



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

IMPORTANCIA DE LA TECNICA Y TACTICA

QUIRURGICAS EN LA GENESIS DE LA

ULCERA PEPTICA POST-OPERATORIA

TESIS DE DOCTORADO

de

BORIS POPOFF

Padrino de tesis

Prof. Dr. FEDERICO CHRISTMANN

1950

Año del Libertador Gral. San Martín



MINISTERIO DE EDUCACION

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

AUTORIDADES

RECTOR :

Prof. Dr. Luis Irigoyen

VICEERECTOR:

Prof. Ing. Hector Ceppi

SECRETARIO GENERAL:

Sr. Bartolomé Espinel Bavio

CONSEJO UNIVERSITARIO:

Prof. Dr. Juan F. Muñoz Drake

Prof. Dr. Eugenio Mordegliá

Prof. Dr. Roberto Crespi Gherzi

Prof. Ing. Martín Solari

Prof. Dr. Julio H. Lynnet

Prof. Dr. Herman D. González

Prof. Ing. César Ferri

Prof. Ing. José M. Castiglione

Prof. Dr. Guido Pacella

Prof. Dr. Osvaldo A. Echkell

Prof. Ing. Hector Ceppi

Prof. Ing. Arturo M. Guzmán

Prof. Dr. Roberto H. Marfany

Prof. Arturo Cambours Ocampe.

Prof. Dr. Emilio J. Mac Donagh

Cap. Fragata (R) Guillermo O. Wallbrecher



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

AUTORIDADES

DECANO:

Prof. Dr. Pascual R. Cervini

VICEDECANO:

Prof. Dr. José F. Morano Brandi

SECRETARIO

Prof. Dr. Flavio J. Briasco

PROSECRETARIO

SR. Rafael G. Rosa

CONSEJO DIRECTIVO

Prof. Dr. Diego M. Argüelle

Prof. Dr. Inecencio F. Canestri

Prof. Dr. Roberto Gandolfo Herrera

Prof. Dr. Luis Irigoyen

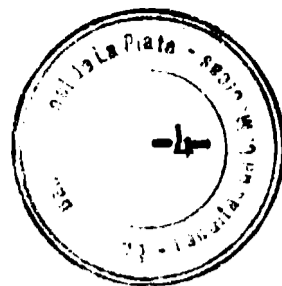
Prof. Dr. Romulo R. Lambre

Prof. Dr. Victor A. Bach

Prof. Dr. José F. Morano Brandi.

Prof. Dr. Enrique A. Votta

Prof. Dr. Herminio L. Zatti



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Rophile Francisco

Dr. Grece Nicolás V.

Dr. Sete Mario L.

PROFESORES TITULARES

Dr. Argüello Diego M. - Clínica Oftalmológica

" Baldasarre Enrique C. - FF. y T. Terapéutica

" Bianchi Andres E. - Anatomía y F. Patológicas.

" Caiero José A. - Patol. Quirúrgica

" Canestri Inocencio F - Medicina Operatoria

" Carratala Rogelio F. - Toxicología

" Carreño Carlos V. - Higiene y M. Social

Cervini Pascual R. - Cl. Pediatría y Pueric.

" Corazzi Eduardo S. - Patol. Médica Ia.

" Christmann Federico E. - Cl. Quirúrgica IIa.

" D'Ovidio Francisco E. - P. y Cl de la Tuberculosis

" Errecart Pedro L. - Cl. Otorrinolaringológica

" Florianb Carlos - Parasitología

" Gandolfo Herrera Roberto I. - Cl. Ginecológica

" Gascón Alberto - Fisiología y Psicología

" Girardi Valentín C. - Ortopedia y Tram. T.

" González Hernán D. - Cl. Enf. Infecciosas y P.T.

" Irigoyen Luis - Embriología e H. Normal

" Lambre Romulo R. - Anatomía Ia.

" Loudet Osvaldo - Cl. Psiquiátrica

" Lyennet Julie H. - Anatomía IIa.

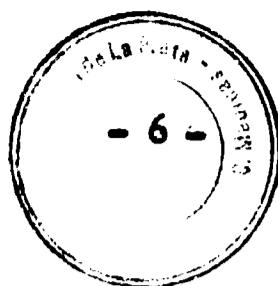
" Maciel Crespo Maciel A. - Semiología y Cl. Prop.

" Manse Soto Alberto E. - Microbiología

Martinez Diego J.J. - Patología Médica IIa,



- Dr. Montenegro Antonio - Cl. Genitourológica**
- " **Monteverde Victorio - Cl. Obstetrica**
 - " **Obiglio Julie R. - Medicina Legal**
 - " **Othas Ernesto L. - Cl. Dermatosifilográfica**
 - " **Rivas Carlos I. - Cl. Quirurgica Ia.**
 - " **Rossi Rodolfo - Cl. Médica Ia.**
 - " **Sepich Marcelino J. - Cl. Neurológica**
 - # **Uslenghi José P. - Radiología y Fisiot.**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LAPLATA

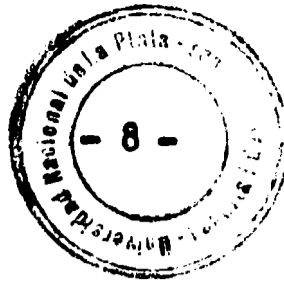
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES ADJUNTOS

- Dr. Aguilar Giraldes Delio J. - Cl. Pediatrica y Pueric.
" Acevedo Benigno S.-Quimica Biológica
" Andrieu Luciano M. - Cl. Médica Ia.
" Bach Víctor Eduardo - Cl. Quirurgica Ia.
" Baglietto Luis A. - Medicina Operatoria
" Baila Mario Raul - Clínica Médica IIa.
" Bellingi José - Patología y Cl. de la Tuberculosis
" Bigatti Alberto - Cl. Dermatosifilográfica
" Brasco Flavio J. - Cl. Pediatrica y Pueric.
" Calzetta Raul V.-Semiología y Cl. Prop.
" Carri Enrique L. - Parasitología
" Cartelli Natalio - Cl. Genitourológica
" Castede César - Cl. Neurológica
" Castillo Odena Isidro - Ortopedia y Traumat.
" Ciafardo Roberto - Cl. Psiquiátrica
" Conti Alcides L. - Cl. Dermatosifilográfica
" Correa Bustos Horacio - Cl. Oftalmológica
" Curcio Francisco I. - Cl. Neurológica
" Chescotta Nestor A. - Anatomía Ia.
" Dal Lage Héctor - Ortopedia y Traumatología
" De Lena Rogelio - Higiene y Med. Social
" Dragonetti Arturo R. - Higiene y Med. Social
" Dassaut Alejandro - Medicina Operatoria
" Echave Dionisio - Química Biológica
" Fernandez Audicio-Julio C. - Cl. Ginecológica.

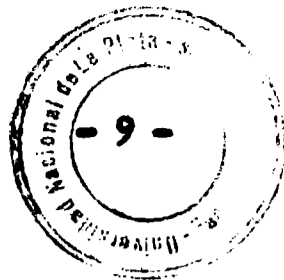


- Dr. Fuertes Federico - Cl. Enfermedades Infec. y P.T.**
- " **Garibotte Román C. - Patol. Médica IIa.**
 - " **García Olivera Miguel A. - Medicina Legal**
 - " **Giglio Irma C. de - Cl Oftalmológica**
 - " **Giroto Rodolfo - Cl. Sanitoureológica**
 - " **Gotusso Guillermo O. - Cl. Neurológica**
 - " **Gaixá Hector Lucio - Cl. Ginecologica**
 - " **Ingratta Ricardo N. - Cl.Obstetrica**
 - " **Lascano Eduardo Florencio - Anat. y F. Patol.**
 - " **Dogascio Juan - Patología Médica Ia.**
 - " **Loza Julio Cesar - Higiene y Med. Social**
 - " **Lozano Federico S. - Cl. Medica Ia.**
 - " **Mainetti José María - Cl. Médica Ia.**
 - " **Manguel Mauricio - Cl. Médica IIa.**
 - " **Marini Luis C. - Microbiología**
 - " **Martines Jaquín D.A. - Semiología y Cl. Prop.**
 - " **Matusevich José - Cl. Otorrinolaringológica**
 - " **Mielij Elias - Patología y Cl. de la Tuberculosis**
 - " **Michelini Raul T. - Cl. Médica IIa.**
 - " **Morano Brandi José F. - Cl. Pediatrica y Pueric.**
 - " **Moreda Julio M. - Radiología y Fisioterapia**
 - " **Nacif Victorio - Radiología y Fisioterapia**
 - " **Naveito Rodolfo - Patología Quirurgica**
 - " **Negrete Daniel H. - Patol. y Cl. de la Tuberculosis**
 - " **Pereira Roberto F. - Cl Oftalmológica**
 - " **Prieto Elias Herberto - Embriol. e Histol. Normal**
 - " **Prini Abel - Cl. Otorrinolaringologica**
 - " **Penin Raul P. - Cl. Quirurgica Ia.**
 - " **Poliza Anleto - Medicina Operatoria**
 - " **Ruera Juan - Patología Médica Ia.**



Dr. Ruera Juan - Patología Médica Ia.

