica.

Este procedimiento trae como consecuencia, desde el punto de vista de las funciones secretorias del estómago y del duodeno, la disminución de la hipersecreción al ser excindida una porción de la mucosa prepilórica y por otra parte, la mucosa de la porción excluida tiende á perder su rol secretorio, por degeneración de las células glandulares y por lo tanto las lesiones, cuya irritación era mantenida por los jugos segregados, evolucionarán hacia la cicatrización y la cura.

PROCEDIMIENTOS POR LIGADURAS

Los que acusan, como una maniobra larga, complicada y hasta difícil, á la exclusión unilateral del píloro con sutura de ambos muñones gástrico y duodenal y le reconocen como método seguro de obliteración, agregan, que dicha sección gástrica al nivel de la región prepilórica, á más de los escollos de la técnica, hace temer una recidiva de la úlcera bajo la influencia del ácido clorhídrico, que se genera en el segmento del antro estomacal adyacente al píloro, al que queda unida la úlcera después de la operación.

Por estas razones y sobre manera por la sencillez y la brevedad de la técnica, se han ideado muchos procedimientos de exclusión por ligadura, ya con hilo, con seda simple, con seda cordonnet, con cintas, con catgut, con hilos metálicos, con epiplón, aponeurosis, tendones, ligamentos y venas, etc. Estas ligaduras eran colocadas directamente ó después de un *écrasement* de las paredes gástricas ó intestinales; y ligando todas las tunicas, ó bien haciéndolo únicamente con la túnica mucosa, como en el procedimiento que trae en su tesis Seguinot.

Empezaremos por la descripción de este método llamado en dicha tesis:

Procedimiento del hilo músculo-mucoso efectuado por Ricard y Labey.—Después de practicada la gastroenterostomía, se busca primeramente el sitio donde será co-

locado el hilo en la región duodeno-pilórica, y se lo colocará entre la úlcera y el estómago y sobre el duodeno de preferencia, teniendo, para realizar esto, como punto de reparo la *piloric-vein* de Mayo. Es de preferir la seda gruesa al hilo.

Ricard usa una aguja curva de Doyen; Labey prefiere la aguja curva de Kirby.

He aquí descripta por Seguinot la técnica de las maniobras operatorias: «Se toma, entre el pulgar y el índice de la mano izquierda, la pared del duodeno y se hace un pliegue transversal de dicha pared. Con la mano derecha se hunde la aguja entre la seromuscular y la mucosa y se la guía sobre los dedos de la mano izquierda, de tal manera, que dé una vuelta circular al duodeno y vaya á salir al lado opuesto y cerca del orificio de entrada. Se pasa entonces en la aguja la seda n.º 2 y luego, la aguja efectúa en sentido inverso, el camino antes recorrido. Luego de tener la seda pasada, se la aprieta y se la anuda, y entonces se vé de inmediato plegarse las paredes duodenales». Menciona Seguinot, tan solo tres enfermos operados con este método, de los cuales uno murió al día siguiente de una angina de pecho. Por lo demás, declara el mismo autor que este procedimiento de exclusión es temporario y suficiente para asegurar la cicatrización de la úlcera, y que tiene la ventaja de permitir el retorno de las funciones pilóricas á su estado primitivo de normalidad.

Método Parlavecchio.—En «Il Policlinico», Sezione Práctica, anno XVII, pág. 515, publicó el autor su méto-

do de exclusión pilórica por ligadura. Lo describe así: «El método consiste en bilocular el estómago, mediante una ligadura circular, aplicada á la izquierda del tumor y en apretar lo suficiente para impedir toda comunicación entre las dos cavidades, pero sin maltratar ni cortar los tejidos.

En segundo lugar, practicar la gastroenterostomía antes ó después de la ligadura.

Un clamp curvo, llevando un hilo fuerte y no elástico, perfora de adelante atrás el epiplón gastro-cólico, cerca de la gran curvatura y en un espacio avascular. Conducido directamente hacia arriba, á lo largo de la cara posterior del estómago, perfora luego, de atrás adelante, el epiplón gastro-hepático, cerca de la pequeña curvatura. Retirado el clamp no queda sino anudar el hilo sobre la cara anterior del antro estomacal.»

Después Parlavecchio modifica el método, visto los ataques que experimentalmente confirman sus defectos y utiliza: 1.º, en vez del hilo una cinta de algodón de un centímetro de ancho, ó en su defecto una gasa doblada tres veces sobre sí misma, é indica apretar la ligadura tanto como sea necesario para cerrar la luz, sin estrangular los tejidos. 2.º, en vez de anudar los dos extremos de la cinta ya apretada, los sutura y luego invagina, con tres puntos de sutura sero-serosa, la ligadura y efectúa la gastroenterostomía posterior á suspensión vertical.

Parlavecchio, como hemos dicho, introduce modificaciones accesorias á su técnica, y de capital importancia

dadas las imputaciones que se le hacen al empleo del *hilo*.

En efecto, son famosas las 4 experiencias de Randisi («La Clínica Chirúrgica», 31 Diciembre 1910) en 4 perros, de las cuales 3 son decisivas. He aquí el resumen:

Primer perro.—Ligadura del estómago con una cinta de 5 mm. de ancho. A los 40 días dicho órgano ofrece una estrechez impermeable al nivel de la ligadura, que no se había movido.

Segundo perro.—Ligadura con cordonnet de seda.—30 días después, ambas cavidades comunicaban entre sí por un canal de unos 4 mm. de diámetro y el hilo había cortado la serosa y la muscular y se hallaba alojado en la submucosa.

Tercer perro.—Ligadura con seda común.—A los 35 días el hilo había cortado la serosa, la muscular y en ciertos puntos la mucosa, asomando al interior del estómago, después de haber ulcerado ésta.

En el cuarto perro la experiencia no tiene valor.

Vemos pues, en estas 3 experiencias útiles, el distinto resultado del empleo de la *cinta* y del *hilo*.

Al modificar su técnica Parlavecchio, ya insiste sobre ella por las razones siguientes:

a)—Las experiencias comparativas han demostrado, que la emigración de las ligaduras de la periferia hacia la luz del intestino se realiza en un tiempo proporcional á su diámetro ó á su anchura y al grado de constricción que efectúan.

b)—El nudo penetraría en la luz mucho antes que el asa restante, y por eso rehusa Parlavecchio anudar las cintas.

c)—Si la cinta no es invaginada, se la ve contraer adherencias con los órganos vecinos, especialmente con el hígado, lo que ocasiona probablemente los fenómenos dolorosos, secundarios durante la digestión.

A las objeciones clínicas y experimentales que le hacen á Parlavecchio; de que con su método se obtiene una exclusión temporaria y no definitiva; que la cinta puede caer sobre la úlcera, lo que es un serio inconveniente; que en los operados por ligadura con seda se han observado dolores durante la digestión; que en algunos casos la exclusión ha fracasado; y otras imputaciones más, responde el autor:

1.º Que la experimentación y la clínica demuestran, que la oclusión hecha con la cinta es completa durante algunos meses, los que son suficientes para obtener la cura de la úlcera y que, si el antiguo píloro vuelve á funcionar, esto es una ventaja y no un inconveniente del método.

2.º Que si la úlcera es grande, no podrá pasar sin ser vista, y por lo tanto se colocará debidamente la cinta; y si la úlcera es pequeña, no puede producir una perforación, porque la cinta provoca adherencias entre los pliegues de la serosa, capaces de evitar la perforación.

3.º Que se deben atribuir los dolores, durante la digestión, á las adherencias producidas por la deficiente in-

vaginación de la ligadura y que Bier y el autor no han observado en sus operados la aparición de esos síntomas secundarios.

4.º Que, cuando siguen los disturbios después de la oclusión, se debe suponer que no se había apretado lo suficiente la cinta, ó que existía otra úlcera á la izquierda de la ligadura.

5.º Que la cinta oclusiva puede ser colocada á gran distancia del píloro.

Luego dice de su método Parlayecchio, que es simple y breve, y que, realizado con una buena técnica, se hará preferir por sus buenas condiciones y ventajas.

Pero, á pesar de la defensa que hace el autor de su propio método, René Leriche ataca vigorosamente el método de Parlayecchio y él de las ligaduras en general. Dice: «hay que saber bloquear de un modo seguro y definitivo la vía pilórica por delante de la lesión y no limitarse á parodiar una exclusión.» Llama escamoteos operatorios al plegamiento del píloro, á la ligadura con seda, con banda aponeurótica, ó con epiplón y termina diciendo que el mejor de ellos no vale nada. «No hay sino una sola manera de cerrar seguramente la vía píloro-duodenal; hay que cortar el antro pilórico, ó el píloro transversalmente; cerrar con suturas metódicas los dos muñones gástricos y anastomosar el asa yeyunal á la parte cardíaca del estómago.»

En contra del procedimiento del *hilo*, que trata de substituir la clásica exclusión de Doyen-Eiselsberg, presenta

Leriche dos casos de úlcera operados por el método de Parlaveccchio.

En el primer enfermo, con una úlcera duodenal, el 3 de Enero de 1912 hace una gastaoenterostomía y después una ligadura muy apretada con catgut sobre el píloro.

El resultado inmediato fué excelente; pero, á fines de Febrero, aparecen de nuevo los disturbios digestivos y radioscópicamente se observa que todo el bismuto se evacúa por el antiguo píloro. Intervenido nuevamente el 17 de Marzo, se halla la boca anastomótica reducida de calibre. Dice Leriche, que á las objeciones que puedan hacérsele por haber empleado, en este enfermo, catgut y haber apretado demasiado la ligadura, etc., detalles á los cuales Parlaveccchio da tanta importancia, así como al grosor, la naturaleza y manera de apretar la ligadura, las rechaza de plano, pensando que es una regla general de fisiopatología intestinal la emigración de los cuerpos extraños hacia la luz del conducto.

En la segunda observación se trata de una mujer con una úlcera callosa de la pequeña curvadura, en la que usa de nuevo el procedimiento Parlaveccchio, operándola el día 12 de Marzo.

El resultado inmediato fué perfecto otra vez. Pero, el 26 de Abril, la radioscopía mostró que el estómago había tomado su forma normal y todo el bismuto pasaba por el píloro. En esta mujer, aunque se obtuvo un éxito clínico definitivo, el resultado buscado, la impermeabilidad del píloro, no fué alcanzada.

En apoyo del método de Parlavecchio, Randisi publicó 4 casos de biloculación del estómago con buen resultado clínico; pero estas pruebas son sin valor demostrativo, desde que la controversia recae sobre la persistencia de la estrechez artificial y no sobre el resultado. Más aun, estas exclusiones temporarias, aunque bastaran para la curación de una úlcera, no por eso dejan, al permitir la rehabilitación de las funciones del píloro, de ser arriesgadas; porque permiten que nuevamente la zona peligrosa, el sitio de implantación más frecuente de las úlceras duodenales vuelva á estar en contacto con el contenido gástrico, lo que constituye, tal vez, la causa más eficiente en la producción y el mantenimiento de dichas lesiones ulcerosas.

Toda una serie de observadores se ha opuesto á las conclusiones de Parlavecchio y de Randisi.

En Italia Oliva y Paganelli, quienes han hecho experiencias en 9 perros y han observado, á partir del segundo mes de la operación, la penetración parcial de la ligadura en la cavidad gástrica, penetración que, luego, se hace completa, terminando por eliminarse el material usado en la ligadura y permitiendo un restablecimiento consecutivo de la abertura de la parte artificialmente estrechada.

Oliva y Paganelli terminan por decir, que «la exclusión con ligaduras es temporaria y debe ser abandonada, rechazada.»

En otro trabajo más completo y extenso, Tappeiner

llega á los mismos resultados. En la clínica quirúrgica de Greisfswald ha buscado el valor de los diferentes métodos de exclusión sin abrir el estómago: el de Doyen, la plástica submucosa de Girard, la ligadura de Kelling y Parlavecchio, la de Bogoljuboff-Wilms y según sus 17 experiencias concluye diciendo: que ninguno de estos procedimientos da una obliteración definitiva del píloro; que siempre los hilos se eliminan por la luz duodenal y que permiten el restablecimiento del circuito digestivo normal. Solo el procedimiento de Wilms merece ser en rigor conservado, porque la ligadura aponenrótica no perfora la pared y se organiza de manera á dar un estrechamiento fibroso definitivo del píloro. A más, estos experimentos demuestran que la emigración de los hilos es cuestión de tiempo y que la manera de atarlos y apretarlos no modifica sensiblemente los resultados definitivos.

Luego, pues, la experimentación y la clínica están de acuerdo en aconsejar que debe recurrirse á los procedimientos de sección transversal y suturas de los muñones, si se quiere conseguir una exclusión definitiva.

En apoyo de esta afirmación podemos citar á Enriquez y Gosset, quienes presentaron á la Sociedad de Cirugía 7 casos y admiten, como único procedimiento de exclusión, el empleo de la sección; pues que los demás son insuficientes, según hemos visto y según los estudios radiológicos de Barsony.

Terminamos, pues, este párrafo contestes en afirmar con

Leriche, que la exclusión por sección transversal y con sutura de los muñones es el procedimiento de exclusión del píloro y duodeno que debe ser de elección entre los diversos métodos y en el tratamiento quirúrgico de la úlcera duodenal.

Procedimiento Wilms. — Fué Bogoljuboff quien tentó experimentalmente, con ayuda de bandas aponeuróticas sacadas del gran recto, obturar el intestino y practicó sus ensayos en perros, según la técnica siguiente: Sacaba una tira, de 6 á 7 centímetros de largo por 1 centímetro de ancho y la arrollaba alrededor del intestino. Los animales sacrificados mostraban una estenosis fibrosa lo más frecuentemente, obliterando por completo la luz intestinal. Luego la usó en el hombre, pero, quien la utilizó por primera vez para excluir el píloro en la úlcera duodenal, fué Wilms en 1911.

Se corta en el tercio inferior de la fascia lata una tira, que tiene al menos tres centímetros de ancho por ocho á diez de largo, desprovista de grasa y fibras musculares en absoluto. La herida del muslo cura, sin inconvenientes, por primera intención. Después de hecha la gastroenterostomía, se aísla el píloro y se pasa por él la tira aponeurótica, rodeándolo circularmente; se la anuda sobre el píloro y se aprieta fuertemente, tirando de los dos extremos de la tira aponeurótica con pinzas Kocher. El nudo de la bandeleta es atravesado con un hilo de seda, el cual se anuda para fijar bien el nudo de la tira aponeurótica y

á más, algunos otros puntos de seda fijan las extremidades de la tira sobre el anillo fibroso que ella misma forma. Se colocan luego algunos puntos, que fijan dicho anillo á la serosa y muscular del píloro, á fin de evitar cualquier deslizamiento.

Esta tira aponeurótica, ya retraída al ser sacada de la fascia lata, sufre una nueva retracción secundaria, cicatricial, que obturará la luz pilórica, cuya oclusión será así progresiva, y la lentitud de esta retracción permitirá que la circulación se adapte á las nuevas condiciones creadas, é impedirá, de este modo, cualquiera alteración de las paredes del conducto.

El procedimiento de Wilms ha sido empleado en nueve casos de úlcera duodenal, en uno de estómago y en cinco de gastrectasia con estenosis pilórica por adherencias, y se ha obtenido siempre un buen resultado, comprobado con exámenes radiológicos.