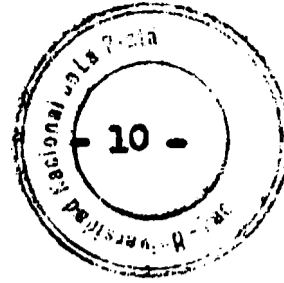
- " Sanchez Héctor J. - Patología Quirúrgica
- " Taylor Gorostiaga Diego J. - Cl. Obstétrica
- " Torres María del C. - Cl. Obstétrica
- " Trinca Saul E. - Cl. Quirúrgica IIa.
- " Tropeano Antonio - Microbiología
- " Tolosa Emilio - Cl. Otorrinolaringológica
- " Vanni Edmundo O.F.U - Semiología y Cl. Prop.
- " Vazquez Pedro C. - Patología Médica IIa.
- " Votta Enrique A. - Patología Quirúrgica
- " Tau Ramón - Semiología y Cl. Prop.
- " Zabudovich Salomón - Clínica Médica IIa.
- " Zatti Herminio L.M. - Cl. enfermedades Infec. y P.T.



Presento este trabajo para optar al título de Doctor en Medicina y para cuya elaboración he contado con el consejo y ayuda valiosa de mi padrino de tesis el Prof. Dr. Federico Christmann y del Dr. Osvaldo Zingoni, a quienes exprese en estas líneas mi agradecimiento.-

Ignoro si tendrá algún valor científico, pero por su intrínseco contenido sentimental, deseo dedicarla como homenaje de admiración a mi abuelo, el Dr. Mitrofan Retivoff, por los 57 años que lleva ya de apostólico ejercicio de la medicina, jaleados por una incansable dedicación a los problemas de la medicina social y una extraordinaria tarea de orden cultural realizadas en Rusia, Bulgaria, Checoeslovaquia, Belgica y Paraguay.-

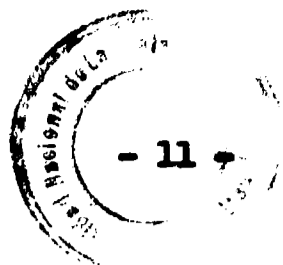
Y si en el ejercicio de la profesión soy capaz de seguir el ejemplo de noble y ardorosa dedicación que he recibido de mis padres médicos los dos, será ese el mejor homenaje que podré ofrecerles a ambos.-



IMPORTANCIA DE LA TECNICA Y DE LA TACTICA QUIRURGICA EN LA
GENESIS DE LA ULCERA PEPTICA POSTOPERATORIA

Desde casi los mismos albores de la cirugía gástricointestinal hasta nuestros días, sigue siendo la úlcera peptica postoperatoria e anastomótica una de las complicaciones más serias que se le presentan al cirujano. Es cierto que día a día su fisiopatología se va aclarando, y ya la mayoría de los autores está de acuerdo en lo que se refiere a la importancia que tiene en su génesis la hiperquilia residual, que puede ser debida a las causas siguientes:

- 1) Tipo de operación elegida, como la gastroenteroanastomosis que no corrige la hiperquilia si la hubiere
- 2) Resecciones gástricas económicas e insuficientes, por lo cual resta en el muñón una superficie gástrica ácido-secreta, responsable de la recidiva. Este se comprueba por la clínica y por la valuación del acidograma.--
- 3) Al tratamiento complementario de la resección o de la anastomosis; ya sea debido a la falta de régimen adecuado e de adaptación por parte del enfermo, e a la persistencia en el operado de hábitos inconvenientes de importancia ulcero-gástrica (alimentación hipersecretante, alcohol tabaco, etc.)
- 4) A la personalidad psico-somática del enfermo. Aceptados los factores psíquicos en buena parte de la patogenia de la úlcera gástrica e duodenal, su persistencia constituye un elemento a tenerse en cuenta, en enfermos que acusan una tendencia manifiesta a la hiperacidéz, con mucosas que se defienden mal y que son de poca acción alcalinizante, tanto es que Goffi Meremo se refiere a ellas como "portadores de



una diatesis ulcerígena"

- 5) Factores que pueden derivar del acto quirúrgico es si, ya sea por el traumatismo operatorio, estenosis de la neoboca, hematoma a su nivel, hilos no reabsorbibles

Surge de ello la manifiesta importancia tanto de la técnica como de la táctica quirúrgica a emplear frente a un enfermo portador de una úlcera gástrica e duodenal. Es justamente nuestro propósito pasar revista tanto a los detalles técnicos (como ser empleo de instrumental material de hemostasia, sutura, etc.) como a las distintas técnicas empleadas, a las que llamaremos técnicas quirúrgicas, analizando el rol de cada una de ellas en la aparición de la úlcera péptica.

A más, y como fundamentación de los conceptos que se irán vertiendo a lo largo del trabajo, hemos agregado al mismo algunos resúmenes de historias clínicas obtenidas de los archivos de la Segunda Cátedra de Clínica Quirúrgica a cargo del profesor Federico Christmann, a quien agradecemos el material que nos facilitara en todo momento. Con el mismo también hemos elaborado una estadística de enfermos gastroduodenales tratados quirúrgicamente en su servicio.-



TECNICA QUIRURGICA EN GENERAL

I) Empleo de CLAMPS

Instrumento esencialmente coprestatico, puede ser tambien de utilidad para la hemostasia provisoria cuando está colocade en la proximidad de la incisión.-

El CLAMPS de coprestasis debe ser de ramas largas y elásticas, y llenar su cometido de compresión de las víceras, adosande sus paredes y obturando su luz sin traumatizarlas. Para su fijación casi todos los modelos poseen junto a sus aros una cremallera, llevando ademas algunos modelos dispositivos especiales que permiten fijar las puntas de las ramas una vez que estas se hallan cerradas.-

Existen los mas variados tipos y modelos de CLAMPS, les hay de ramas duras, elásticas, curvos, rectos; de 2 ramas, de tres y de cuatro. Algunos de ellos adaptados para hacer especialmente anastomosis asépticas.

En su tecnica Quirurgica, Ricardo y Enrique Finochietto describen, desde los mas improvidados, como la compresión por los dedos de un ayudante, hasta la ejercida por los propios labios de la incisión abdominal. Y asi vemos el metodo que emplea Zininger usando una barrita de plomo e de estaño de 3 a 5 mm. de sección y unos 15 a 20 cts. de largo, revestida por un tubo de goma y que al ser doblada comprime la vicera. Otra forma de improvisar un clamp coprestático es: revistiendo las ramas de una pinza común con un tubo de caucho, y amudande las dos asas del mango entre si con un hilo, para lograr la fijación.-

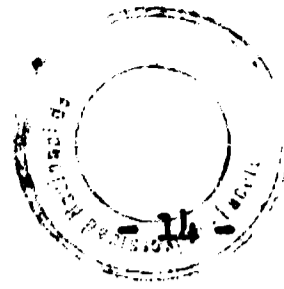
Los CLAMPS mas comunmente usados para la coprestasia intestinal son los de DOYEN, recto e curvo, e

el de Hartman. Sus ramas pueden revestirse con tela o con tubos de goma, para evitar el deslizamiento.-

Para proceder a la ceptostasis intestinal, en primer lugar se exterioriza el asa sobre la que se va a actuar, y en uno de sus extremos se coloca un clamp de DOYEN y se comienza a evacuar el contenido intestinal, comprimiendo el asa entre los dedos índice y mayor de la mano derecha, desplazándolos luego suavemente, mientras la mano izquierda que mantenía el clamp se coloca en la misma forma detrás de la derecha en cuanto se ha evacuado una porción del asa, para así reemplazar al clamp y permitir a la derecha seguir progresando, hasta llegar por maniobras análogas al lugar deseado, en donde se coloca el otro clamp de DOYEN.

Se puede también usar un solo clamp de DOYEN., el que se coloca en tal caso de manera que comprima una porción del meso.-

Cuando se desea obturar herméticamente la luz intestinal laminando la muscular y mucosa, con objeto de efectuar su ectomia, una sutura perforante o de los planos superficiales, se utilizan los instrumentos llamados "de oclusión" que pueden ser: Una pinza hemostática de ramas fuertes y largas, o el clamp de PAYR, el que está provisto de varias articulaciones lo que le permite desarrollar una gran fuerza y así producir la laminación de los tejidos, existiendo modelos pequeños para intestino y mediano para estómago, estos últimos cada día más en desuso pues se les achaca que, por poseer ramas de gran superficie, laminan una mayor extensión parietal exponiéndolo a esfacelos, los que si bien en la mayoría de las veces evolucionan en forma aseptica, no dejan de ser un peligro. La ventaja de este tipo de instrumento, es que permite



seccionar la viscera con mucha exactitud y bastante asepsia, lo que ha generalizado el uso del modelo pequeño para la es-
tomía y posterior sutura del duodeno en la gastrectomía.-

Para el mismo fin se utiliza tambien el "enté-
retribo de KOCHER", la pinza intestinal tipo PARLAVECCHIO,
(modelo WANGENSTEEN) que tiene ramas angostas y ramaradas,
y que segun Finochietto, "permite una toma sólida y eclusión
segura con un mínimo de tejido desvitalizado." Los clamp de
KOCHER y el de Scudder se caracterizan por poseer ademas del
cierre a cremallera, un dispositivo en las puntas de sus ra-
mas que permite asegurarlas una vez cerradas.

Para la ejecución de las anastomosis gastroin-
testinales se utiliza por lo general un tipo de clamp de tres
y cuatro ramas, aunque pueden utilizarse dos clamps de ramas
simples. Dichos clamps tienen la ventaja de sunar en un mismo
cuerpo de instrumento las dos piezas. Entre las que tiene cua-
tro ramas podemos citar el de ABADIE, TEMOIN, LANE, etc. To-
dos ellos poseen ramas largas, y estan constituidos de dos pie-
zas independientes, cada una de las cuales se coloca por sepa-
rado, una sobre el cono gástrico y la otra sobre el asa yeyu-
nal, luego ambas piezas se reunen entre si por medio de una
cremallera, permitiendo así la aproximación y la sutura de las
visceras.

Entre los clamps de tres ramas existen los mo-
delos de: LINHARTZ, ROOSVELT, MOSCOWICKZ, etc. Esencialmente
cada uno de ellos conta de una rama central inmovil y des la-
terales que se articulan.

Bastante semejantes a estos clamps son los utíli-
zados para la anastomosis aseptica, y son entre otras; las
pinzas de ROSTOWSEW, de O'HARA, etc. basadas estas ultimas
en las primitivas de PARLAVECCHIO; y que constan de tres pin-
zas: dos delgadas, largas y potentes para tomar las paredes
intestinales y que aseguran una toma solida y segura y una
tercera que sirve de union entre las dos primeras. Las pinzas



de WANGERSTEEN son delgadas y con suficiente potencia para poder laminar los tejidos, además pueden ser retiradas con facilidad cuando están serradas pues toman ^{forma} lanceolada, su cierre es seguro pues una vez hecha la presa del segmento visceral se les adapta sobre sus ramas cerradas un segmento de cilindro metálico.-

Existen otros instrumentos parecidos a los descritos para la anastomosis aseptica, pero su uso tiende día a día a restringirse, como así también el de los instrumentos de cecostasia comunes, pues va siendo reemplazada por la aspiración del contenido visceral al efectuarse la incisión.

EMPLEO DE MATERIAL DE SUTURA

Se utiliza tanto material reabsorbible como no absorbible. Entre el primero el más usado es el catgut simple y cromado No. 0 y 00; entre el segundo, el lino y el algodón No. 35, 70 etc. Preferentemente se emplea el catgut en la confección de las suturas perforantes, por la desventaja que ofrece el material no absorbible de permanecer constantemente en la luz del intestino, en un medio séptico y además por que reacciona ante los tejidos como cuerpo extraño, razón por la cual algunos autores lo sindician como causante de la úlcera peptica postoperatoria.

El material no absorbible se utiliza para las suturas no perforantes e asepticas y su calibre es similar al del catgut, expresándose su grosor de mayor a menor con los números 30, 50 y 70, para el lino; y para el algodón el más grueso va con el No. 16, el mediano con el 30, semidelgado con el 40 y el delgado con el 50.

EMPLEO DE AGUJAS

Elemento de importancia de la cirugía gástrica, dada la preponderancia de la sutura en ella, de la cual muchas veces depende el buen éxito de la operación. Generalmente

se utilizan las agujas rectas, redondas e lanceoladas, eligiéndose un calibre adecuado al espesor de la pared visceral en que se van a emplear, escalando comúnmente entre 0,5 a 0,7 mm. La principal variedad entre los distintos modelos conocidos estriba en la confección de sus ejos, tendiendo por intermedio de la forma que se les confiere a disminuir su diámetro, a fin de que al pasar el hilo ocasione el menor traumatismo posible a los tejidos que atraviesa la aguja. De esta manera tenemos agujas de ojo excavado, planado, con una ramura a nivel del mismo como la de NAGOTOMI.-

Indudablemente, lo mejor en este sentido lo proporcionan las agujas llamadas "atraumáticas" en las que el hilo penetra dentro de la aguja misma, sin que exista un engrosamiento del diámetro a nivel de la juntura estribando en ello su principal ventaja y evitando al mismo tiempo el tener que enhebrarla. Existen varios modelos de estas agujas siendo la diferencia entre ellos la forma en que se logra la adaptación del hilo a la aguja.-

Las agujas rectas se emplean comúnmente para trabajar en los segmentos exteriorizados fuera del abdomen, y para trabajar en la profundidad del mismo se prefiere el uso de agujas curvas, manejadas por intermedio de un porta-agujas, y de las cuales las más usadas son las curvas cilíndricas tipo MOYNIHAM. de 1/2 circunferencia, existiendo otras de 1/3 de circunferencia e en forma de anzuelo. El tamaño y calibre de las mismas se condiciona de acuerdo al uso que se les quiera dar.-

EMPLEO DE PINZAS.-

Su cometido es el de hacer presa ya sea sobre un segmento gastrointestinal, ya sobre su pared, durante las distintas maniobras quirúrgicas. Siendo su caracteris-

tica esencial el hacerlo ocasionando el menor traumatismo posible, razón por la cual los modelos que son de cierre fijable y de presión constante poseen ramas muy elasticas terminadas en forma de aro, redondeadas e elipticas, como la de FOERSTER, la de REVERDIN, o la de A-RO.-

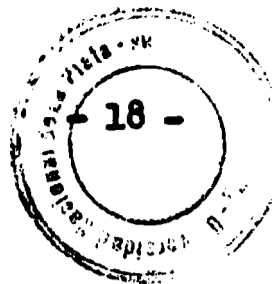
Dichas pinzas pueden ser reemplazadas en una maniobra sencilla y cómoda, por la toma de la viscera con los dedos del ayudante recubiertas por una gasa para evitar el escurrimiento de la misma; siendo esta maniobra eficaz, segura y poco traumatizante.