Otro procedimiento de ligadura es el que utiliza el epiplón, tal como hacen los Mayo, quienes han dejado el *blocage*, empleando actualmente una bandeleta de epiplón, que da dos vueltas alrededor del píloro.

Procedimiento Polya.—(«Zentralblatt für Chirurgie», Agosto, 1913). Dice el autor que cree haber encontrado en el ligamento *teres hepatis* un material, que corresponde bien al objeto de la técnica por ligadura. Dicho ligamento corre, en su trayecto extraperitoneal, en el denominado canal umbilical de Richet y en el territorio de la incisión mediana,

supraumbilical, y es fácil de disecarlo en la grasa pre-peritoneal. Para la ligadura del píloro ó del antro pilórico es muy apropiado por su forma redondeada y su gran flexibilidad.

Dice Polya que la técnica es muy sencilla. «Después de una gastroenterostomía posterior, retro-cólica, un trozo del ligamento, de 5 á 6 centímetros de largo, previamente disecado y seccionado de antemano, es pasado, valiéndose de una pinza de Kocher, por detrás del estómago, de manera que venga á rodear el píloro. Entonces sus dos ex-

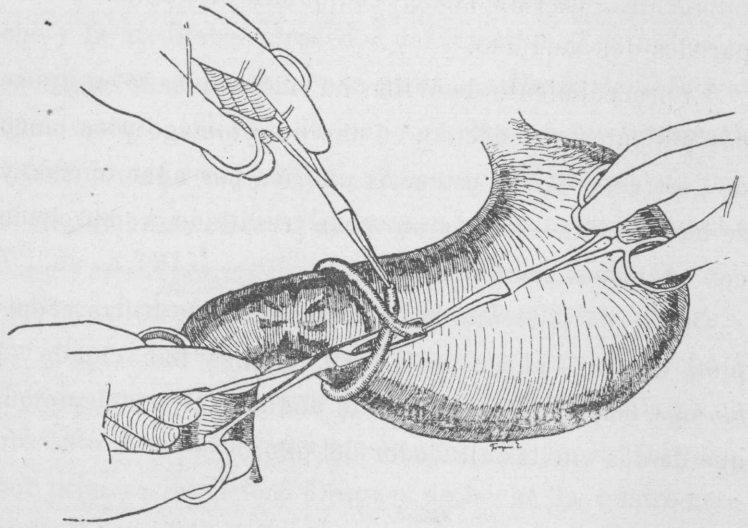


Fig. 1.

tremos se cruzan y se anudan (ver fig. 1) y se fijan con dos ó tres puntos de catgut por medio de una sutura no perforante, es decir, serosa (ver fig. 2). El autor ha ensayado este procedimiento en 7 casos, de los cuales 5 curaron y 2 murieron, uno 20 días después de peritonitis

y el otro 9 días después por una embolia cerebral. En ambos casos y por medio de la autopsia, se constató que la ligadura del píloro persistía y que éste estaba muy estrechado, dejando pasar, en un caso, un catéter fino y en el otro apenas una sonda acanalada.

En el caso muerto al vigésimo día de la intervención,

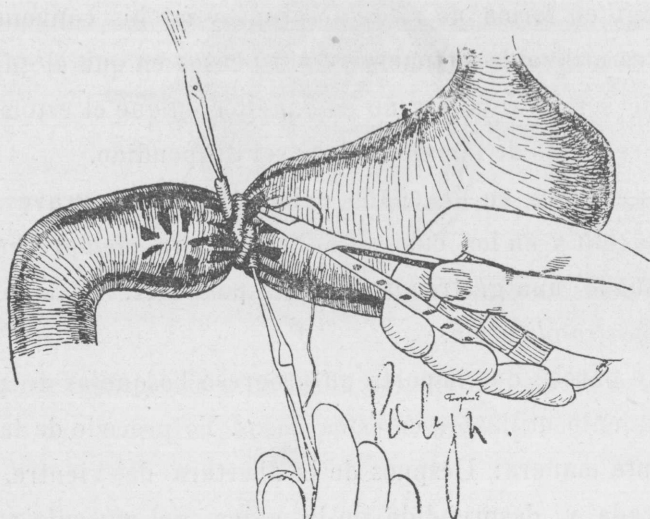


Fig. 2.

las investigaciones histológicas, hechas por el Dr. Entz, probaron que el ligamento era reconocible en medio de los tejidos de las paredes estomacales y que no daba señales de reabsorción ó necrosis. En el sitio de la ligadura no había reacción inflamatoria.

Los cinco casos curados fueron examinados radiológicamente algunas semanas después de la intervención y se pudo constatar que la sopa de bismuto no pasaba por el píloro.

Procedimiento de Rodolfo Göbell de Kiel.—Exclusión pilórica y formación de un ligamento suspensorio por transplante aponeurótico.—Dice el autor que no le era conocido el procedimiento de Wilms. «Yo no tengo todavía un juicio definitivo formado respecto á las consecuencias de este procedimiento y lo he empleado en un caso de estómago en forma de reloj de arena y me he convencido que es utilizable solamente en los casos en que el píloro puede ser levantado y no en aquellos en que el estómago está reducido de tamaño y debe ser suspendido.

Hay casos en los cuales existe una ptosis grave con dilatación y en los cuales yo, hasta ahora, siempre había efectuado una gastroenterostomía posterior, retro-cólica con *gastro-plicación*.

Me parece que importa un progreso bosquejar un procedimiento utilizable en estos casos. Yo procedo de la siguiente manera: Después de la abertura del vientre, es disecada y desprendida de la vaina del músculo recto derecho, en dirección oblicua, una tira aponeurótica, de 10 á 12 centímetros de largo y 2 centímetros de ancho. Entonces se diseca y levanta sobre la pared del estómago ptósico y dilatado un gran colgajo sero-muscular á partir desde el píloro, en donde queda fijado. Circularmente, en forma de anillo, por dentro de la base del colgajo sero-muscular es colocada una de las extremidades del colgajo aponeurótico sacado de la vaina del recto y fijada con algunos puntos de seda, de manera á cerrar el píloro (ver figura 1).

La otra extremidad (ver fig. 2) de la tira aponeurótica es colocada por delante del celgajo músculo-seroso de la

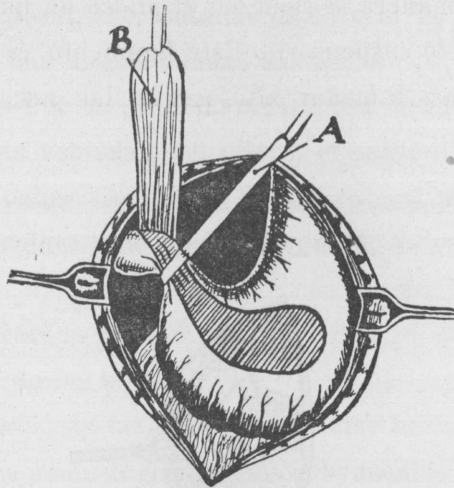


Fig. 1

pared del estómago y rodeada con él, por medio de una sutura con seda. La parte aponeurótica, que rodea el pí-

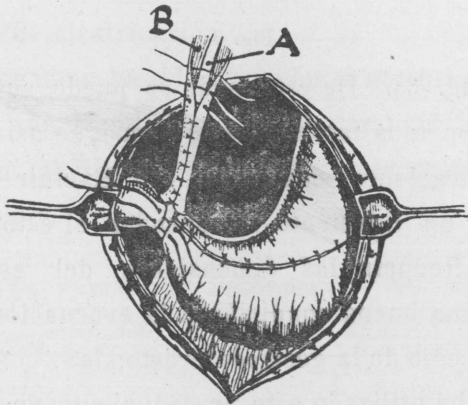


Fig. 2.

loro, es cubierta con una sutura sero-serosa. La pérdida

de substancia de la pared del estómago, se sutura con puntos separados de seda.

De esta manera se tiene en el píloro un buen cierre y un ligamento suspensorio. Este ligamento es fijado, últimamente, más ó menos alto, según las necesidades del



Fig. 3.

caso (ver fig. 3). De este modo se puede suspender el estómago con toda facilidad y se consigue así llenar las cuatro indicaciones siguientes: 1.º Excluir el píloro. 2.º Formar un ligamento y suspender el estómago ptósico. 3.º Reducir las dimensiones del estómago y 4.º Crear una buena condición á la evacuación del estómago por medio de la gastroenterostomía».

El autor ha utilizado este procedimiento en dos casos.

Procedimiento Brewer.—(«Surgery, Gynecology and Obstetrics», de Febrero de 1914).—Basado en las experien-

cias de Halsted, quien efectúa el cierre de anchas arterias por medio de bandas de aluminio, inicia una serie de experiencias en el perro, tratando de obturar la luz del canal pilórico con dichas bandas metálicas.

Técnica.—Por un pequeño orificio practicado en el gran epiplón, en la vecindad del píloro, el autor introduce un clamp de Kocher. Comprime ligeramente el píloro; retira el clamp y coloca una banda de aluminio de un centímetro de ancho. Se aprieta sólidamente con los dedos y de manera á obstruir la luz del píloro sin llegar á comprometer la vitalidad de los tejidos.

En una sola, de las diez experiencias hechas por Brewer, hubo necrosis de los tejidos subyacentes á la banda de aluminio. En los demás casos el cierre pilórico fué hermético y permanente. En varios perros sacrificados, después de varias semanas de la operación, se constató que la lámina metálica se encontraba oculta y rodeada por tejidos de cicatrización.

Este método no ha sido usado en el hombre. Es un procedimiento rápido, limpio, sencillo, que indiscutiblemente con algunas modificaciones, llegará á ser un buen método en lo porvenir.

VALOR DE LA EXCLUSIÓN PILÓRICA EN EL TRATAMIENTO
DE LA ÚLCERA DUODENAL
SEGÚN SUS RESULTADOS INMEDIATOS Y ALEJADOS

Para poder apreciar en toda su realidad el valor de la exclusión pilórica, unida á la gastroenterostomía, como

tratamiento quirúrgico de la úlcera duodenal, nada más práctico que, al mismo tiempo que vemos desfilar estadísticas excelentes y alentadoras, consideremos los beneficios que, uno á uno, aisladamente, repercuten con tanta armonía en estos operados; rehaciendo el equilibrio general de las funciones digestivas y trayendo la desaparición de aquellos síntomas, que habían torturado á los pobres enfermos, llevándolos á las lindes de una caquexia lastimosa ó de una anemia nada tranquilizadora é inquietante, cuando no, como en la observación ya citada de Tuffler, á vivir subyugados á las tiranías de un bistori maestro.

Después, al entablar un análisis comparativo entre la exclusión y la pilorectomía y la gastroenteroanastomosis, veremos establecida, tan solo analizando sus resultados y su técnica, la supremacía de aquella operación, que tiende, día á día, á invadir el campo de la cirugía en la úlcera duodenal.

Las estadísticas, aunque no ofrecen el número ingente de observaciones recolectadas en las de la gastroenterostomía, no obstante, nos presentan tantos éxitos definitivos, con tan pocos fracasos (y éstos en casos especiales) que la exclusión es declarada por casi todos los autores actuales, sino la operación de elección, al menos, á la que debe recurrir casi siempre el cirujano en busca de una cura completa.

Considerando los *resultados inmediatos*, la exclusión, según todos los autores, es un procedimiento perfecto; porque los dolores desaparecen instantáneamente, desde

que la úlcera deja de estar en contacto con el contenido gástrico ácido; porque reaparece de inmediato el apetito y la facilidad de la digestión, y los enfermos comienzan á aumentar de peso; porque desaparecen todos los trastornos anteriores, debidos al estancamiento estomacal de los alimentos y porque se regularizan las funciones intestinales.

Leriche y Bressot reunen, como documento probatorio, 50 casos de distintos autores, cuyos resultados inmediatos son excelentes.

Los *resultados alejados* son altamente favorables á la exclusión del píloro y los estudiaremos en el párrafo siguiente.

Entre *los disturbios mecánicos* del estómago, es el estancamiento de los alimentos lo que indica la intervención cuando hay espasmos ó estenosis del píloro. Ahora bien, practicando una gastroenterostomía con píloro permeable, hemos visto ya cuán deficiente es la evacuación estomacal y en cambio, esta operación, asociada á la exclusión del píloro ó á la pilorectomía, aumenta considerablemente la rapidez de la evacuación gástrica.

Tuffier, Amza Jianu, Brechot dicen que, en los casos de píloro cerrado, se obtiene una evacuación más rápida que en un estómago normal, ya sea debido esto á la ausencia de esfínter al nivel de la nueva boca, ó sea ya por el mecanismo observado por Tuffier, quien dice que la caída de algunas gotas del contenido estomacal en el intestino, desde la llegada de los alimentos, actúa sobre

la secreción pancreática-biliar y secundariamente sobre la abertura de la neostomía, abreviando el tiempo que transcurre desde dicha llegada de los alimentos al estómago hasta la primera evacuación pilórica, como pasa en la normalidad de las funciones digestivas y en los sujetos sanos.

No obstante Leo Schüller, según sus exámenes radioscópicos, cuyos resultados veremos al estudiar la pilorectomía, hace conclusiones distintas y dice que la estadía de los alimentos en el estómago, es decir, la digestión gástrica tiene la misma duración después de la pilorectomía, como después de la gastraeenterostomía simple. A estas afirmaciones pueden oponerse las de Leriche y Bressot, quienes dicen que la evacuación gástrica está acelerada.

La exclusión trae modificaciones profundas del *quimismo gástrico* y de una manera rápida. Amza Jianu lo ha probado experimentalmente en perros y clínicamente.

En efecto, ambas operaciones, la exclusión y la pilorectomía ocasionan una rápida disminución de la acidez total y del cloro orgánico y mineral, en una proporción avaluada en la mitad del existente. El mismo Jianu, quien ha tenido la prolijidad de investigar el quimismo gástrico antes y después de la operación en los enfermos de Jonnesco, ha notado, casi constantemente, una disminución de la hiperclorhidria y de la hipersecreción.

Desde el punto de vista de los resultados sobre los *síntomas funcionales y generales* la exclusión es un ex-

celente método operatorio y tiene casi todas las ventajas, que luego hallaremos al estudiar la pilorectomía.

Realmente, ella subtrae á la úlcera duodenal de la acción irritante del jugo gástrico ácido y de los alimentos y á más, Amza Jianu y Grossmann han constatado la supresión de la secreción de la mucosa excluida que, en caso de persistencia, podría continuar irritando la úlcera.

Por otra parte, las observaciones de Eiselsberg y Jonnesco permiten observar mejorías durables y excelentes resultados.

En dos enfermos operados por Eiselsberg en 1905, que tenían grandes tumores que fueron confundidos con cánceres, la exclusión los hizo desaparecer en absoluto, juntamente con todos los síntomas y estos enfermos quedaron curados de sus úlceras, sin tener ningún trastorno ocasionado por ellas hasta su muerte, acaecida por otras causas á los 7 y á los 9 años, respectivamente, después de haber sido operados. En sus 29 casos, menos uno, Jonnesco ha comunicado también resultados inmejorables, diciendo que «los dolores, las hemorragias, la hiperacidez é hipersecreción gástricas han cedido completa y rápidamente».