Para hacer presa sobre segmentos intestinales e gastricos que luego seran resecados, se utilizan unas pinzas mas fuertes, no tan elasticas , que pueden ser la de GREGOIRE, DE ARO, EN CORAZON, o la de DOYEN de aro excentrico.-

Entre las pinzas especiales que deben tomar porciones que no seran resecadas y las que por lo tanto deben sufrir el menor traumatismo posible, se utilizan aquellas que tienen el sistema de ^hprehensión en forma de uno o de varios dientes finos, destinados a abarcar unicamente la serosa y la muscular de las mismas. Existiendo varios tipos de ella como las de: CHAPUT, ALLIS, JUDD, DUVAL, FRANKS QUENE, modelos largos, de LAHEY, E. FINOCHIETTO etc. todas ellas semejantes en su construcción y finalidad.

TECNICA DE LA HEMOSTASIA.

Tiempo importante en todo acto quirurgico, lo es en extremo en la cirugía gastrointestinal. Se deben efectuar con sumo cuidado las ligaduras de la gastroepiploica derecha y de la coronaria estomacica. Utilizase para ello ya sea una aguja de DESCHAMPS, o se secciona y liga entre dos pinzas de KOCHER, fuertes rectas o curvas, o las de RANKIN.



Ya nos hemos referido a la hemostasia provisoria que se logra con la coporstasia.

Para la ligadura de los vasos del meso se emplean las tecnicas comunes e sea 1 a prehension del vaso con las pinzas hemostaticas y la seccion entre ellas, procediendose luego a ligarlas con hilo de lino No. 50 a 35, segun el calibre de los mismos, e con catgut simple e cromado No. 1 e 2.-

Para la hemostasia de los vasos que corren dentro de las paredes viscerales, se puede ligarlos en un tiempo previo e posterior a la incision de las paredes. En caso de que se les visualice se puede ligarlos: por ligadura simple op por transfixion e cuagulandoles. Si dichos vasos se exteriorizan con la incision de la seromucosa es mas facil lograr la hemostasia con los mismos medios, pudiendose valer de la colocacion de puntos de sutura hemostatica frente a frente antes de incidir.

Por ultimo diremos que existen tecnicas de sutura que ya son de por si hemostaticas, entre las que citaremos las suturas de F. CHRISTMANN y la de CAETRO las que seran descritas al hablar de las tecnicas de sutura.-

EMPLEO DE LA TECNICA DE SUTURA

La finalidad primordial de las suturas gastrointestinales, esla reconstruir por medio de la sintesis y en forma hermética, las paredes seccionadas, con fines quirurgicos e accidentales, aislando de esta manera la cavidad peritoneal del contenido septico gastrointestinal. Esto se logra efectuando dos planos, uno perforante e total y el otro seroseroso.-

Una sutura gastrointestinal buena dice Christmann debe llenar las siguientes condiciones:

- 1 - Ser impermeable.-

- 2 - Hemostática
- 3 - Aseptica.
- 4 - No debe estrechar la luz del intestino
- 5 - Debe dejar la herida perfectamente peritonizada.

Otro factor de importancia a tenerse en cuenta, es el estado de las paredes en las que se trabaja. Una mala irrigación de las mismas, o excesivos tironeamientos pueden comprometer seriamente los resultados de la sutura. Lo mismo ocurre si un proceso patológico tiene asiento en ellas, con lo cual disminuye su capacidad regenerativa.

De las capas que constituyen las paredes gastroentericas, le cabe a la serosa la mayor función regenerativa dada la extraordinaria capacidad en ese sentido del peritoneo y es así que a las pocas horas de la operación ya se producen procesos plásticos y adherencias al nivel de la sutura, con lo que practicamente aseguran el éxito de la misma. Las tuni- cas musculares en cambio carecen de este poder regenerativo y la union a su nivel solo se hace a expensas de tejido esclero- rese. Siende la mucosa la mas seriamente comprometida pues a nivel de donde pasa el punto se produce una necrosis, debien- do previamente eliminarse los tejidos esfacelados antes de que se produzca la regeneración de los mismos.-

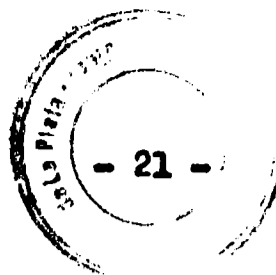
Es por esta causa que la infección es uno de los mayores peligros que se presentan, debiendo extremarse los cui- dades durante la ejecución de los tiempos sépticos, como lo es el primer plano de sutura e perforante, durante el cual la aguja atraviesa la mucosa que se halla en contacto del con- tenido septico. Es fundamental que una vez terminade este tiempo se retiren tante el instrumental como las compresas usadas en el, que durante su ejecución las gasas empleadas sean tiradas inmediatamente, y que se proceda al enjuague de los guantes con agua oxigenada y alcohol, e mejor aun, su cam- bio por otros, antes de proceder a la ejecución del segundo ~~plano de sutura e perforante, que comprende la sutura de~~

los tejidos no septicos, serosa y muscular de ambos lados de la incisión pudiendo hacersela solamente en la capa peritoneal y es entonces seroserosa e tomando junto con la serosa una porción de la muscular, para ser seromuscular.-

Desde los comienzos de este siglo es la sutura continua la mas usada en la cirugía gastrointestinal, habiendo desplazado casi totalmente a la de puntos separados, gracias a las ventajas que tiene sobre ella y que son: 1 - Es de realización mas rapida. 2 - proporciona mejor hemostasia, 3 - ocluye mas hermeticamente la herida.-

Se aconseja comenzarla generalmente por la izquierda, intercalando cada tanto un punto pasado para evitar estrecheces de la luz. Su mayor inconveniente radica en que en el caso de fracaso de uno solo de los puntos, se compromete todo el resto de la sutura y es por eso que algunos cirujanos aun prefieren la de puntos separados pese a su ejecución mas laboriosa.

No nos detendremos en la descripción de los distintos tipos de sutura dadas sus variedades y amplio conocimiento. Diremos solamente que en las suturas de las anastomosis gastrointestinales, en las que con frecuencia se actua sobre tejidos patológicos, se debe proceder con el ^{mayor} ~~maximo~~ de las precauciones, recurriendose generalmente a la elección de un tipo de sutura ya de por si hemostatica, pese a que esta haya sido efectuada cuidadosamente. Ya hemos citado algunas de esas suturas, y mas adelante insistiremos en detalle sobre la tecnica de la sutura de CHRISTMANN, por ser esta la técnica seguida en la gran mayoria de los casos que presentamos, como asi tambien en la casi totalidad de los enfermos de ulcera gastro duodenal, operados en su servicio, y cuya ci-

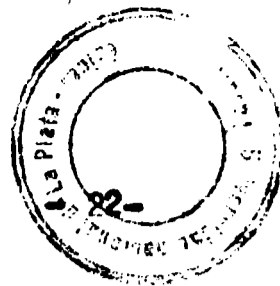


fra llega a 846 intervenciones a partir del año 1930 hasta Abril de 1950., mas adelante trataremos en extenso esta estadística , limitandonos a decir por ahora que en la casi totalidad de estas intervenciones, tanto el instrumental como los distintos tiempos quirurgicos han sido semejantes, salvo por supuesto, los casos que han precisado otros metodos, por asi requerirle las circunstancias.

Describimos a continuación la tecnica seguida en los distintos tiempos y el instrumental utilizado.

En lo que se refiere al empleo de los clamps, cuando se efectua la gastrectomía, para la sección y posterior cierre del duodeno, se utiliza un clamp de PAYR chico el que se colocan , previa liberación y movilización del duodeno y estomago hasta ambos límites de la resección, en la union de la primera y segunda porción del primero. Paralelo a el y a la altura del píloro se coloca una pinza de KOCHER curva. Se secciona a bisturí a nivel del clamp de PAYR, y una vez que se ha aislado a ambas pinzas con gasas, se hace un toque con tintura de yodo en ambas superficies de sección. Se envuelve luego el extremo pilórico del estómago con una gasa y se lo reclina posteriormente hacia el lado del ayudante.