Von Haberer en 5 años, desde 1908, ha practicado 24 exclusiones unilaterales del píloro; 4 veces por úlcera pilórica, 2 por perigastritis, 3 por úlcera píloroduodenal y 14 veces por úlcera duodenal («Archiv. für Klinische Chirurgie» Diciembre 1912, pág. 161-192).

No ha perdido, sino uno solo de sus operados, á pesar de que algunos de ellos estaban en estado de salud muy precario en el momento de la operación. Los resultados inmediatos fueron excelentes, y desde el punto de vista de los resultados alejados, fueron seguidos todos los operados, menos uno. En todos, los buenos efectos de la operación se mantuvieron y continuaban en la época de la comunicación gozando de una perfecta salud y con digestiones normales.

Desde luego, pues, la úlcera, al abrigo de las irritaciones constantes producidas por el contacto del jugo gástrico, cicatrizará más fácil y más rápidamente, trayendo por lo tanto una pronta mejoría de los síntomas. Los dolores desaparecerán desde que la exclusión evitará el espasmo del píloro y la irritación de la mucosa ulcerada por el contenido gástrico.

En cuanto á la *función secretoria del estómago* en los excluidos del píloro, según la observación de Jounnesco, hay siempre una disminución de la hipersecreción y de la hiperclorhidria. Por otra parte, las experiencias de Amza Jianu y Grossmann han demostrado cambios histofisiológicos importantes de la zona excluida. Efectivamente se observa una degeneración de las células secretorias, hasta el extremo de desaparecer toda secreción al nivel de las partes excluidas. Así tal, prueban las experiencias de Casagli también, cuyos resultados insertaremos después.

La *neostomía* funciona perfectamente y todo estancamiento alimenticio previo desaparece rápidamente y los

vómitos no se reproducen sino en casos excepcionales.

La exclusión, con respecto al síntoma *hemorragias*, debe tener un gran rol, una excelente capacidad hemostática, porque pone la úlcera en reposo y al amparo de irritaciones y roces de los alimentos, que puedan erosionar su superficie, así como hacer desprender los pequeños coágulos que obturen los vasos abiertos. Von Eiselsberg la practica en 4 casos y obtiene éxito en 3, y en el 4.º caso el enfermo cura, pero, á los 3 $\frac{1}{2}$ años, muere de una hemorragia sobreaguda. Jonnesco practica la exclusión en 9 casos de hemorragias con excelente resultado terapéutico en 8 casos y el 9.º murió al noveno día, á causa de una hemorragia intestinal fulminante. Amza Jianu trae un éxito y Vautrin cuenta otro éxito en un ulceroso con hemorragias y anemia grave.

En lo referente á *perforaciones* de úlceras en operados por exclusión, no se ha observado ningún caso, lo que prueba, que las lesiones excluídas detienen su evolución y tienden á la cicatrización. En cuanto á la gastroenterostomía no puede decirse lo mismo, desde que hay casos de perforación de úlcera en gastroenterostomizados.

La cura de la hiperclorhidria, así como la disminución de la hipersecreción, debidas ambas á la exclusión, hacen determinar previamente el efecto de dicha operación sobre la aparición de la *úlcera péptica* de la boca anastomótica ó del yeyuno y hacen pensar, que la exclusión impide, pues, la aparición de estas úlceras secundarias. Y en prueba de lo que acabamos de manifestar, está el hecho

que, hasta lo presente, no ha sido señalada en ningún operado por exclusión la presencia de la úlcera péptica del yeyuno ó de la neostomía. Sin embargo, hasta ahora, es escaso el número de exclusiones con relación al de las gastroenterostomías y á más, en contra de ellas hablan las observaciones de Navarro, Leriche y Gosset, de úlcera péptica del yeyuno en casos determinados de gastroenterostomía con un píloro estenosado, lo que hacía en ellos muy semejantes las condiciones fisiológicas á las de un excluído del píloro. Pero la causa de la úlcera péptica secundaria no estaría en que se haga exclusión ó gastroenterostomía simple, sino en hacer bien la gastroenterostomía, de modo impecable y que la nueva boca anastomótica no se halle privada de los jugos alcalinos del hígado y del páncreas, que neutralizan la acidez del contenido gástrico, causa eficiente de la producción de estas úlceras pépticas.

Por lo que se refiere á las *modificaciones anatómicas* del segmento intestinal, comprendido entre el píloro y la boca anastomótica, en los operados de gastroenterostomía simple ó de exclusión de píloro, Casagli de Florencia ha tratado de resolverlas experimentalmente en perros. Pues bien, no se observan, según dice el autor, modificaciones anatómicas en el duodeno, sino cuando la circulación duodenal está completamente interrumpida. En este caso de la inactividad del duodeno las modificaciones son poco marcadas y tan solo visibles microscópicamente. Recaen sobre la túnica muscular y son modificaciones de

importancia escasa; pero, en cambio, se notan las señales de una esclerosis fibrosa en la zona más interna de la submucosa, principalmente alrededor de las glándulas de Brünner. Este proceso cirrótico trae la atrofia progresiva y la destrucción de los elementos glandulares. La mucosa apenas está ligeramente modificada. Tales son las lesiones principales y más características del duodeno excluido.

Para deducir el valor de la exclusión, comparativamente á la gastroenterostomía simple y á la pilorectomía en el tratamiento de la úlcera duodenal florida, nos será suficiente dar un vistazo general á los resultados de estas tres operaciones que, por orden de complejidad técnica y por rango en cuanto á los beneficios, se escalonarían en esta forma: pilorectomía, exclusión pilórica y gastroenterostomía simple.

Considerando este punto técnicamente, vemos que la exclusión agrega á la gastroenterostomía simple, una sección y dos suturas, y que la pilorectomía agrega á las dos anteriores otra sección y un tiempo de liberación del segmento á extirpar, raramente posible y á menudo muy largo, difícil y peligroso á causa de las adherencias.

En cambio, dice Delagenière, y en comparación á la pilorectomía con su resección prolongada por dificultades frecuentes y llena de riesgos, la exclusión del píloro es más sencilla y prolonga la operación, tan solo doblando el tiempo de una gastroenterostomía simple. Por otra par-

te, el traumatismo de la pilorectomía es mucho más considerable y esta observación puede tener interés desde el punto de vista de las dilataciones agudas post-operatorias. A más, el shock en la pilorectomía no deja de ser notable y mucho mayor que en la exclusión. De modo que las indicaciones de estas operaciones no deben basarse únicamente sobre el estado local de las lesiones, sino también sobre el estado general del enfermo que, según la apreciación individual, variará en cada caso con relación al criterio personal del cirujano.

Las estadísticas dan un marcado valor á la exclusión del píloro sobre la pilorectomía, ya que la mortalidad operatoria y general de esta última varía entre el 20 y 25 % en los enfermos de úlcera. En cambio, hemos visto cuán escasa era la mortalidad en la exclusión, sobre todo la mortalidad operatoria, según los datos de Leriche y Bressot, Eiselsberg, Jonnesco y Von Haberer, quienes usan la exclusión más complicada en su técnica, el método de sección.

Bien pues, comparativamente á la gastroenterostomía simple, la exclusión tiene ventajas, que no es menester ni reseñar, dado el estudio que hemos hecho de ambas operaciones y dada la opinión de casi todos los autores en cuanto al valor de ambas operaciones, como tratamiento de la úlcera duodenal. En cuanto á la pilorectomía, con relación á la exclusión del píloro, diremos que esta última intervención es más fácil, más breve, menos peligrosa, arriesgada y grave y más frecuentemente factible que

aquella y con resultados y beneficios comparables á los de la pilorectomía.

De modo entonces que, de estas consideraciones, vemos resaltar el valor de exclusión del píloro en comparación á la gastroenterostomía y la pilorectomía.

Pero era difícil que no se pusiera en tela de juicio el valor de la exclusión desde el punto de vista de la fisiología gastrointestinal, conociendo toda la importancia fisiológica del duodeno en la digestión normal (ver capítulo siguiente). Mas, felizmente para un procedimiento de tan halagüeñas perspectivas como la exclusión del píloro, contra los ataques que le han dirigido sus detractores, fundándose en razones de fisiología duodeno-pancreática-biliar, se levantan los hechos comprobados de un buen número de operados por exclusión, ú otros procedimientos donde el duodeno queda fisiológicamente excluido, sin haber observado ninguno de esos trastornos funestos, acumulados por Brechot en su tesis para defender la pilorectomía; trastornos que fueron puestos de manifiesto por los resultados de los trabajos experimentales de fisiología duodenal.

Además, Jonnesco realizó experiencias sobre perros, las cuales son una admirable defensa de la exclusión, puesto que resulta de ellas que el pasaje directo del jugo gástrico al yeyuno por la boca anastomótica basta para provocar el reflejo pancreático. A su vez, Casagli, experimentando sobre perros, termina diciendo que la porción inicial del yeyuno puede vicariar las funciones duodenales en caso

de exclusión y que esta función compensadora, yeyunal se establece rápidamente, aunque sin suplir en su totalidad la deficiencia de las funciones del duodeno.

Unido á estas afirmaciones de Jonnesco y Casagli podemos ver, ya lo hemos dicho, el entusiasmo que despierta esta operación en los autores y cirujanos de la actualidad, cuando todos la indican y ninguno trae en sus estadísticas alguna observación que presente los trastornos generales de los excluidos por falta de digestión pancreática. Sin embargo, la experiencia clínica adquirida por el estudio de los operados de exclusión tiene muchos puntos oscuros y difusos y por esa misma razón también, no hagamos oídos de mercader á las palabras y consejos prudentes de una fisiología conservadora, que condena los procedimientos operatorios que excluyen el duodeno de las vías digestivas normales.

INDICACIONES DE LA EXCLUSIÓN DEL PÍLORO EN LA ÚLCERA DUODENAL

Es de observación corriente que, en general, es en el curso de una operación cuando se hace la elección del procedimiento y del método á emplear. Es natural que tal cosa suceda también al intervenir quirúrgicamente una úlcera del duodeno, desde que tal intervencion recién nos mostrará precisamente la naturaleza y el estado de las lesiones patológicas; datos que serán difíciles de conseguir por los medios habituales de investigación, ya que no imposible, cuando no ignoramos todas las dificultades

de un diagnóstico de úlcera duodenal. Pero, á pesar de esto y más en este caso, donde hay varias operaciones para elegir, cuyos resultados no las equiparan en cuanto á su valor y, muy por el contrario, establecen la supremacía de una sobre las demás, es menester tratar de ejecutar en cuanto enfermo sea posible aquella operación, que ofrezca mayores ventajas y menos riesgos. Ahora bien, por orden de benignidad, así como de sencillez en la técnica, se impone la gastroenterostomía. Pero en cambio, la operación ideal es actualmente la pilorectomía por razones de fisiología y por sus resultados definitivos, con la grave inconveniencia, sin embargo, de serios peligros operatorios que, á la par que aumentan la dificultad de la intervención, la convierten en la más grave de todas las operaciones ideadas para el tratamiento de la úlcera del duodeno.

En cambio, como un guión que une estas dos intervenciones citadas, sienta su predominio la exclusión pilórica, la cual ofrece las ventajas de la pilorectomía con menos riesgos y da mejores resultados que la gastroenterostomía, aunque duplique la gravedad y la complejidad de esta operación.

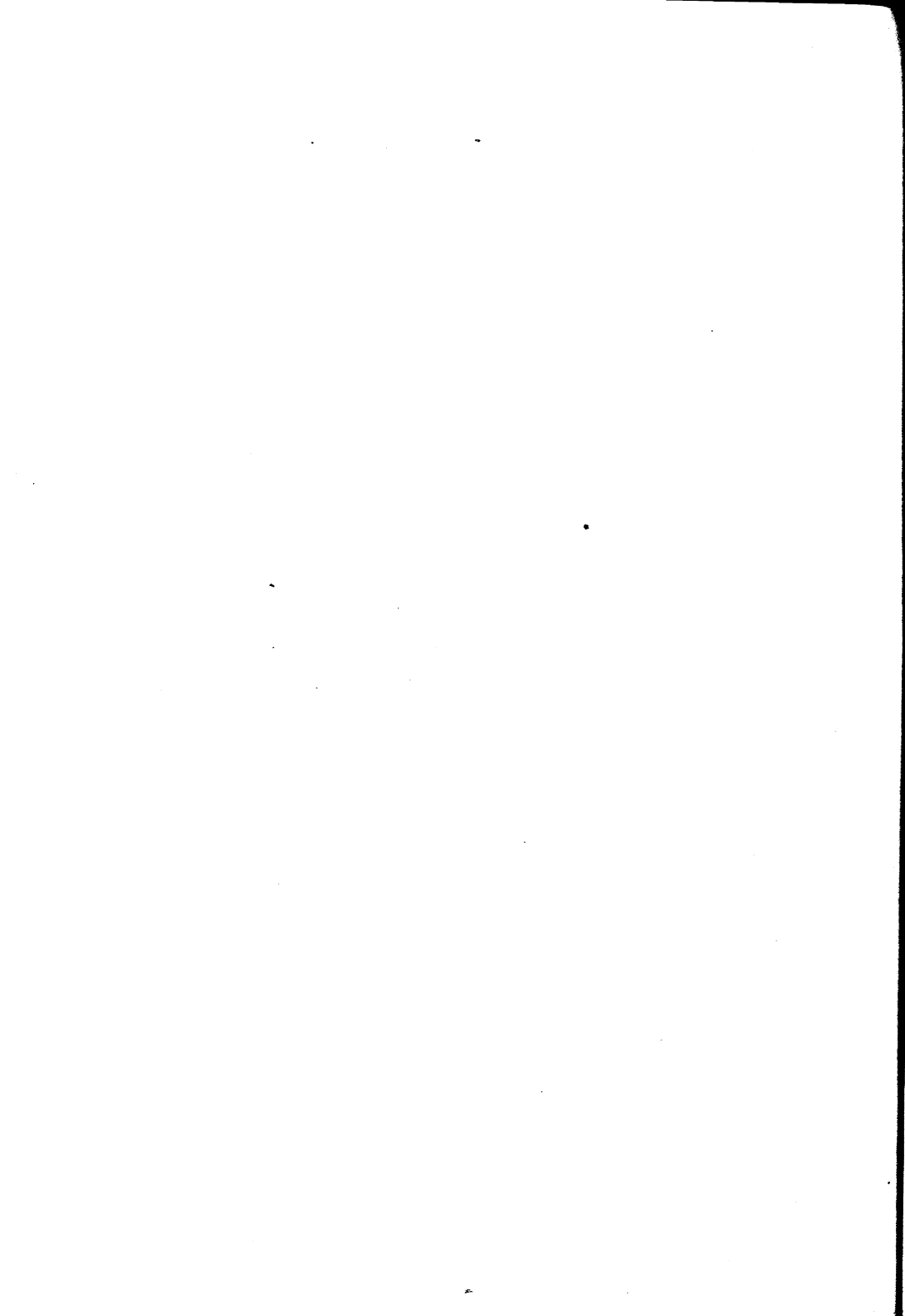
Luego, pues, desde el punto de vista de la indicación operatoria en las lesiones no cancerosas del duodeno, en la úlcera florida y sin complicaciones, y aun en muchas de éstas, pensamos, siguiendo en esto la corriente de la cirugía actual, que la exclusión del píloro es el método de elección.