Para la ejecución de la gastroenteroanastomosis que siempre que sea posible se hace precolonica a la manera de REICHEL - POLYA - BALFOUR. utilizando el asa corta, se toma la primer asa yeyunal y dejando suficiente espacio para el pase del colon transverse, se limita sobre ella con dos pinzas de CHAPUT la superficie de la neo-boca, que por la parte gástrica abarcará la totalidad de la sección de la misma en el caso de que esta no sobrepase los 8 cms. y si este ocurre se estrecha la luz a la manera de HOFFMEISTER - FINSTERER. Luego



utilizando un clamp de LINHARTZ de 3 ramas , se coloca una de ellas sobre el asa yeyunal, y la otra sobre el estómago y se dispone la magnitud de la neoboca .

Sobre la porción gástrica que se reseca y a 3 cts, por encima se procede a la colocación de un clamp de DOYEN, y efectuando un nuevo campo de compresas para proteger las nuevas pinzas se efectúa la sutura.-

Para la ejecución de la enterostomía que por lo general, se hace posterior y transmesocólica, se utiliza también la pinza de LINHARTZ de 3 ramas.

En lo referente al material de sutura y técnica de las mismas podemos decir que: Para la sutura del duodeno se utiliza catgut cromado No. 0, con aguja curva pequeña y con la cual se efectúa la sutura perforante total, alrededor del clamp de PAYR, a la manera de la técnica de Girard para las hemorroides. Una vez colocados 4 o 5 puntos a lo largo de la superficie seccionada, se retira el clamp y se traccionan ambos extremos del hilo ajustándose la sutura; con el mismo hilo se realiza otra sutura perforante total y se amuda.

Los planos seroserosos se suturan con otra aguja curva e hilo de lino , efectuándose dos planos de sutura en forma de jareta una por encima de la otra.

Teniendo siempre como objeto, la ejecución de una gastrectomía, describiremos ahora la técnica y el material usado en la ejecución de la anastomosis.

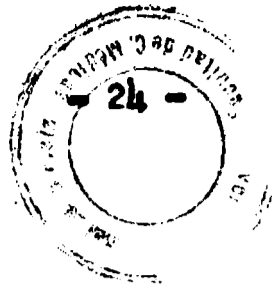
Para la ejecución de la sutura serosobosa, que se comienza efectuando primeramente la posterior y dejando la sutura anterior como tiempo final; se utiliza una aguja recta lanceolar, e hilo de lino fino, siendo la hebra de 60 cts. de largo.

La sutura perforante se hace con aguja rec^{ta} y con catgut cromado No. 0 siendo la longitud de la hebra de 60 cts. pues con el mismo hilo se efectúan los 4 tiempos de la sutura.-

Como tiempo previo a la iniciación de la sutura seroserosa posterior ~~posterior~~, se secciona la serosa y la muscular del estomago y del asa yeyunal, con el objeto de trabajar a cielo abierto y logrando con ello la ejecución de una hemostasia mejor controlada.

Se inicia la sutura, en forma de surget simple por el extremo que queda a la derecha del cirujano (extremo superior) llegando hasta el otro, donde se anuda y se deja la aguja enhebrada, para la ejecución de la sutura seroserosa anterior, que se hará como último tiempo.-

Una vez seccionados el estomago y el asa yeyunal, se comienza con las suturas perforantes, iniciandola con una doble sutura perforante posterior, la que comienza por el extremo superior de la neoboca, con un punto que tomando el ángulo intestinal atraviesa el estómago por el centro de la sección de las dos caras, hecho lo cual se anuda, se reintroduce nuevamente la aguja de afuera hacia adentro tomando los dos labios de la sección intestinal y uno solo gástrico, para seguir luego en forma de surget simple tomando solamente uno de los labios yeyunales y otro gástrico, (los que están adosados por el clamp) hasta concluir la sutura en el borde de la incisión (extremo inferior). Desde allí se reinicia la sutura a la inversa y siguiendo en forma de surget simple perforante total, se vuelve sobre si mismo al punto de partida, en donde se hace un punto pasado. De esta manera quedan hechos dos planes de sutura superpuestos y cuyos hilos



se han cruzado, con lo cual se logra un perfecto afrontamiento y una buena hemostasia.

La sutura doble perforante anterior se efectúa siempre con el mismo hilo y a partir de donde se había quedado al concluir la sutura anterior, dirigiéndose de allí al extremo superior de la sección gástrica, en forma de sutura de SCHMIEDEN. Una vez llegada a dicho borde, siempre con el mismo hilo se repasa la sutura anterior, usando esta vez un surget perforante simple, llegando así nuevamente al punto de partida, desde donde se sigue suturando el resto del primer plano o anterior, hasta el otro extremo de la sección usando nuevamente una sutura de SCHMIEDEN, volviendo luego sobre sí misma en forma de surget simple perforante hasta la iniciación de la sutura, donde se amoda con el otro cabo que se había dejado sujeto por una pinza.

Se retira entonces la pinza de LINHARTZ y retomando el hilo, con el que se efectúa la seroserosa posterior se procede a la ejecución de la sutura seroserosa anterior.

En el caso de que sea una gástroenteroanastomosis la operación realizada, la técnica de la sutura de la anastomosis es muy semejante a la descrita anteriormente.-

Se comienza también por la sutura seroserosa posterior, con el mismo material y empleando la misma técnica. Luego incididos ya el estómago y el asa yeyunal, se efectúan también planos de sutura perforante, e sea dos planos posteriores y dos anteriores. Se utiliza exactamente el mismo material de sutura, comenzando por el ángulo izquierdo del campo, con surget simple, e con puntos pasados. Una vez llegado al ángulo derecho se repasa la sutura, volviendo al punto de partida desde donde, con el mismo hilo, se efectúa



el plano anterior, ya sea con sutura de SCHMIEDEN o de CONNELL, reforzándolo luego por con otra sutura a surget simple, dando así por terminadas las suturas perforantes. Se le resta entonces terminar el plano seroseroso anterior, lo que se realiza tomando el mismo hilo con que se ha efectuado la seroserosa posterior, con lo que se da por terminada la anastomosis.-

Hemos detallado en lo que va dicho el empleo de : agujas, material de sutura y la técnica de las mismas.-

En lo que se refiere a las pinzas de prehensión generalmente se utilizan para la movilización del estómago e intestinos, pinzas de arco, y para los distintos tiempos de la anastomosis, ya sea cuando se antepone el asa yeyunal al estómago, o en los distintos tiempos de la sutura de los segmentos, pinzas de CHAPUT o de ALLIS.

El material empleado para la hemostiasia y técnica de la misma podemos decir que: Para las ligaduras efectuadas durante la liberación de la curvatura mayor y menor se usa hilo de lino. Se comienza por la liberación de la curvatura mayor tomando con una pinza de disección sin dientes el epiploon gastrecelónico, levantándolo; en una porción avascular del mismo se labra con tijera un ojal, el que se agranda con la misma. Se toma entonces con la pinza de disección, la porción que se va a resear y se colocan dos pinzas de KOCHER, entre las cuales se hace la sección. Esta maniobra se repite sucesivamente, hasta liberar toda la porción de la gran curvatura hasta el lugar en que se va a hacer la ectomía, los segmentos del epiploon tomados por las pinzas se ligan luego, con hilo de lino, cuyo calibre depende del diámetro del vaso.-



Para la liberación de la pequeña curva se procede de la misma manera, ligando y seccionando entre dos pinzas todos los vasos, incluso la coronaria estomacica, ya sea en masa o separadamente.-



TACTICA QUIRURGICA

Es innegable que cada enfermo de úlcera gastroduodenal plantea al cirujano la adecuada elección del tratamiento quirúrgico. Y si bien es la gastrectomía amplia la operación preferida por la mayoría de los cirujanos, no por eso han quedado relegadas las otras tácticas quirúrgicas que tienen sus indicaciones precisas y que inducen al cirujano a practicarlas de acuerdo a las variantes que presenta cada enfermo. ¶

Consideraremos ahora algunas de las operaciones que se utilizan en cirugía gastroduodenal relacionadas con la aparición de la úlcera péptica postoperatoria.

PILOROPLASTIA: Es una de las operaciones derivativas que tienden al ensanchamiento de la luz pilórica permitiendo con eso la mejor evacuación gástrica, mas utilizada comunmente en los enfermos portadores de una estenosis pilórica hipertrófica, fue practicada por primera vez por Von Heineke en 1866 y luego, descripta por Frommüller (1887) y Von Mikulicz.

Se recurre tambien a dicha operación en el tratamiento de la enfermedad ulcerosa con el objeto de la exploración directa visual e manual del estómago y duodeno. Con tal fin se la asocia, generalmente en la actualidad a la vagotomía con el objeto de evitar los trastornos mecánicos e el espasmo pilórico producidos por esta operación.

En el servicio del Dr. Christmann se la usa corrientemente asociandola como dijimos a la vagotomía e para la exploración del estómago y duodeno, siendo su indicacion para los enfermos que se hallan en el primer periodo e pre ulceroso de la enfermedad ulcerosa e sea el de hiperquilia. Las razones para ello son: 1) se logra la ampliación de un orificio natural 2) porque los alimentos pasan luego por el duode-

ne y no alteran el mecanismo humoral de la fase intestinal de la secreción gástrica, 3) por consirarla mas sencilla y mas fisiológica que cualquiera gastroenterostomía, 4) porque corrige, en caso de que se la asocie a la vagotomía, la estenosis pilórica, 5) porque al realizarla se abre el duodeno y el antro gastrico y elle permite la exploración directa de la mucosa. La técnica utilizada es: sección longitudinal del duodeno y antro , para luego examinar cuidadosamente el interior del estómago y duodeno con unespécule de Trelat. A continuación se realiza la sutura transversal con catgut cromado fino efectuandose un doble plano perforante total y un plano seromuscular de peritonización.

En la estadística que efectuaramos se han ejecutado 38 piloroplastias de las cuales 21 asociadas a vagotomías, y no hemos observado ni una sola úlcera péptica como consecuencia de esta táctica quirúrgica.

Sin embargo , Labandibar cita una observacion de tres casos de úlcera péptica postpiloroplastia. Davis-Beattie de Londres, despues de 16 casos de vagotomía y piloroplastía y 115 de vagotomía y pilorectomía no observaron ninguna úlcera peptica.-

GASTROENTEROANASTOMOSIS. La gastróenteroanastomosis o gastroyeyunostomía es una de las operaciones llamadas de método indirecto para el tratamiento de la ulcera gastroduodenal, siendo una de las primeras técnicas quirúrgicas utilizadas para tal fin. Es una de las formas de derivación cuyo objeto es buscar el reposo de la úlcera y su zona, evitando la irritación producida por el pasaje de los alimentos, y haciendo un drenaje rápido del estómago, lo que es también de suma utilidad en el caso que exista una estenosis pilórica.-



El quimismo gástrico despues de efectuada la gastreenterostomía sufre también una modificación en el tenor de la acidez que disminuye en algo debido a que parte de la secreción biliopancreática pasa al estómago por la nueva boca creada.

Sin embargo hoy día su uso ha disminuido notablemente a causa de que se la operación que deja como secuela el mayor número de úlceras pépticas anastomóticas, secuela esta que sumada a otras complicaciones derivadas de ella como hemorragias y perforación de la misma, el círculo vicioso, la obstrucción de la boca, la invaginación retrograda, ilio del asa yeyunal, y el peligro frecuente de la degeneración cancerosa de la lesión, han hecho de esta operación una táctica cada vez menos usada y que se reserva solo para aquellos enfermos en los que por razones de edad, condiciones generales, como ser los muy debilitados, obesos, los portadores de nichos gigantes infectados, en fin en todos los casos donde haya que tropezar con serias dificultades por la extensión de las lesiones que puedan peligrar los órganos del pedículo hepático, etc.

El principal inconveniente de esta operación para la cura de la enfermedad ulcerosa, radica en que corrige en muy poco la acidez gástrica, siendo este uno de los factores que mas predisponen a la aparición de la úlcera yeyunopéptica, ya que se ha podido comprobar por el sondaje gástrico fraccionado con estimulación cafeínica de Kalk y Katsch, la recuperación ácida. Hemos así, consultado distintas estadísticas, que le cabe a la gastróenteroanastomosis, el primer lugar entre las operaciones que estan sujetas a esta temible complicación; Moynihan le asigna un 2% de las úlceras recidivadas; Leivisohn: de Nueva York del 55 a 33 %; Balfour, el 12 %; las estadísticas de Berk y de Finsterer llegan también a los 33 o 34 %. Eustrman, Kirklin y Movloch, sobre 62 pacientes gastreenteroanastomizados, con trastornos funcionales de la boca anastomótica halla el 77% de úlcera yeyenal.



Labandibar opina que de un 5 a un 6 % de las gastroenterostomias hacen ulceras pepticas; presenta 238 casos de los cuales 170 sin consecuencia de la gastroenteroanastomosis en la proporción siguiente:

- 159 post-gastroenterostomía posterior
- 13 post - gastroenterostomía con exclusión
- 8 post - gastroenterostomía anterior

Ceballos de 47 enfermos de úlcera péptica estudiados, señala que 38 fueron sometidos a una gastroenteroanastomosis de los cuales 36 a gastrienterostomía posterior y 2 a gastroenteroanastomosis anterior. Vernengo le achaca el 22 % a la gastroenteroanastomosis cuando se la efectúa como intervención complementaria en las úlceras perforadas y en estas condiciones, Zukschwerdt y Esh; hasta el 50 %. Gomez sobre 80 operados tiene un 30 % de fracasos; Selé, sobre 700 operaciones cita dos casos en los que efectue anastomosis gastroyeyunal y 5 úlceras pepticas postgastroyeyunestomía. Mainetti describe 18 úlceras pépticas sobre 70 gastroenteroanastomosis, o sea un 25 % de los cuales, las tres cuartas partes fueron operados de su lesión primitiva en su servicio.-

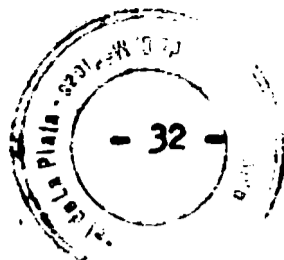
En el servicio de la cátedra en tre los años 1930 y 1950, se han efectuado 134 gastroenteroanastomosis siendo la tecnica preponderante la gastroenteroanastomosis posterior tranmesocolica, con 124 intervenciones; 8 gastroenteroanastomosis anteriores; y 2 G.E.A.P.T.M. y vagotomía. Reingresan posteriormente al servicio por úlcera peptica, dos operados con esta táctica. A ambos se le habia efectuado una G.E. A.P.T.M., y los resúmenes de sus historias estan incluidos en nuestra casística, bajo los números 7 y 8 ; ambos presentaban una elevada acidez en el momento de su reingreso. Los otros seis enfermos de nuestra casística, portadores de úl-

úlcera péptica postgastroenteroanastomosis, fueron intervenidos originalmente en otros servicios, antes de ellos se le había efectuado una G.E.A.P.T.M. De los otros tres no se pude precisar en el estudio de sus historias clínicas, el tipo de G.E.A. efectuado. El estudio de la acidez gástrica efectuada en cuatro de los últimos también reveló cifras altas, sobre todo en el caso No. 1. El caso No. 5 después de ser reoperado efectuándosele una gastrectomía complementaria amplia 2/3 partes, con anastomosis en doble café de esopeta, se reinterna a los 20 meses, comprobándose que su quimismo gástrico ha sufrido nuevamente una elevación de los valores y que presenta trastornos que se interpretan como una gastritis, efectuándosele entonces, una vagotomía torácica, después de la cual no alivió su sintomatología.

Vemos pues que las estadísticas no coinciden entre ellas, oscilando sus cifras entre el 2 y el 34 % de úlcera péptica post gastroenteroanastomosis, coincidiendo, sin embargo, la mayoría de los autores, en asignarles entre el 2 y el 10 % como término medio.