De modo que se practicará la exclusión cuando no sea posible hacer, por falta de condiciones necesarias, una operación de Rodman y cuando no se imponga la gastroenterostomía, según sus propias indicaciones. Todo esto significa, que se hará aquella clase de operación que requiera el caso y la permita, teniendo en cuenta el estado local de las lesiones y el estado general del enfermo.

Finalmente, diremos que, para algunos autores, la indicación de la exclusión pilórica resulta de la contraindicación de la pilorectomía y de la insuficiencia de la gastroenteroanastómosis.

CAPÍTULO IV

PILORECTOMIA



PILORECTOMÍA

La resección del píloro, por sus lesiones no cancerosas y por las del duodeno, ha dado lugar á grandes discusiones que, por cierto, no han terminado.

La pilorectomía por tumores benignos fué practicada por primera vez por Rydygier en 1881 y tuvo en su principio éxito, pero fué efímero á causa de que el objetivo buscado, en aquella época y en estos casos, era restablecer cómodamente la continuidad del tubo digestivo y porque la gastroenterostomía, practicada en 1886 por Mikulicz en las estenosis, respondía bien á estas necesidades. Esto contribuyó, dada la facilidad y los buenos resultados de la gastroenterostomía, á que se dejara de lado la pilorectomía y solo se la practicara en caso de error de diagnóstico.

Pero, con los años, se hace el proceso de la gastroenterostomía y al constatar su ineficacia á veces y sus fracasos otras, y al par que aumentan los conocimientos y estudios sobre la fisiología patológica digestiva de los gastroenterostomizados y se trata de corregir defectos con operaciones complementarias, la pilorectomía va ganando

terreno, apoyada por la fisiología y la clínica y la experimentación, y asegurando su éxito con los progresos de la técnica operatoria.

De este modo aumenta el número de los partidarios que, como Jonnesco, dicen: «En el tratamiento quirúrgico de la úlcera del píloro, la pilorectomía es la operación de elección.»

Los adelantos de la fisiología duodenal y el conocimiento de sus complicadísimos resortes han ido minando el baluarte del predominio de la gastroenterostomía simple, ó con exclusión, y si bien ella, por lo menos en la práctica diaria, ocupa, hasta ahora, un vasto campo de difícil conquista, no por eso deja de seducir con verdaderos espejismos maravillosos la promesa de un ideal fisiológico, como es la pilorectomía para la curación de la úlcera duodenal.

En verdad, el rol del duodeno en la digestión es manifestamente una función capital y de interés é importancia primordiales desde varios puntos de vista. Veremos rápidamente su fisiología normal y luego, lo más extractados posibles, los trastornos que ocasiona su exclusión.

El duodeno es, ante todo, el regulador de la evacuación gástrica, quedando á él supeditada la mecánica de la eyaculación pilórica. Realmente se sabe que la evacuación del contenido estomacal en el duodeno se hace por bocanadas sucesivas y rítmicas. Cuando la digestión gástrica ha terminado químicamente y que el estómago efectúa su primera contracción expulsiva, pasa una pequeña

cantidad de quimo ácido al duodeno. El contacto de este líquido ácido con la pared duodenal provoca el cierre del piloro, hasta que el quimo, que ha penetrado en el duodeno, se neutralice ó alcalinice bajo la acción de la secreción pancreática-duodeno-biliar. Así neutralizado el quimo, se abre el píloro nuevamente y deja penetrar otra cantidad del contenido gástrico. En total, es un funcionalismo semejante á verdaderas degluciones sucesivas. Todo esto ha sido comprobado exactamente con los datos radioscópicos.

Numerosas experiencias, por otra parte, han demostrado las funciones fundamentales del duodeno en el quimismo intestinal y en ciertas reacciones fisiológicas. La experimentación ha establecido, á más de la importancia de la digestión pancreática, entérica y biliar, que las secreciones de dichos órganos se producen bajo la influencia de la secretina, y que ésta se produce, á su vez, en el segmento de intestino duodeno-yeyunal, pero sobre todo en el duodeno y bajo la influencia únicamente de la excitación de la mucosa yeyuno-duodenal por el quimo ácido.

Después de este breve resumen de fisiología, lógico es pensar que, al practicar una gastroenterostomía con exclusión ó sin ella, al desviar el curso del contenido gástrico, obligándolo á pasar directamente del estómago al yeyuno y excluyendo el duodeno de la travesía digestiva y privándolo de la excitación del quimo ácido, se impida la producción de una serie de fenómenos reflejos de alta

importancia secretoria y al mismo tiempo se provoquen serios trastornos de las funciones y reacciones gastro-intestinales.

Recientemente publicado un trabajo experimental de Casagli, en perros, trae la comprobación de esos trastornos secretorios. El autor buscaba en sus experiencias, primeramente, si la excitación de la mucosa duodenal por el contacto del ácido clorhídrico determinaba una secreción pancreática, normal cuantitativamente y observó que la reducción era *nula* en los casos de gastroenterostomía simple, *débil*, si practicaba además una estrechez pilórica y *sensible* con píloro excluido. Este déficit no aparecía repentinamente, sino más tarde, á causa de la modificación progresiva de la mucosa, ya vista al estudiar los resultados de la exclusión pilórica.

Luego dice, que esta última intervención tenía un real efecto sobre la producción de secretina y enteroquinas, disminuyendo ambas progresivamente y á medida que transcurría el tiempo desde el día de la operación y que, sin embargo, la porción de yeyuno, próxima á la boca anastomótica, entraba rápidamente á desempeñar funciones vicariantes, pero que éstas no suplían totalmente la insuficiencia del duodeno. Esta función vicariante, que Casagli dice que aparece paulatinamente, ha sido comprobada también por las experimentaciones de Jonnesco, como hemos dicho en el capítulo anterior.

Desde luego, si se considera la importancia del duodeno en la digestión, es difícil creer que una operación,

que excluye este órgano, tenga más ventajas que inconvenientes. Y no se trata aquí de teorías hipotéticas, según parece y así lo afirman Kelling y Rosenheim, quienes dicen que la digestión en los gastroenterostomizados es anormal y la de la albúmina del huevo imperfecta; á la vez, que Terrier observa con frecuencia en estos operados una copiosa diarrea y la experimentación demuestra la escasa utilización de las grasas alimenticias y la incompleta y mala digestión de los albuminoides y la clínica comprueba los datos experimentales y establece la existencia de una dispepsia, que Gaultier adjetiva duodenal, fuera de todos los demás trastornos y disturbios inmediatos y alejados que pueden sobrevenir en los gastroenterostomizados.

Sin embargo y á pesar de sus inconvenientes, la gastroenterostomía simple, ó con exclusión del píloro, ha dado y da buenos resultados en la práctica, como lo demuestran las estadísticas y el gran número de defensores de la exclusión con gastroenterostomía; y por lo demás, como veremos luego, cuánto más seria y grave y de mayor mortalidad operatoria resulta la pilorectomía, solamente aplicable á un número reducido de enfermos seleccionados, á cambio de éxitos definitivos y completos, es cierto, pero que la exclusión pilórica no deja de conquistarlos casi tan legítimamente.

T É C N I C A

Nuestro propósito no es relatar aquí los numerosos métodos empleados y la cantidad enorme de técnicas idea-

das; únicamente nos trae á escribir este párrafo el objeto de reunir ciertas indicaciones hechas, teniendo en cuenta, tan solo, el beneficio de los métodos más apropiados para el tratamiento de la úlcera duodenal.

Si consideramos la elección del procedimiento, es necesario que tengamos muy presente las razones de fisiología digestiva, que dan predominio á la pilorectomía sobre las demás clases de intervenciones y así, es de preferir el Billroth I ó el Kocher, ó cualquier otra modificación, con tal de conservar el precepto de restablecer la continuidad del aparato digestivo, respetando, en lo posible, sus condiciones normales y que no se hagan exclusiones de órganos tan importantes en su función fisiológica, como el duodeno. Si bien, á los procedimientos citados se le imputan las suturas y existe, principalmente para el Billroth I una zona peligrosa en el punto donde la sutura estomacal se bifurca en raqueta sobre el duodeno, hay un inconveniente mayor, que es necesario salvar como una condición capital y que no siempre es posible; inconveniente que consiste en la difícil coaptación de ambos órganos, estómago y duodeno, sin que queden tirantes y tensas las suturas, lo que será conseguido con una amplia movilización del asa duodenal, á veces difícil, cuando no, irrealizable por la existencia de un gran proceso de adherencias, debido á una periduodenitis concomitante, ó por temor á una estrangulación del duodeno en el sito donde es cruzado por la arteria mesentérica superior. Por otra parte, ambos procedimientos, Billroth I y Kocher, ofrecen el

inconveniente que, la falta de serosa peritoneal en la cara posterior del duodeno, dificulta la buena sutura. En estos casos no habrá más que recurrir al Billroth II que, si bien ofrece las ventajas de extirpar la úlcera y la región peligrosa de su asiento más habitual, tiene el inconveniente de las exclusiones, al hacer una gastroenterostomía y el peligro de la aparición de las fistulas post-operatorias del duodeno, porque no suelden bien las suturas á causa de la falta de peritonización del muñón duodenal.

Williams Mayo utiliza la operación de Rodman, sobre todo en las úlceras callosas, la cual sería una modificación del Billroth II, desde que constituye una pequeña resección piloro-duodenal con relación á la que efectúa el Billroth II creado y usado para lesiones cancerosas del píloro (Operación de Rodman. *Annals of Surgery* (1908, pág. 892).

RESULTADOS Y VENTAJAS DE LA PILORECTOMÍA

Conociendo la acción de la pilorectomía sobre todos los elementos patológicos que intervienen en la producción del cuadro sintomático de los ulcerosos duodenales, es como podemos determinar sus resultados.

Esta operación, en efecto, actúa muy eficazmente sobre el quimismo estomacal de los enfermos de úlcera con hipersecreción ó hiperclorhidria, ya que al suprimir un segmento gástrico con sus glándulas, trae consecutivamente una disminución de la acidez y de la secreción

gástrica sobre todo, tratándose de la supresión de glándulas de secreción clorhídrica como sucede con las del antro pilórico.

Al considerar las lesiones mismas y sus temibles consecuencias, como son las hemorragias y las perforaciones, vemos que la pilorectomía, al extirpar las úlceras, pone al enfermo al amparo de las terribles complicaciones y al mismo tiempo, visto el riesgo de la transformación de estas lesiones benignas en lesiones neoplásicas, no deja de ser ventajosa esta operación, suprimiendo una amenaza tan seria, por más que las úlceras del duodeno no tienen una tendencia tan manifiesta á la degeneración cancerosa como las gástricas. Al suprimir para siempre la zona peligrosa de predilección para el asiento de las úlceras, la pilorectomía disminuye también el riesgo de las recidivas.

En lo que se refiere á la anatomía gástrica, Klemperer ha observado en un caso que, después de la resección pilórica, el estómago adquiría su tamaño normal y se vaciaba con regularidad fisiológica.

El único estudio radiológico del funcionamiento gástrico en los pilorectomizados, que hemos podido hallar, pertenece á Leo Schüller, quien en trece operados de cáncer por Billroth II, observó que la neostomía estaba normalmente cerrada y no se abría sino bajo el empuje de los alimentos, lo que comprueba que no hay evacuación continua á través del orificio insuficiente. Otra prueba más, en favor de la evacuación intermitente gástrica,

es la que ofrece la posibilidad de distender el estómago de los operados, hecho comprobado por la radioscopia.

La duración de esta evacuación varía de un enfermo á otro y en un mismo operado, de una comida á otra. Generalmente su duración se aproxima á la normal. El pasaje del contenido gástrico por la neostomía se hace por bocanadas y á intervalos irregulares. Según Schüller, esta evacuación intermitente sería debida, no á una contracción refleja de la boca anastomótica, sino á movimientos peristálticos del asa anastomosada; tal así, la llegada del bolo alimenticio al intestino provocaría una contracción localizada de éste, que interrumpiría la evacuación estomacal. El paso de los alimentos al cabo aferente del asa es raro y Schüller lo ha visto únicamente en tres de sus operados. Según este estudio radiológico, vemos que no puede ser más fisiológica la función del nuevo píloro, tan semejante á la del píloro normal.

De este estudio, si bien incompleto de la acción de la pilorectomía, se deducen, pues, las numerosas ventajas de esta operación sobre la gastroenterostomía y aún sobre la exclusión pilórica; por mas que, en su contra, nos presenta una mortalidad operatoria relativamente muy crecida y esto, fuera de muchas mayores dificultades de técnica y de peligros inmediatos, de los que hemos hablado ya.

Estas ventajas de la pilorectomía sobre la gastroenterostomía se ponen en más alto relieve, si recordamos todo ese cúmulo de inconvenientes de esta última operación. Efectivamente la gastroenterostomía presenta complica-

ciones inmediatas, como el círculo vicioso, el vólvulus intestinal, y alejadas, como la úlcera péptica yeyunal y el síndrome dispéptico de Denéchau y Parmentier; todas complicaciones que no han sido observadas en los pilorotomizados, cuando se han empleado métodos que podríamos llamar fisiológicos, como el Billroth, el Kocher ó el Rodman.

A más de la supresión de todos estos disturbios, que trae ó puede traer aparejada la gastroenterostomía y que no se observan en la pilorotomía, tiene esta operación la ventaja de establecer la continuidad del tubo digestivo en mejores condiciones fisiológicas que la gastroenterostomía simple ó con exclusión del píloro; y constituye un tratamiento radical de la úlcera, porque la elimina, la extirpa, porque actúa más francamente sobre la hipersecreción y la hiperclorhidria, porque tiene resultados alejados mucho mejores y porque descarta el peligro de la recidiva de la úlcera.

Pero, como sabemos bien cuán alta ha permanecido la mortalidad operatoria de la pilorotomía y que está lejos de ser una operación corriente y que, aun no ha salvado ese período, esa época de dudas y tanteos poco animadores, creemos que la exclusión del píloro asociada á la gastroenterostomía, procedimiento del cual hemos hecho la defensa en el anterior capítulo, sea, hoy por hoy, sin ser categóricos y á falta de algo más completo, la intervención más ventajosa en la mayoría de los casos, sobre todo en aquellos enfermos, cuyo estado general hace

imposible la ejecución de una pilorectomía, ó bien en aquellos otros, en quienes sería imposible la resección del píloro por las dificultades que presenta el estado local de las lesiones.

Como un método operatorio de transición entre la exclusión y la pilorectomía, trae, en su tesis de 1910, Papadopoulos un método que denomina *Transposición duodenal*. Dice el autor que «únicamente en los casos, en los cuales la resección pilórica fuera impracticable, es donde se debe pensar en preferir otra operación», y que, en estas circunstancias la intervención citada ya, le parece entonces indicada. A renglón seguido trae el resumen de la técnica de su maestro Tuffier. Héla aquí: «Incidión abdominal, vertical y mediana. Descubrir y explorar el estómago y el duodeno; abrir el pequeño y el gran epiplón al nivel del píloro; pasar una compresa en corbata detrás de la pared posterior del duodeno y del píloro, cuyos dos extremos salen en cada abertura; aislar el campo operatorio; seccionar el duodeno entre dos pinzas, lo más cerca posible del píloro y envolver el cabo duodenal en una compresa aséptica. Hecho esto, se sutura la sección gástrica por medio de un surget de la mucosa, arriba de la cual se reúnen la musculosa y la serosa á la Lembert.