Actualmente se ven mucho menos las úlceras pépticas post G.E.A. debida a que esta operación ha sido desplazada con justa razón por la gastrectomía amplia y otras técnicas que pasaremos a analizar.-

GASTRECTOMIA En su forma de gastroduodenectomía parcial o Gran Resección, es hoy en día la táctica quirúrgica que goza de mayor predilección, por ser un método directo y que actúa suprimiendo no solo la porción enferma del estómago e duodeno sino que se logra con elle en la mayoría de los casos una reducción de la acidez, una verdadera hipoclorhidia y hasta aquilia gástricas, con la consiguiente curación de la enfermedad ulceroosa. En esto último se basa el fundamento fisiológico de la operación; explicándose la hipoclorhidia postoperatoria, no por



la resección de todas las porciones secretoras de ácido clorhídrico (lo que se lograría únicamente con una gastrectomía total) sino por la supresión de un mecanismo reflejo a punto de partida antral e pilórico. Dicho reflejo actúa sobre el fundus, sitio en el que se genera el ácido clorhídrico, por la acción de la secretina u otro elemento.

Se logra así con esta operación eliminar conjuntamente con la lesión, al piloro antro y pequeña curva, con lo que consigue hacer desaparecer los factores fisiopatológicos que originan la secreción.-

Hoy día ya es casi unánimemente aceptada la importancia que tiene la hipersecreción en la patogenia de la ^{y siendo la úlcera} úlcera péptica P.O. nada mas que una contingencia de un tratamiento fracasado de la enfermedad anterior es indudable que dicha hipersecreción es uno de los factores que predisponen mas a su aparición.

Existe un sinnúmero de variantes en la técnica de la gastrectomías sobre todo para el restablecimiento de la comunicación gastro-intestinal, que no entraremos a detallar ya que las opiniones están divididas habiendo cirujanos que precisan un método mas que el otro con el cual logran el mayor número de éxitos, es en realidad un factor personal de cada uno de ellos. Diremos solamente que lo que si debe ser recalcado es que para la obtención de los mejores resultados y sobre todo la profilaxia de la recidiva, la resección debe ser amplia, debiendo comprender el duodeno, piloro, al antro pilórico y la parte limitante del fundus. Una gastrectomía amplia e subtotal según Christmann debe restar al estómago unos 8 cm. de la pequeña curva y unos 14 de la gran curvatura, valorando así la magnitud de lo resecado, no por lo que se resecó, sino por lo que resta del estómago.-



En los casos en que aparece una úlcera péptica por gastrectomía generalmente la resección ha sido muy económica con lo que ha quedado una hiperquilia P.O. considerable. Con todo ese el número de úlceras P.OP. posgastrectomía es mucho inferior al de las que aparecen Post G.E.A.-- Asi vemos en la ya conocida estadística de Starlinger que sobre 25647 gastrectomías , señala para las distintas técnicas un porcentaje de úlcera P.P.O. que oscila entre 2,8 % al 0,3 %, cabiendole a las técnicas mas conservadoras el porcentaje mas amplio y asi vemos tambien:

- 1 - Úlceras pepticas postgastrectomías Billroth II con anastomosis en Y: de 86 operaciones 2 recidivas, lo que equivale a 2,3 %
- 2 - idem postgastrectomía Billroth II antecolica de 138 operados, 3 recidivas, lo que equivale a 2,2 %
- 3 - idem postgastrectomía a lo Pean: de 1789 operados, 7 recidivas, lo que equivale a 0.9 %
- 4 - Idem postgastrectomía Billroth II posterior retrocolica: de 14273 operados, 82 recidivas, lo que equivale al 0,6 %
- 5 - Idem postgastrectomía Billroth II con jejunotomía antecolica; de 2492 enfermos, 12 recidivas, lo que equivale a 0,5 %
- 6 - Idem postgastrectomía a lo Kocher: de 869 , tres recidivas lo que equivale a 0,3 %

Friedman en un estudio sobre postoperatorio de 360 gastrectomizados señala las cifras siguientes: con el metodo Billroth (Pean) sobre 207 casos, 6 de recidiva, lo que equivale a un 9,9 %; con el método Billroth II y variantes: sobre 155 casos, 2 recidivas, lo que equivale a 1,3 % .-

Ransom , de la Universidad de Michigan, sobre 246 enfermos describe cuatro casos de recidiva.

La resección - exclusión de Finsterer (que deja el píllore), da segun estadísticas del mismo autor (1921) de 71 casos operados, cinco recídivas, lo que equivale a un 7 %. En 1929 el mismo autor, sobre 28 casos encuentra 4 recídivas, (un 15 %) A causa de estos elevados porcentajes, Finochiette y Zavaleta, aconsejan, al efectuar esta operación, hacer una resección gástrica de 2/3 a 3/4.-

Los autores de nuestro país, dan las siguientes estadísticas:

BONORINO UDAONDO, de 182 operados de úlcera gastroduodenal, hallan 69 recídivas (34,6 %) de las cuales 48 (77,41) post G.E.A. y 14 post Gastrectomía (22,58 %) a lo Pean Billroth I, Billroth II y Reichel Polya.

COPELLO, de 261 (gastrectomías (141 a lo Pean I, y 161 a lo Billroth II) tiene un porcentaje de úlceras P.P.O. menor del 1%.

LABANDIRAR, describe:

12	casos	de	U.P.P.	post	gastrec	a	lo	Billroth	I
8	casos	de	U.P.P.	"	"	"	"	"	II
12	"	"	"	"	"	"	"	"	Polya
4	"	"	"	"	"	"	"	"	Hoffmeister Finsterer
1	"	"	"	"	"	"	"	"	Moynihan

MAINETTI, , SOBRE 520 resecciones observa 20 U.p.p.

CEBALLOS, en una descripción de 9 casos de U.p.p. anota que 4 de ellas son post un Reichel Polya y 5 post Billroth I. En nuestra casuística presentamos 6 casos de enfermos portadores de U.p.p., de los cuales 3 fueron operados de su lesión primitiva en el Servicio, habiendosele efectuado a dos de ellos una gastrec. a lo Reichel Polya Balfour (casos No. 9 y 10) en la época en que aun no se hacían resecciones muy amplias. Al otro (caso No. 14) se le practicó una gast

trec. amplia con técnica habitual (Reichel Polya Balfour Hoffmeister Finsterer). Dicho enfermo, posteriormente vuelve a ser operado por su recidiva haciéndose una fundusectomía, Nos deferiremos nuevamente a este enfermo al hablar de esta última técnica, ya que pese a la operación efectuada su sintomatología reaparece, así como también la hiperacidez, pudiendo catalogarlo entre el grupo de enfermos con "tendencia manifiesta a la hiperacidez " de los que hablamos al comienzo, y cuyo tratamiento ofrece serias dificultades.-

Los otros 3 enfermos (casos No. 11, 12 y 13) fueron operados de su ulcera primitiva en otros Servicios, y de la lectura de sus respectivas Historias Clínicas hemos podido deducir en uno de ellos (caso No. 12) que la gastrec. efectuada fue un Billroth I y de los otros dos solo sabemos que se les efectuó una gastrectomía.

Desde el año 1933 en el Servicio se practica la gastrectomía, con un procedimiento que tiene sumadas las principales variantes del Reichel Polya Balfour, con las modificaciones de Hoffmeister Finsterer., lo que ^{consiste en} anastomosar la parte terminal del estómago con un asa yeyunal (Reichel Polya) dispuesta en forma de que el peristaltismo se dirija hacia abajo y atrás a nivel de la boca, pasando por delante del colon (modif. de Balfour). La anastomosis del asa yeyunal se efectúa solamente con el extremo inferior. de la boca gástrica, cuya extremo superior se cierra con sutura (modif. de Hoffmeister divulgada por Finsterer) Y la sutura de la anastomosis se hace con la técnica de Christmann a las cuales nos referimos anteriormente.-

De 623 gastrectomias efectuadas se ha seguido esta técnica en 445 casos, registrándose solamente un caso de recidiva de U.p.p., habiéndose seguido e l post-

peratoricóalejado de la mayor parte de estos operados.-

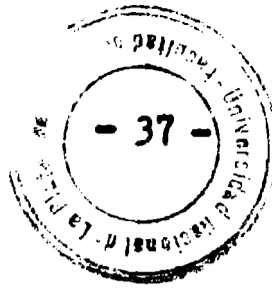
El metodo de Reichel Polya Balfour, actualmente desplazado por el anteriormente descrito y que fuera usado en las primeras epocas del Servicio, como las demás tácticas que insertamos a continuación, fue utilizado en 102 casos, habiéndose registrado 2 U.p.p. como secuela del mismo.-

La tecnica de Reichel Polya fue utilizada en	42 enf.
" " " Reichel Polya Moynihan " "	6 enf.
" " " Polya Billroth " "	1 enf.
" " " Pean Billroth " "	6 enf.
" " " Billroth I " "	2 enf.
" " " Gastrec. a lo Finsterer " "	8 enf.
" " " Gastrec.atipica de Braun " "	3 enf.
" " " Antrectomía " "	2 enf.
" " " Gastrec.y Vagotomía " "	2 enf.
" " " Fundusectomía " "	1 enf.
" " " Desgastrectomías y gastrec.compl.	3 enf.