Luego, siendo la oclusión perfecta, se toma el cabo duodenal y se lo implanta, según la manera clásica, lo más cerca del píloro, sobre la pared anterior del estóma-

go, cerca de la gran curvatura y en un sitio que no ofrezca ninguna lesión ostensible».

Para sostener su opinión, dice el autor, que los resultados obtenidos son alentadores; que es una operación lógica, sin una gravedad especial, menos complicada que cualquier gastroenterostomía y que tiene la ventaja, de capital interés, que ella no acarrea ningún cambio en la fisiología normal de la digestión.

Además, si como la gastroenterostomía deja subsistir la úlcera ó cualquiera otra lesión, lo que la coloca en inferioridad de condiciones con respecto á la pilorectomía, cree el autor, que la transposicion duodenal reúne casi todos los beneficios de la resección pilórica, al par que las ventajas de la sencillez y benignidad de la gastroenterostomía y clasifica luego estas operaciones de la manera siguiente, por orden de gravedad y de eficacia á la vez: 1.º, pilorectomía; 2.º, transposicion del duodeno; 3.º, gastroenterostomía. En total pues, la transposición del duodeno no sería sino una gastro-duodenostomía con una exclusión del píloro relativa.

La pilorectomía, con relación á la exclusión pilórica, es una intervención más racional y la mejor, desde que suprime, de una manera completa y radical, la causa de los accidentes y permite establecer el pasaje fisiológico del contenido estomacal al duodeno.

Jonnesco dice: «En el tratamiento quirúrgico de la úlcera del píloro, la pilorectomía es la operación de elección

y agrega, todas las veces que la resección es irrealizable será empleada la exclusión.» En la úlcera callosa del duodeno la pilorectomía es la verdadera indicación, dada la enorme frecuencia con que se cancerizan estas úlceras y por esta razón, como lo hemos dicho ya, los Mayo indican en estos casos la operación de Rodman, que ofrece aún, otra ventaja muy manifiesta y utilizable en el caso de úlcera duodenal: lo reducido de la resección del lado del estómago.

Finalmente y consultando opiniones dispersas, parece que los distintos autores están de acuerdo, aunque no categóricamente, en concluir que la exclusión pilórica es una buena operación, sin presentar los riesgos y dificultades de una pilorectomía y á más con muchas de las ventajas de ésta en cuanto á los resultados.

CAPÍTULO V

OBSERVACIONES CLINICAS

Observación I

HOSPITAL RAWSON. — SALA XI. — CIRUGÍA GENERAL.

DR. DAVID F. PRANDO

Folio 616. — Juan M., 50 años, casado, jornalero, español.

Fecha de la primera consulta. — 30 de Agosto de 1912.

Diagnóstico. — Úlcera del duodeno con perigastritis consecutiva.

Tratamiento. — Gastroenterostomía posterior, transmesocólica.

Este enfermo ha padecido del estómago desde hace 14 años. A más de su dispepsia con hiperclorhidria, era un constipado habitual, pasando hasta cinco días sin mover el vientre. Ha tenido dolores situados en el epigastrio y con irradiaciones hacia toda la región del colon transverso. Estos dolores eran, á veces, muy intensos y otras lentos y soportables. También ha tenido vómitos que, según el enfermo, han sido siempre alimenticios. Agrega que, hace tres años, tuvo un ataque con fuertes dolores y vómitos y meteorismo. Ataques de esta misma naturaleza

se han ido haciendo más frecuentes y presentaban todos el mismo cuadro sintomático. Al ingresar al servicio siente fuertes dolores generalizados en todo el vientre, tiene vómitos y gran defensa muscular, sin hipertermia, ni alteración del pulso que llame la atención y sigue siempre muy constipado.

Operación.—Septiembre 26. 1912. Operador: Dr. Prando.—Laparotomía mediana, supraumbilical. Al abrir la cavidad abdominal se pueden apreciar las numerosas adherencias y bridas debidas al proceso de perigastritis. Se seccionan y se libertan estas adherencias, lo que se consigue no sin grandes dificultades y á costa de gran trabajo. Se consigue librar de adherencias, en algo, el píloro y la primera porción del duodeno, lo que permite su exploración, la que da, como resultado, el descubrimiento de una cicatriz de úlcera al nivel de la región píloro-duodenal. Se logra dar al estómago una movilidad mayor, en la medida de lo posible, y se termina por hacer una gastroenterostomía posterior, transmesocólica. Se deja un drenaje de gasa. Sutura de la pared y de la piel.

Marcha post-operatoria.—La herida de la pared supura, lo que contribuye á que quede en mal estado. Se observa una eventración. El enfermo es dado de alta.

Reingresa nuevamente al hospital á fines del mes de Diciembre, con la eventración y sus dolores epigástricos.

Segunda operación.—Diciembre 28. 1912. Resección de la cicatriz. Al abrir la cavidad abdominal se hallan

numerosas adherencias que van del estómago al hígado y que son seccionadas. Se halla una nueva cicatriz de úlcera del duodeno. La cicatriz de la gastroenterostomía está en excelentes condiciones. La boca anastomótica permanece bien amplia. Reconstrucción de los planos de la pared. El enfermo cura perfectamente y la pared abdominal queda en buenas condiciones.

Consideraciones. — He aquí una observación, casi seguramente la primera que aparece anotada en los libros de historias de la sala XI, que es sumamente interesante desde el punto de vista de la constatación, por la laparotomía, de la existencia de dos úlceras duodenales, sucesivamente observadas en el breve intervalo de tres meses entre cada operación. Esto, si no fuera en una sola y aislada observación, nos daría un argumento en contra de la gastroenterostomía simple, como tratamiento quirúrgico, desde que pudiera acusársela de no impedir la recidiva, ó la aparición de una nueva úlcera. Podría pensarse también, ante casos de esta naturaleza, que quizá no sea la gastroenterostomía, la que dejando funcionar el antiguo píloro ocasione la recidiva ó la aparición de otra lesión y que, por el contrario, el fracaso del procedimiento operatorio, esté en dejar esa zona, esa región de las úlceras duodenales en sujetos predispuestos y no extirparla; lo que abogaría en favor de una pilorectomía ú operación de Rodman. Pero, ¿hubiera sido factible una operación de esta naturaleza con tantas adherencias?

Es doblemente interesante esta historia porque nos permite hacer otra constatación: Después de tres meses la neostomía permanece bien amplia. Esta observación, si fuera de más tiempo, podríamos muy bien catalogarla entre las afirmaciones de Hartmann sobre el funcionamiento de la boca anastomótica con píloro permeable, ya que, en este caso, queremos creer que ha permanecido permeable siempre.

Observación II

HOSPITAL RAWSON. — SALA XL. — CIRUGÍA GENERAL

DR. DAVID F. PRANDO

Folio 721. — Pedro B., 30 años, soltero, argentino.

Fecha de la primera consulta. — Noviembre 25. 1912.

Diagnóstico. — Ulcera del duodeno.

Tratamiento. — Gastroenterostomía posterior, transmesocólica.

Hace seis años que comienza la enfermedad actual con regurgitaciones ácidas y constipación habitual. En aquella época no sentía dolores, los que aparecieron al año después del comienzo de la enfermedad. Estos dolores aparecían media hora después de la ingestión de los alimentos y eran dolores localizados en el epigastrio y duraban dos ó tres horas, calmándose con los vómitos. Dice el enfermo que, en aquel entonces, ha tenido deposiciones con coágulos de sangre negruzcos, y que sucedía esto, sobre todo, cuando se exageraba la constipación. Después los dolores se limitaron más exactamente y se hicieron punzantes en un punto que, el enfermo, indica entre el

ombligo y el apéndice xifoide, y empezaban, igualmente, una media hora después de las comidas y duraban ya más tiempo, 4, 5 y hasta 8 horas. El decúbito dorsal calmaba los dolores. El enfermo dice haber notado que sus vómitos eran muchas veces color borra de café. Al principio de la enfermedad pesaba 70 kilogramos; en la actualidad su peso es de 59 kilogramos.

Operación.—Diciembre 22. 1912. Operadores: Doctores Prando y Enrique Finochietto.—Laparatomía mediana, supra-umbilical. La exploración muestra un estómago grande, dilatado y con algunas adherencias. Se advierte la cicatriz de una úlcera sobre la cara anterior de la región píloro-duodenal. Explórase la cara posterior del estómago, donde se hallan algunas adherencias. Se efectúa una gastroenterostomía posterior, transmesocólica.

Marcha post-operatoria.—Curación por primera. A los diez días de la operación se hace una radioscopia, dándole una sopa de bismuto en el momento del examen, el que muestra el perfecto funcionamiento de la boca anastomótica. El mismo día es dado de alta. El enfermo se siente muy bien.

Consideraciones.—El resultado inmediato, operatorio en este caso, vemos que ha sido excelente, lo que, por otra parte, no nos debe extrañar, desde que todos los autores están de acuerdo en reconocerle á la gastroenterostomía simple todos sus éxitos y sus grandes beneficios inmediatamente después de la intervención. Pero, lo que

ha puesto en tela de juicio el valor de esta operación ha sido el estudio de sus resultados alejados; los que no están consignados en esta historia, con seguridad, por esa razón tan frecuente en todas las observaciones, de que el enfermo curado ya no vuelve, aunque se le recomiende, ó bien, si al cabo de algún tiempo ve desmejorar los beneficios de la operación, ó siente algún trastorno de cualquiera naturaleza lo imputa á dicha intervención y desde ya, perdida la fe en la habilidad del cirujano, recurre á otros hospitales.

El examen radioscópico efectuado á los diez días, que muestra el perfecto funcionamiento de la neostomía, sería explicable, para los que sostienen que la boca anastomótica no funciona con píloro permeable, admitiendo la existencia de un píloro cerrado por un espasmo reflejo, y sería explicable, para Hartmann y los suyos, admitiendo que la neostomía estaba bien hecha y bien colocada.

Observación III

HOSPITAL RAWSON. — SALA XI. — CIRUGÍA GENERAL

DR. DAVID F. PRÁNDIO

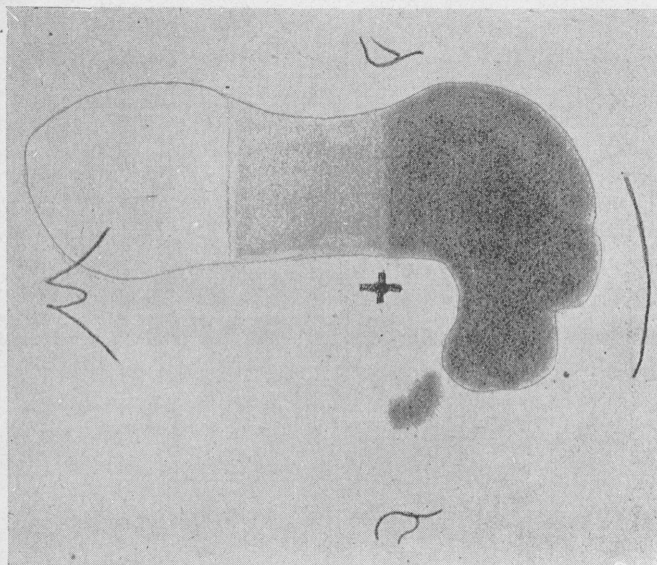
Folio 1028.—Vicente L., 53 años, español, casado, mueblero.

Diagnóstico.—Úlcera del duodeno.

Tratamiento.—Gastroenterostomía posterior, transmesocólica.

El enfermo relata su historia de antiguo gástrico, que empieza veinte y tres años antes. Desde aquella época, á la hora ó á las dos horas después de las comidas, tiene fuertes dolores en el epigastrio, que se calman cuando vacía su estómago, provocándose él mismo los vómitos para conseguirlo, dolores que también se calman cuando ingiere alcalinos; pero llega una época en la cual ni aun éstos consiguen calmarle. Sin embargo, después de esta agravación y durante catorce meses no siente absolutamente ningún dolor, é ingiere toda clase de alimentos. Pero hace dos meses que, nuevamente, reaparecen los dolores, aunque esta vez no son dolores continuos en el

LAMINA I

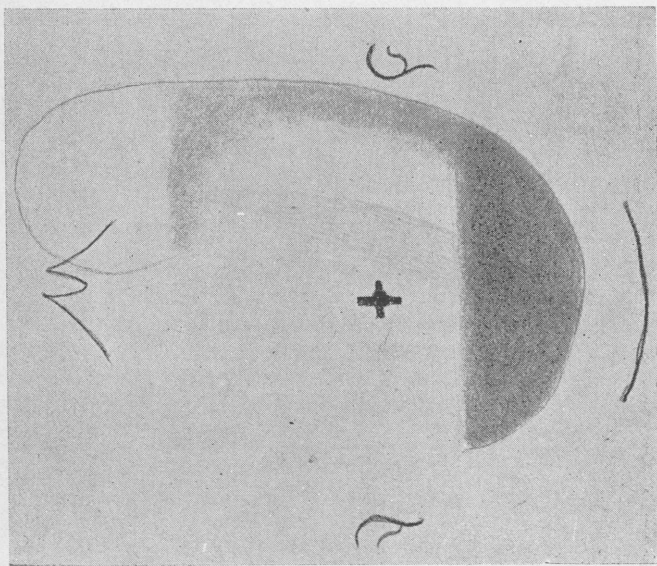


II

Observación III

ESQUEMAS DE LAS RADIOCOPIAS EFECTUADAS EL 1.º DE OCTUBRE

II — Nueva ingestión de pasta.
Peristaltismo activo.



I

I.—A las 6 horas.
Resto.—Gran curvadura á seis traveses de dedo por
debajo del ombligo, inmediatamente sobre el pubis.

epigastrio, sino que ellos aparecen coincidiendo con el pasaje de los alimentos y comienzan á las dos horas ó dos horas y media después de las comidas y se calman con la ingestión de alimentos.

Operación.—Octubre 11. 1913. Operador: Dr. Enrique Finochietto.—Laparatomía supra-umbilical, para-mediana de 12 cm. de extensión. Abierto el vientre se hallan adherencias entre la primera porción del duodeno y la vesícula biliar; el estómago distendido, globuloso, horizontal y avanzando hacia la derecha. Desprendiendo las adherencias se encuentra, en medio de ellas, una íntima unión entre el fondo de la vesícula biliar y el borde convexo del duodeno, á unos tres traveses de dedo de la vena pilórica. Al nivel de esta unión existe una zona de esclerosis, que invade las paredes, tanto de la vesícula, como del duodeno (¿fístula cisto-duodenal?)

Se practica una gastroenterostomía posterior, transmesocólica, vertical, sin asa y se fija el mesocolon al estómago y al duodeno. La anastómosis se hizo con pinza de Linhartz. Sutura de la pared en tres planos y de la piel con crin.

Marcha post-operatoria.—Octubre 31. 1913. El operado se alimenta perfectamente, no siente absolutamente ningún dolor y ha aumentado de peso.

Consideraciones.—Llámanos la atención en esta historia, sobre todo, la presencia de bridas tan compactas y numerosas, que nos hacen pensar en un antiguo proceso

y no estaríamos lejos de estar en lo cierto desde que se trata de un enfermo, que hace 23 años que padece del estómago, según sus antecedentes. Además, existe esa unión entre la visícula y el duodeno, la que no es de extrañar, desde que ha sido muy avanzado el proceso de periduodenitis y de mucha duración y teniendo en cuenta las relaciones anatómicas de la vesícula. Por lo demás, el operador debe haber respetado esa unión, pensando en la posible existencia de una fístula cisto-duodenal y porque al seccionar dicha adherencia se hubiera expuesto á abrir un probable canal de comunicación, lo que no le hubiera conducido sino á riesgos, desde que iba á emplear, como tratamiento, la gastroenterostomía simple.

El éxito, como en la observación anterior, fué altamente satisfactorio.

Observación IV

HOSPITAL RAWSON. — SALA XI. — CIRUGÍA GENERAL

DR. DAVID F. PRANDO

Folio 1087.—Rafael M. 39 años, italiano.

Fecha de la primera consulta.—10 de Noviembre de 1913.

Diagnóstico.—Úlcera del duodeno con acodadura de la última porción del íleon.

Tratamiento.—Invaginación de la úlcera y gastroenterostomía posterior.

Hace trece años que comienza su enfermedad con fuertes dolores en el epigastrio, que le duraban una hora aproximadamente y le dejaban una sensación dolorosa al desaparecer. Al principio esos dolores no tenían irradiación, pero en los ataques posteriores se propagaban hacia atrás, hacia la columna vertebral. El enfermo ingería alcohol, tratando de mitigar sus dolores de esta manera, pero el efecto era contraproducente. De estos ataques ha tenido cuatro por año, más ó menos. Los vómitos, que se presentaban después de las comidas, eran frecuentes y

algunas veces de un color muy oscuro. Tenía erupciones ácidos, frecuentes y sensaciones de peso en el estómago. Ha tenido períodos de sentirse muy bien, sin disturbios de ninguna clase.

Operación.—Noviembre 16. 1913.—Operador: Dr. Enrique Finochietto.—Laparotomía paramediana derecha, de 12 cm. de extensión.

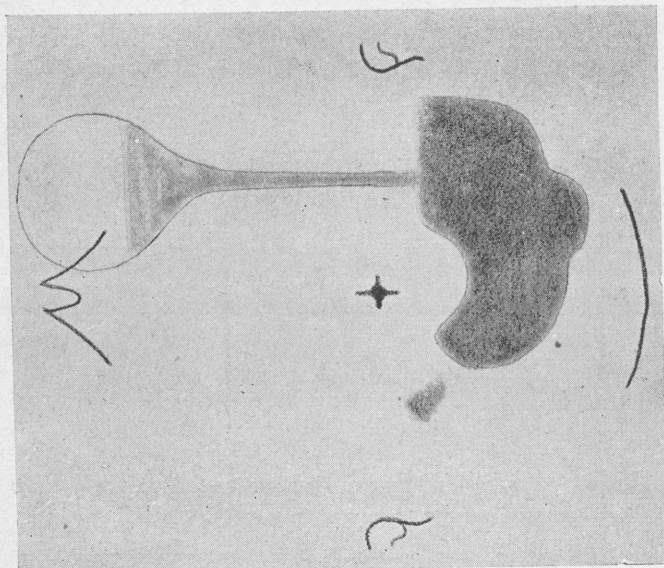
La exploración revela la existencia de un repliegue apéndice-pelviano y de repliegues íleocecales y de una acodadura de Lane.

Apendicectomía. Secciónase la brida de la primera acodadura de Lane.

Se halla una úlcera del duodeno, situada inmediatamente á la derecha de la vena pilórica, que forma un tumor del tamaño de un huevo de gallina y ocupa, sobre todo, la parte posterior del duodeno y se propaga á casi toda su circunferencia. El duodeno se encuentra dilatado y recubierto de membranas muy vasculares. La vesícula hállase adherida por el fondo al pequeño epiplón. El estómago se presenta dilatado y descendido. Se efectúa una gastroenterostomía posterior, sin asa y con el yeyuno dirigido hacia la izquierda. Se invagina la úlcera con tres puntos en U, gastroduodenales. Sutura de la pared en tres planos y de la piel con crin.

Marcha post-operatoria.—Curación por primera. En los primeros 15 días que siguen á la operación, el enfermo se halla postrado, con poco apetito y su peso disminuye.

LÁMINA II

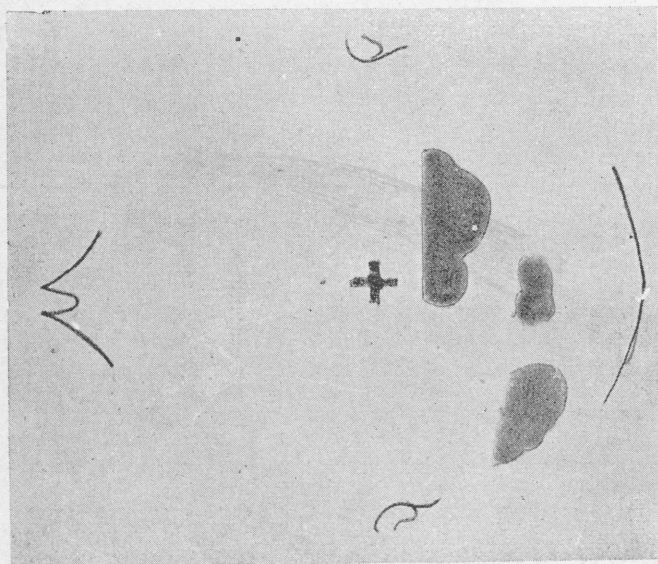


II

Observación IV

ESQUEMAS DE RADIOCOPIAS EFECTUADAS ANTES DE LA OPERACIÓN

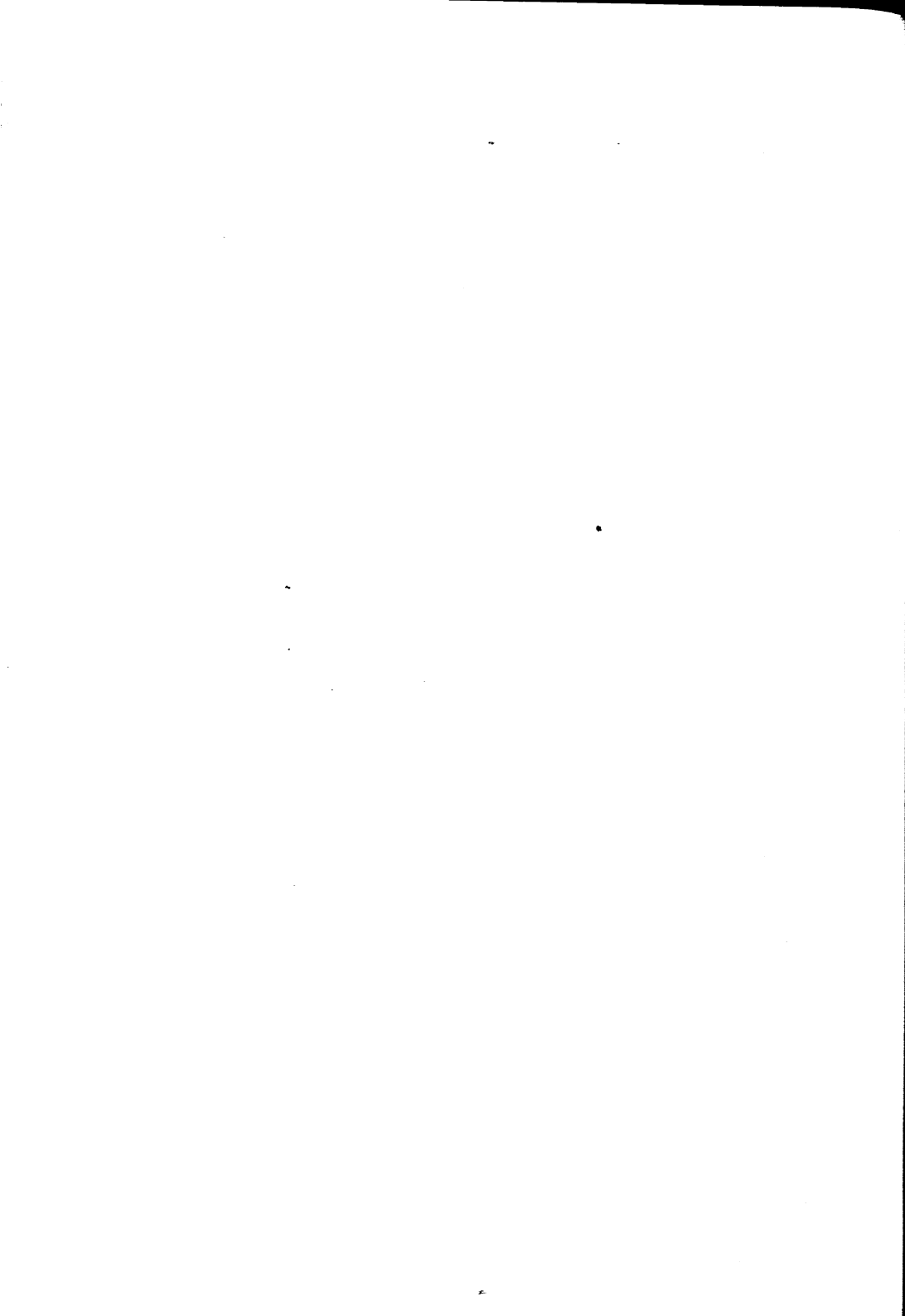
II.—Nueva ingestión de pasta.
Tono bien Peristaltismo aumentado. Píloro á la derecha y á 4 traveses de dedo del ombligo.



I

I.—A las 6 horas.

Resto á 3 traveses de dedo por debajo del ombligo.
Observanse contracciones peristálticas.—Bismuto en ciego y en intestino delgado.



Se le hacen inyecciones subcutáneas de suero y de caco-dilato, y el estado general mejora rápidamente, el enfermo se alimenta bien, los dolores desaparecen y no siente ninguna de las molestias anteriores á la operación.

Diciembre 15 de 1913.—El examen radioscópico muestra que el bismuto pasa por las dos bocas.

Consideraciones.—Observamos el mismo gran proceso de adherencias del caso anterior y de la observación I, con una fecha remota del comienzo de su historia gástrica.

En este caso se emplea el procedimiento, tan usado por los Mayo y Moynihan, de la invaginación con una gastroenterostomía y á quienes ha dado tan buenos resultados.

Es digno de notarse el retardo que sufren las funciones digestivas y el retraso del estado general del operado, que quizás sean debidos á una intervención tan extensa con sección de bridas y apendicectomía, etc.

El examen radioscópico nos muestra el funcionamiento de las dos bocas, en oposición á la afirmación de la mayoría de los observadores, quienes aseguran que la neostomía con píloro permeable no funciona. Por lo demás, este doble funcionamiento de ambas bocas pone de manifiesto la opinión corriente, de que estas exclusiones del píloro por invaginación y plegamiento son temporarias é incompletas y acá, en este caso, la brevedad del tiempo transcurrido desde el día de la operación al de la radios-

copía (un mes) hace pensar que nunca hubo oclusión, ó que la permeabilidad ha sido rápidamente restablecida; lo que haría temer por la cura definitiva y completa de la úlcera.

El resultado inmediato de la operación fué excelente.

Observación V

DE LA CLIENTELA PRIVADA DEL DR. RICARDO FINOCHIETTO

José H., Pavon 1278.

Diagnóstico.—Úlcera de la cara posterior del duodeno.

Tratamiento.—Exclusión del píloro á la von Eiselsberg y gastroenterostomía posterior.

Este enfermo presenta los síntomas clásicos de la úlcera del duodeno, principiando su enfermedad hace tres años con dolores que aparecían á las tres ó cuatro horas después de las comidas, sobre todo del medio día y de la noche, y se calmaban únicamente con la ingestión de alimentos ó de sustancias alcalinas. Estos dolores se localizaban en el epigastrio, ó más bien hacia la derecha y por debajo del reborde costal derecho, con irradiaciones hacia el flanco derecho y hacia el hombro del mismo lado. Presentaba regurgitaciones ácidas y vómitos algunas veces, la mayoría de ellos alimenticios, cuando no acuosos y biliosos. Estos vómitos le proporcionaban alivio, lo que observado por el enfermo y con el objeto de mitigar sus

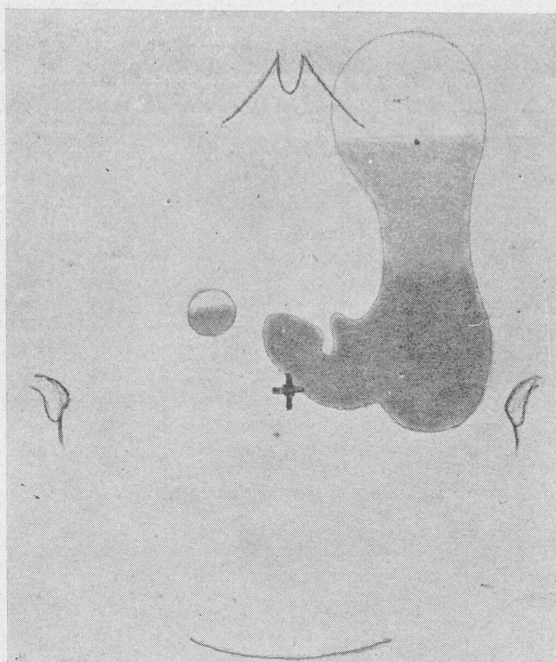
dolores, él mismo se los provocaba en lo sucesivo. Su apetito fué siempre normal, ó al menos se restablecía después de cada crisis, y en los intervalos de éstas el enfermo se alimentaba convenientemente. Fué siempre constipado, acentuándose esta molestia durante las crisis, las cuales, en los últimos tiempos, tomaron tal carácter, sobre todo en lo referente al síntoma dolor, que se hicieron semejantes á crisis tabéticas y tan intensos eran estos dolores, que el enfermo no hallaba sosiego, ni alivio, pasando horas terribles doblado en gatillo y apretando con las manos su epigastrio.

En dos análisis sucesivos de las materias fecales se halló siempre sangre de pequeñas hemorragias ocultas.

El examen físico no da mayores datos, ni constataciones precisas. La palpación provoca un dolor vago, sordo, en el epigastrio. La percusión del estómago nos revela su dilatación, puesta de manifiesto en el esquema adjunto del examen radiológico. El estado general ha desmejorado y el peso ha disminuido varios kilogramos.

Operación.—Diciembre 7. 1913. Operador: Dr. Ricardo Finochietto.—Laparotomía mediana, bien amplia. Al abrir el vientre se hallan algunas adherencias alrededor del píloro y en el hilio del hígado. No se observan ni ulceración ni tumor en las caras anteriores del estómago y del duodeno. La vesícula biliar está normal. Se toca un tumor duro, del tamaño de una nuez, en el borde superior de la cabeza del páncreas. Se abre ampliamente el epiplón gastrocólico para explorar la retrocavidad de los

LÁMINA III

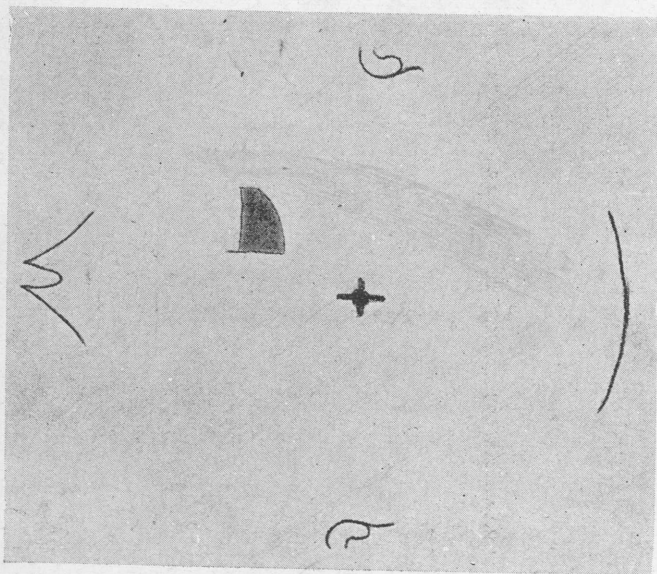


Observación V

ESQUEMA DE RADIOSCOPIA ANTES DE LA OPERACIÓN

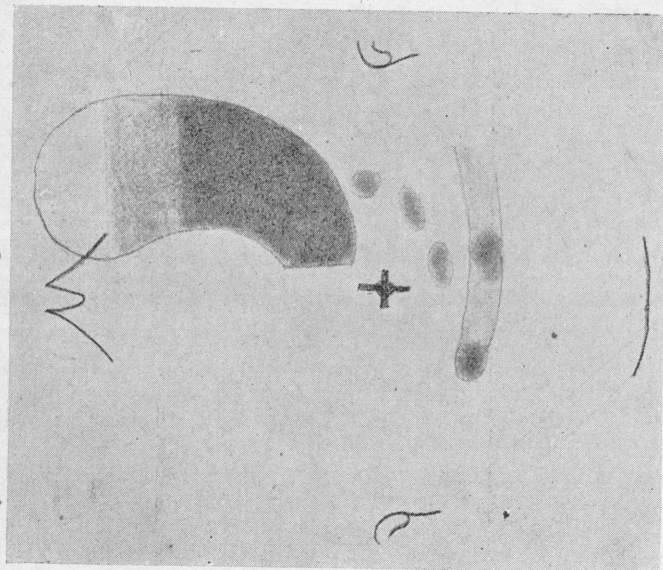
Comida de Rieder. 300 gramos. Examen inmediato.
Pseudo-nicho duodenal. Buena motilidad.

LÀMINA IV



I

I.—A las 6 horas.
Resto.

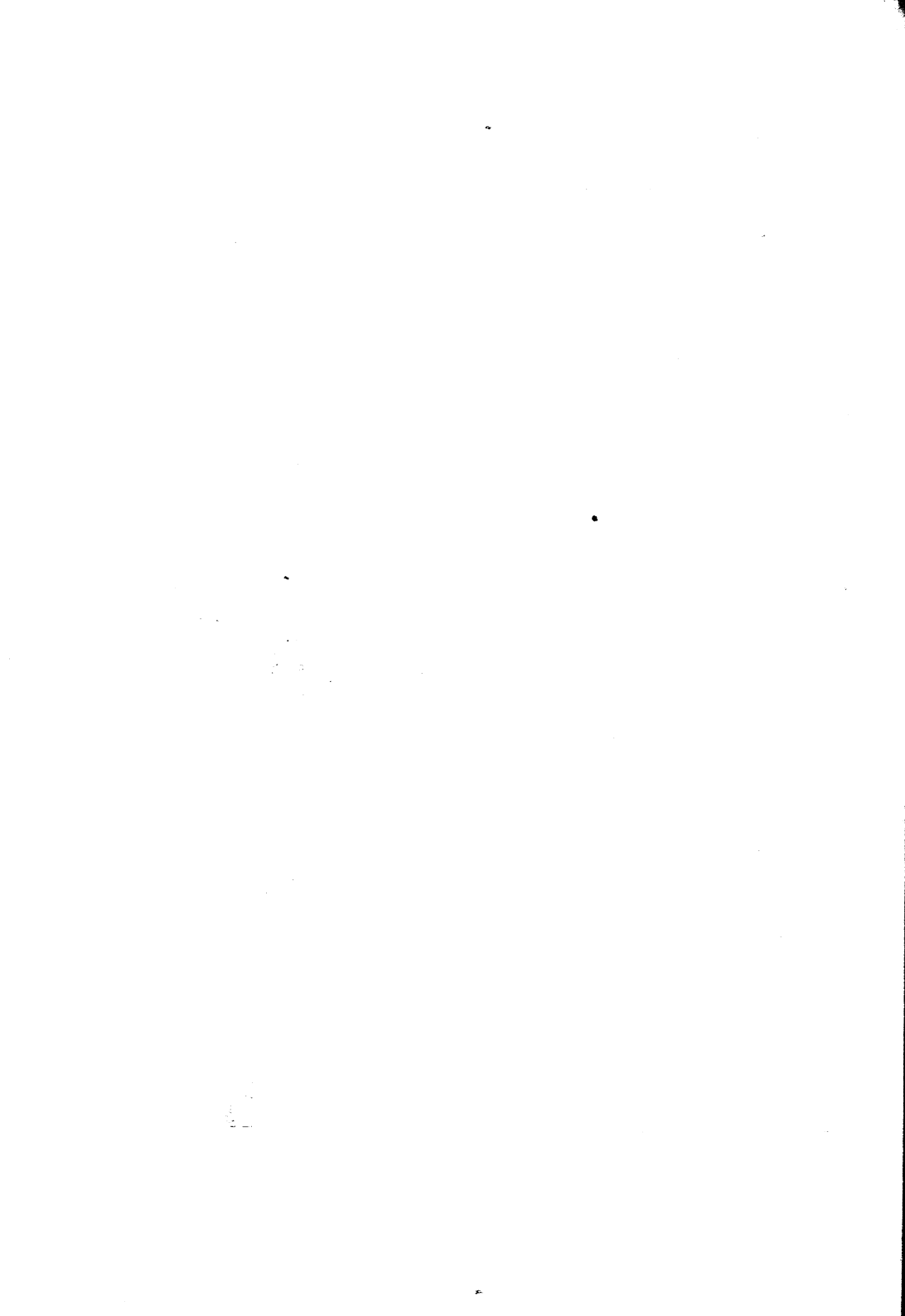


II

Observación V

ESQUEMAS DE RADIOSCOPIAS DESPUÉS DE UN MES DE LA OPERACIÓN

II.—Nueva ingestión de pasta (300 gramos).
Motilidad y movilidad buenas. No hay dolor ni adherencias. El neopíloro deja pasar el bismuto bajo la forma de grandes bocanadas. Observar como el estómago termina á pico en la región pilórica.



epiplones y se encuentra que la cara posterior del píloro está adherida al páncreas.

Se desprenden cuidadosamente estas adherencias, las cuales se hacen más densas á medida que se avanza hacia el duodeno. Una vez que la disección hubo pasado el píloro, en la extensión de un centímetro hacia la derecha, el duodeno y el píloro estaban adheridos tan íntimamente, que el instrumento romo al ir separándolos, hace una abertura de un centímetro en la pared posterior del duodeno. Se comprueba que se ha abierto una úlcera de la cara posterior duodenal, que estaba horadando al páncreas.

Se decide hacer una exclusión pilórica. Se emplea para ello el instrumental y suturas de Kocher, siguiendo el método de von Eiselsberg. El segmento estomacal excluido es fijado prolijamente á la cara anterior del páncreas para evitar ulteriores, debidas á la pequeña perforación accidental. Acto seguido se hace una gastroenterostomía posterior, sin asa y antiperistáltica. á lo Mayo, empleando el instrumental del Dr. Enrique Finochietto. Sutura de la pared sin drenaje. Anestesia: éter á gota abierta.

Marcha post-operatoria.—Curacion por primera. Desaparición hasta el día de hoy de todos los síntomas (Octubre 10 de 1914).

Consideraciones.—El éxito brillante de esta exclusión, con la corroboración de sus buenos resultados á los diez

meses de la operación, es muy demostrativo. Nunca pudo ser más lamentable el estado general precario y el estado de las lesiones locales, con un proceso de adherencias muy compactas y un trabajo de corrosión de la cabeza del páncreas por la úlcera, que felizmente asentaba en la cara posterior duodenal, pues de lo contrario, dada su gran actividad, quizás hubiera causado una peritonitis generalizada por perforación.

Si en este caso se hubiera intentado hacer una operación de Rodman, teniendo en cuenta las ventajas de este método cuando hay una infiltración inflamatoria tan avanzada y con amenazas de una perforación ó bien de una degeneración neoplásica, hubiera sido impracticable por las dificultades que se fueron hallando, y en cambio, la exclusión dió resultados magníficos que, hasta hace muy pocos días, como nos lo manifestara el Dr. R. Finochietto, se mantenían, habiendo procurado al enfermo un estado de salud perfecto.

Observación VI

HOSPITAL RAWSON.—SALA II.—CLÍNICA MÉDICA

DR. J. LARGUÍA

(Esta observación me fué suministrada por el Dr. Rodolfo E. Pasman).

Francisco F., español, 34 años, carrero.

Diagnóstico.—Úlcera del duodeno.

Tratamiento.—Gastroenterostomía posterior.

Fecha del primer ingreso.—23 de Enero de 1913. Alta, Febrero 12. Reingresa el 3 de Marzo y es dado de alta el 25 de Marzo de 1913.

Los antecedentes personales son sin importancia desde el punto de vista de su enfermedad actual, cuyo comienzo data, más ó menos, de 5 años antes. Manifiesta el enfermo que al principio sentía, por la tarde generalmente y varias horas después del almuerzo, ardores de estómago acompañados de un dolor localizado entre el apéndice xifoides y el ombligo. Ambas manifestaciones sintomáticas, primeramente no eran muy intensas y el dolor duraba unos diez minutos aproximadamente. Luego, sobre todo el do-

lor aparecía á las dos ó tres horas de las comidas y únicamente se calmaba con la ingestión de alimentos, ó bien el enfermo se provocaba vómitos para conseguir de este modo alivio. A causa de sus dolores había limitado su alimentación á leche y verduras, por temor de sentirlos reaparecer. Como notara que la ingestión de leche, le calmaba el *hunger pain* característico, por la noche y cuando á causa de él despertaba, ingería unos sorbos de leche y así conseguía reanudar nuevamente el sueño interrumpido.

Todo este cuadro sintomático hacía su aparición por crisis y alternando estos ataques con períodos de bienestar y calma, de uno á dos meses de duración.

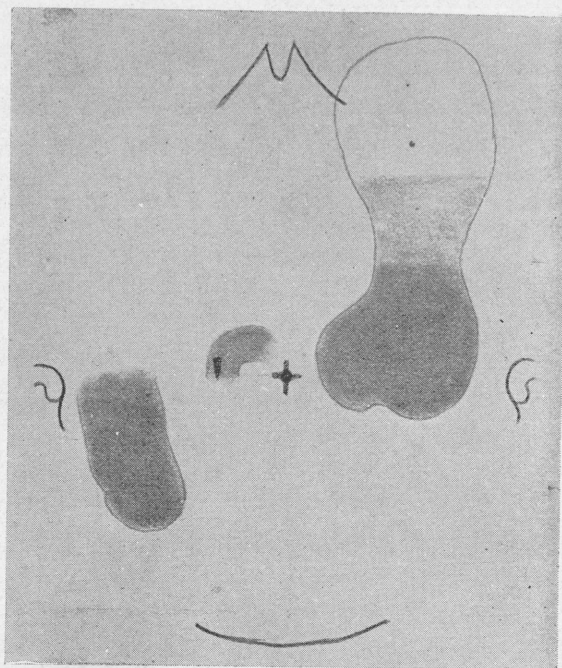
El examen físico del abdomen revela, á la palpación profunda, una ligera defensa y un poco de dolor al nivel del recto derecho, en el segmento sub-costal.

El apetito se conserva sin variantes dignas de mención, y en cuanto á sus funciones intestinales, es un constipado habitual.

Habiéndosele instituído un tratamiento médico y un régimen alimenticio, el enfermo mejora rápidamente y pide el alta, la que se le concede el 12 de Febrero. Pero, el día 3 de Marzo del mismo año, reingresa á la sala, en plena crisis nuevamente y decidido á dejarse operar.

Operación. — Marzo 8. 1913. Operadores: doctores Rodolfo E. Pasman y Ricardo Finochietto. Anestesia general con éter.—Laparotomía mediana. La exploración revela la existencia de bridas que fijan el píloro á la vesícula bi-

LAMINA V



Observación VI

ESQUEMA DE RADIOSCOPIA ANTES DE LA OPERACIÓN

Comida de Rieder. Examen inmediato.

La sombra duodenal es visible por momentos. Movilidad y peristaltismo buenos.

(El examen radioscópico realizado 6 horas después de la ingestión de la pasta de bismuto, reveló la ausencia de resto en el estómago y la existencia de una sombra triangular en la unión de la 1.^a y la 2.^a porción del duodeno. Cabeza en el ángulo hepático).

liar y que se seccionan. Se consigue separar el hígado y se explora la primera porción del duodeno cuidadosamente, hasta que, á dos ó tres traveses de dedo de la vena pilórica de Mayo, se encuentra una retracción de la serosa con su correspondiente hundimiento, en cuyo vértice hay tejido retráctil, fibroso, dándole á esta parte del duodeno un aspecto característico. Finalmente se efectúa una gastroenterostomía posterior, sin asa, isoperistáltica.

Marcha post-operatoria. — Al segundo día comienza la alimentación líquida; al tercer día se le suministran pastas y al cuarto día se le da un purgante.

Como resultado operatorio, el éxito fué completo, habiendo desaparecido todos los trastornos anteriores á la operación.

Al mes de operado se le hace una radioscopia, que muestra normal el funcionamiento de la neostomía y no se observa funcionar el antiguo píloro.

En los primeros días del mes de Octubre del año actual es visto de nuevo y se comprueba que goza aún de todo los buenos resultados inmediatos de la operación.

Consideraciones. — Nótese la presencia, en este caso, de bridas que unen la vesícula al píloro, y llamaremos la atención sobre la frecuencia con que vemos á la vesícula biliar concurrir á dar importancia á estas lesiones de vecindad, contrayendo adherencias con el duodeno, como en la observación III, y con el epiplón gastro-hepático, como en la observación IV, y cuya explicación creemos haberla dado en las consideraciones de la observación III.

Vemos que la gastroenterostomía simple, en este caso, se muestra muy suficiente por sí sola, proporcionando una curación que se mantiene perfecta hasta un año y medio después de la operación.

El examen radioscópio, efectuado al mes de la intervención, nos sugiere idénticas reflexiones á las que nos hemos hecho ante el examen radiológico del operado de la observación II.

Observación VII

HOSPITAL RAWSON. — SALA XII. — GINECOLOGÍA

DR. MARTÍN REIBEL

Folio 1200 del libro de historias de la sala XI.

Julia F. de B., 50 años, italiana.

Fecha de la primera consulta. — Febrero 10. 1914.

Diagnóstico. — Úlcera del duodeno.

Tratamiento. — Pílorogastrectomía.

La enfermedad empieza hace dos años, y hasta entonces la paciente no había tenido ningún trastorno.

Quéjase de haber tenido vómitos á continuación de grandes dolores, que se producían generalmente á las 5 ó 6 horas después de las comidas de la noche. Dice que estos dolores eran intolerables y que sólo conseguía calmarlos vomitando los alimentos ingeridos. A la palpación siéntese desplazar un tumor pequeño, del tamaño de una nuez, doloroso, y que sigue los movimientos respiratorios. La percusión del estómago revela su gran dilatación.

Operación. — Febrero 20. 1914. Operador: Dr. Enrique Finochietto. — Laparotomía paramediana, derecha. Se llega al estómago, cuyo límite inferior está vecino al pubis, de paredes espesadas y con un pequeño tumor duro, no ulcerado, regular, y situado al nivel del píloro. Hay ganglios al nivel del borde inferior del estómago y en la pequeña curvadura. Dado el grado de dilatación y el temor de la naturaleza maligna del tumor, se decide practicar una resección pilórica, parcial del estómago. Se abre el pequeño y el gran epiplón, se ligan los vasos, se reseca, juntamente con el píloro, una extensión de un centímetro de duodeno. La separación de éste del páncreas tuvo muchas dificultades y hubo que hacer una prolija hemostasia. La porción de estómago resecada tendrá, más ó menos, las dimensiones de un estómago normal, habiéndose dejado otra porción igual, en la cual se hizo una gastroyeyunostomía posterior, sin asa.

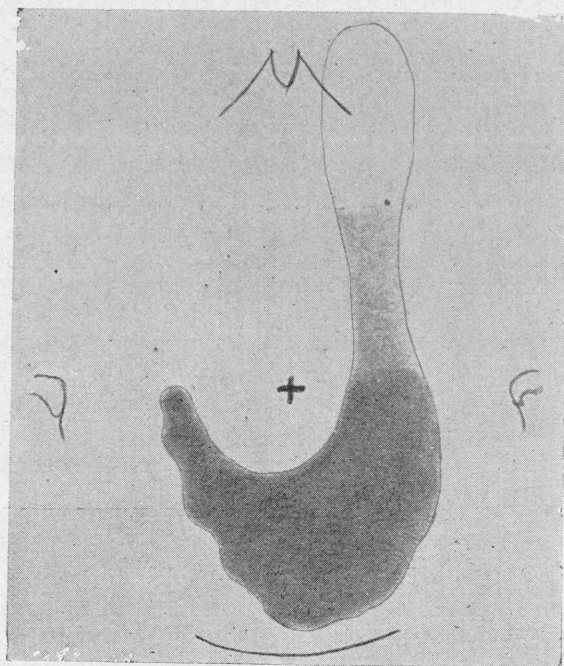
Marcha post-operatoria. — Marzo 1.º Hasta la fecha, llama la atención la mejoría obtenida. Los vómitos han desaparecido y la enferma se alimenta desde el segundo día de la intervención.

Marzo 5. — Por irregularidades en la alimentación tiene un ascenso térmico, (40 grados) que cede con la administración de un purgante de aceite de ricino.

Marzo 16. — Es dada de alta en muy buenas condiciones.

El examen anatómopatológico de la pieza corroboró el diagnóstico de úlcera del duodeno.

LAMINA VI



Observación VII

ESQUEMA DE RADIOSCOPIA ANTES DE LA OPERACIÓN

A las 6 horas. Gran curvatura á ocho traveses de dedo por debajo del ombligo. Píloro al nivel del ombligo y á tres traveses de dedo á la derecha. Atonía.

A las 30 horas se observa idéntica imagen radioscópica.

Consideraciones. — El éxito fué inmediato y admirable la excelente marcha de la operada desde el primer momento de la intervención. Nos llama la atención la hipotonía de un estómago de paredes hipertrofiadas y vencidas por el obstáculo pilórico. Observamos que la gastrectomía se hace con el objeto exclusivo de reducir las dimensiones enormes del estómago dilatado.

Los caracteres macroscópicos del tumor, á pesar de haber hecho diagnóstico previo de úlcera, eran tan sospechosos en el sentido de la metamorfosis cancerosa, que se decidió la pilorectomía.

El resultado fué felicísimo.

Observación VIII

HOSPITAL RAWSON.—SALA VIII.—CIRUGÍA GENERAL.

DR. ENRIQUE FINOCHIETTO

(Interinamente sala de Clínica Médica)

Roberto A., 45 años, español, casado, peluquero.

Fecha de ingreso.—Junio 12. 1914.

Diagnóstico.—Úlcera de la segunda porción del duodeno.

Tratamiento.—Exclusión pilórica por ligadura y gastroenterostomía posterior.

Este enfermo presentaba el cuadro sintomático clásico de los ulcerosos del duodeno, con algunas variantes de poca importancia.

Operación.—Julio 7 de 1914. Operador: Dr. Enrique Finochietto—Laparotomía para-mediana derecha. Una vez abierto el vientre y explorada la región, se palpa, á través de la pared anterior del duodeno de apariencia normal un tumor redondeado, del tamaño de una pieza de dos centavos, situado sobre la pared posterior del órgano y más próximo á su borde cóncavo. Se decide hacer una

exclusión pilórica con gastroenterostomía y se realiza aquélla, haciendo una ligadura con el ligamento redondo del hígado; el cual es desprendido de la pared abdominal y pasado por la cara anterior del duodeno y fijado hacia atrás de esta porción del intestino, quedando el ligamento redondo adherido por su otra extremidad al hígado y haciendo de este modo una suspensión, al mismo tiempo que una ligadura. Luego se hace una gastroenterostomía posterior, sin asa.

Marcha post-operatoria.—El enfermo presenta los primeros días de la intervención, un estado de suma gravedad á causa de una complicación intercurrente pulmonar; pero felizmente mejora luego, con rapidez, y el resultado final es considerado como un éxito legítimo. Alta, 12 de Agosto de 1914.

Consideraciones.—El grave estado que presenta el enfermo en los primeros días, debido á una de las complicaciones más comunes en los operados de vientre, nos oculta el resultado del todo próximo, inmediato de la operacion. En cambio, el éxito en lo sucesivo y hasta el presente, ha sido satisfactorio.

Observación IX

DE LA CLIENTELA PRIVADA DEL DR. ENRIQUE FINOCHIETTO

Diagnóstico. — Úlcera del duodeno.

Tratamiento. — Gastroenterostomía posterior, sin asa yeyunal.

En esta observación, de la cual daremos únicamente aquellos detalles de más interés, se trata de una joven, quien, á raíz de las fatigas y zozobras ocasionadas por el cuidado de un enfermo, siente por las noches únicamente y durante unos días (8), un dolor vago, soportable, en la boca del estómago, que aparece después de varias horas de las comidas.

Este malestar, que siente por primera vez, pasa y luego se restablece la normalidad de las funciones digestivas. Un mes después, aproximadamente, reaparece una segunda crisis ó ataque, que reviste mucha mayor gravedad, con vómitos y á veces hematemesis y también meLENAS repetidas; las que traen aparejadas una gran caída del estado general, con una anemia aguda. En estas cir-

cunstancias es llamado el Dr. Finochietto, quien, visto el mal estado general y las hemorragias, instituye un tratamiento reparador de inyecciones de suero fisiológico, etc., y luego opera la enferma. La exploración pone de manifiesto una lesión estrellada, del tamaño de una moneda de 5 centavos, formando pliegues radiados de la serosa duodenal, situada á dos traveses de dedo del píloro y sobre el borde convexo del duodeno, en su primera porción.

No existen adherencias, ni procesos inflamatorios de vecindad. No hay espesamiento de la pared del duodeno. Se efectúa una gastroenterostomía posterior, sin asa, transmesocólica, antiperistáltica y á lo Mayo.

Los resultados post-operatorios fueron de beneficio sorprendente, y la enferma, aun en la actualidad, no acusa ningún trastorno digestivo.

Consideraciones. — En este caso se procedió teniendo en cuenta el criterio de Moynihan sobre la época cuando debe ser intervenido un enfermo de úlcera del duodeno, y á más hallando una indicación muy formal en las hemorragias amenazadoras. El éxito fué completo, desapareciendo todos los trastornos y el síntoma temible: la hemorragia. Desde luego, pues, vemos que, en este caso, la gastroenterostomía simple fué una intervención suficiente para poner la úlcera al abrigo de irritaciones y roces, que provocaron las melenas y abundantes hematemesis, y también fué suficiente en cuanto al resultado global de la operación. Más aún: este caso es una enseñanza para se-

guir en lo posible el criterio de Moynihan; desde que tal conducta libró á la enferma de una probable perforación, dado lo avanzado de las lesiones patológicas, ó de la aparición, quizá funesta, de una hemorragia sobreaguda, teniendo en cuenta las anteriormente producidas; y juntamente á todo esto, la conducta seguida libró al cirujano de todos estos embarazosos inconvenientes de antiguas adherencias muy compactas, muy vascularizadas, que tanto dificultan y prolongan las maniobras operatorias y, al mismo tiempo, exponen á incidencias muy desagradables, como la que sobrevino al desprender adherencias en la observación V.

APÉNDICE .

Por el número reducido de nuestras observaciones, así como por el escaso tiempo transcurrido después de la operación en la mayoría de ellas y porque algunos de los operados han desaparecido y no ha sido posible volver á verlos, por estas razones, pues, no estamos habilitados para hacer ninguna conclusión, fundados únicamente en nuestra propia experiencia y observación.

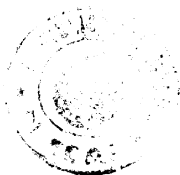
Ahora bien, si quisiéramos basarnos en nuestro trabajo de recopilación de opiniones de distintos autores, hallamos una anarquía completa y afirmaciones absolutamente contradictorias en casi todos los puntos donde pudieran apoyarse las diversas conclusiones.

En vista de todo esto, solamente establecemos estas dos conclusiones finales:

- 1.º El tratamiento de la úlcera crónica y simple del duodeno debe ser quirúrgico en la gran mayoría de los casos y será establecido siempre que los síntomas no ceden rápidamente al tratamiento médico.

2.º Hay en la actualidad, en cirugía, una tendencia marcada en favor de la exclusión pilórica; pero la experiencia adquirida sobre los resultados es demasiado limitada para poder arribar á conclusiones categóricas sobre el valor definitivamente establecido de esta clase de intervenciones.

MARCELINO ARRIBILLAGA



Buenos Aires, Octubre 19 de 1914

Nómbrese al señor Académico Dr. Diógenes Decoud, al profesor titular Dr. Pascual Palma y al profesor suplente Dr. Armando Marotta, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4.º de la Ordenanza sobre exámenes.

L. GÜEMES

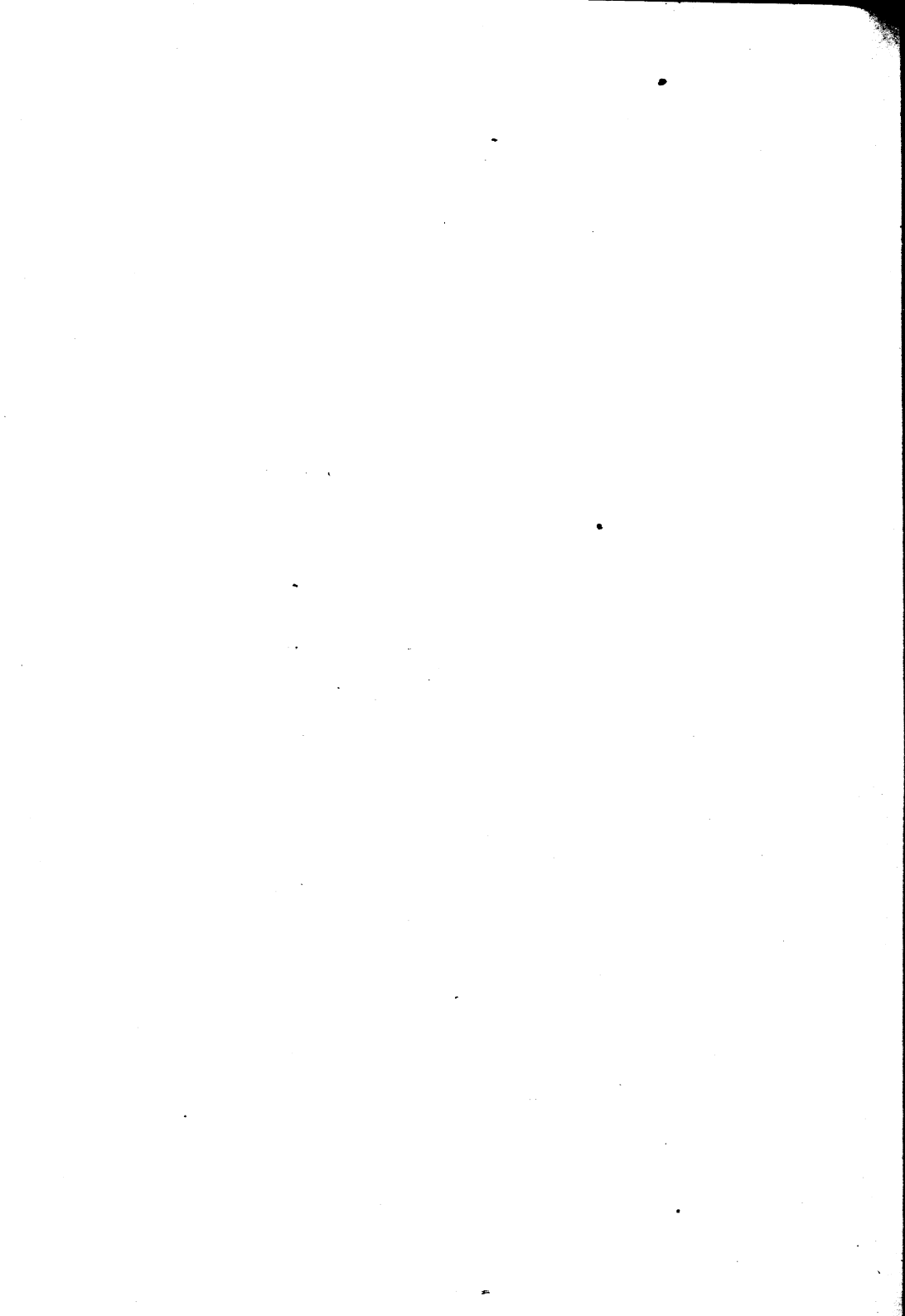
J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Noviembre 4 de 1914

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 2896 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

J. A. Gabastou
Secretario



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Diagnóstico diferencial de la úlcera del duodeno y de la úlcera del píloro.

Decoud.

II

Satisface el tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica ó duodenal á los postulados de un tratamiento etiológico.

Palma.

III

Consecuencias post-operatorias. Bibliografía nacional.

R. A. Marotta.

30770