Como conclusión de lo visto se desprende, que el porcentaje de U.p.p. posteriores a la gastrectomía es mucho inferior al de las Gastroenterostomías, sobre todo en las técnicas que efectúan resecciones amplias. Citaremos a continuación el concepto final de STARLINGER al terminar su comunicación en el 54 Congreso de Cirugía Aleman.

" No solo debe continuarse con la resección como tratamiento de la úlcera crónica, sino que debemos proceder así si queremos beneficiar a los enfermos entregados a nuestros cuidados, hasta el día que sepamos algo mejor sobre el tratamiento del ulcus gastroduodenal, la amenaza de la recidiva es tan poca en el marco de los procesos que no tiene mayor significación. "

VAGOTOMIA: De adquisición reciente en cirugía gastroduode-



nal, sus fundamentos estriban sobre la supresión de la vía vagal y con ello de la hipersecreción derivada de su estímulo, sobre todo en el enfermo ulceroso, en el cual dicha secreción se produce y en cantidades abundantes durante los intervalos interalimenticios y sobre todo durante la noche. En esto último finca la diferencia fundamental entre el individuo sano y el ulceroso, ya que en el primero durante el intervalo entre las comidas, cuando no hay alimentos en el tractus gastrointestinal, el jugo gástrico desciende a una reducida cantidad que puede ser neutralizada por la saliva, el mucus pilórico y las secreciones duodenales regurgitadas.

En un trabajo experimental en perros DRAGSTEDT y ELLIS, después de aislar el estómago, seccionando y suturando el cardias y el piloro respectivamente y anastomosando el esofago directamente con el yeyuno para el tránsito alimenticio, estudiaron la secreción gástrica por medio de una cánula colocada en este último, el que conserva por otra parte su irrigación e inervación. Y así comprueban que la secreción gástrica en las 24 horas alcanza un promedio de 1.300 cc. con 0,35 a 0,42 % de acidez clorhídrica.

Posteriormente seccionando los vagos por debajo del diafragma, observan que el volumen del jugo gástrico declina a un promedio de 410 c.c. en las 24 horas con 0,11 a 0,32 % de acidez libre. Con esto se demuestra que el estímulo conducido por la vía vagal es el causante de la mayor parte de la secreción gástrica.-

El estímulo hormonal por otra parte que como se sabe, comprende una fase gástrica (secretina gástrica de Edkins) y una fase intestinal (Histamina) juega un papel de menor importancia que el cerebral y no interviene en la secreción gástrica nocturna.



Resumiendo diremos que con la supresión de la vía va-
gal , por medio de la Vagotomía, desaparecerá la hipersecre-
ción de origen psíquico que es el principal factor patogénico
de la enfermedad ulcerosa.

Las indicaciones principales de la vagotomía, son pa-
ra la úlcera duodenal, y la úlcera péptica p.o., para la cual
esta operación ha sido una verdadera solución.-

Para la úlcera gástrica, sigue siendo la gastrectomía
amplia el método de elección, ya que: lo. Pone a cubierto co-
mo ya lo dijéramos, la transformación cancerosa del proceso
ulceroso y por otra parte los ulcerosos gástricos excepcional-
mente presentan hiperactividad vagal.-

En cambio para la úlcera duodenal, que rara vez se
cancerifica, y que en cambio muestra una mayor tendencia a la
ulcera péptica p.o., es la vagotomía una indicación útil, so-
bre todo si el enfermo presenta una alta acidez e hipersecre-
ción nocturna.

Para subsanar el inconveniente de la retención gás-
trica post vagotomía, el que es agravado si se desarrolla una
estenosis duodenal por la cicatrización retráctil de la úlce-
ra, e el espasmo pilórico, se asocia a la vagotomía una gas-
troenteroanastomosis e una piloroplastia, y en casos de que
se esté en presencia de un estómago excesivamente dilatado
una gastrectomía.-

Para la úlcera péptica p.o. surge la vagotomía
como la operación de elección, completandose con una gastrec-
tomía, cuando esta haya sido escasa e se hubiera efectuado en
cualquier tipo de operación derivativa.-

Desde que Latarjet en 1922 empleo la denervación
gástrica, se han sucedido las distintas técnicas de su ejecu-
ción, y así desfilan los nombres de Winkelstein, Berg, Pieri

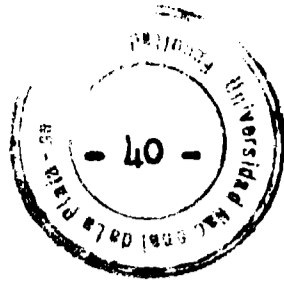


etc. que la hacian por vía abdominal y subdiafragmática. Con los extensos trabajos de DRAGESTETD, surgen a luz distintos aspectos fisiológicos y fisiopatológicos sobre el tema.

En la actualidad son dos las vías de abordaje que se utilizan, para la sección de los vagos y son: La vía abdominal y la transtoraxica. Esta última via tiene la ventaja de permitir la sección de los neumogasticos antes de su división en las ramas terminales, pero impide efectuar la exploración a cielo abierto del duodeno y estómago, razon por la cual es mas utilizada para el tratamiento de la úlcera anastomótica. La vía abdominal en cambio permite la sección de los vagos por debajo del diafragma ya cuando se han dividido lo que a veces impide la sección de todos los filetes por su difícil individualización.-

Para la comprobación de que la sección ha sido completa se recurre a la prueba de la insulina de HOLLANDER. Se basa en que la hipoglucemia provocada por una dosis adecuada de insulina, estimula las fibras secretorias vagales del estomago ejerciendo su acción probablemente a travez del sistema nervioso central. La inyección de 20 unidades de insulina en un adulto normal, hace descender la glucemia a 40 mg. o menos , y al cabo de 30' a una hora produce un marcado aumento de la velocidad y acidez de la secreción en ayunas. Si la sección del nervio ha sido completa no se obtiene ningun efecto en ese sentido.-

Pese a los exitos logrados con esta táctica quirurgica, de su mayor observación y estudio se esperan conclusiones más simentadas, ya que si bien en muchos casos se obtuvieron exitos concretos consistentes en la reducción ^{de la secreción} nocturna y de los periodos interalimenticios en un 50 a 60 %, la desaparición de los dolores, y la atenuación e desaparición de toda



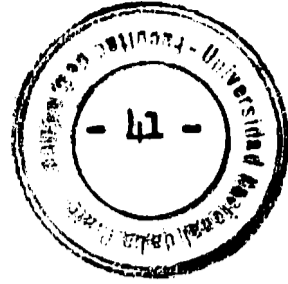
la sintomatología del enfermo, en otros en cambio los resultados han sido inconstantes, siendo frecuentes los fenómenos de perturbaciones de la motilidad del estómago e intestinos delgado como secuela de la operación.

La recidiva de la úlcera es también una contingencia en esta operación. Walters, Wallmans y otros describen un caso en que la úlcera recidivó, en otros casos han comprobado la no cicatrización de las lesiones ulcerosas, haciéndose necesaria la operación radical para extirparlas, e para facilitar el drenaje del estómago debido a los fenómenos de retención.

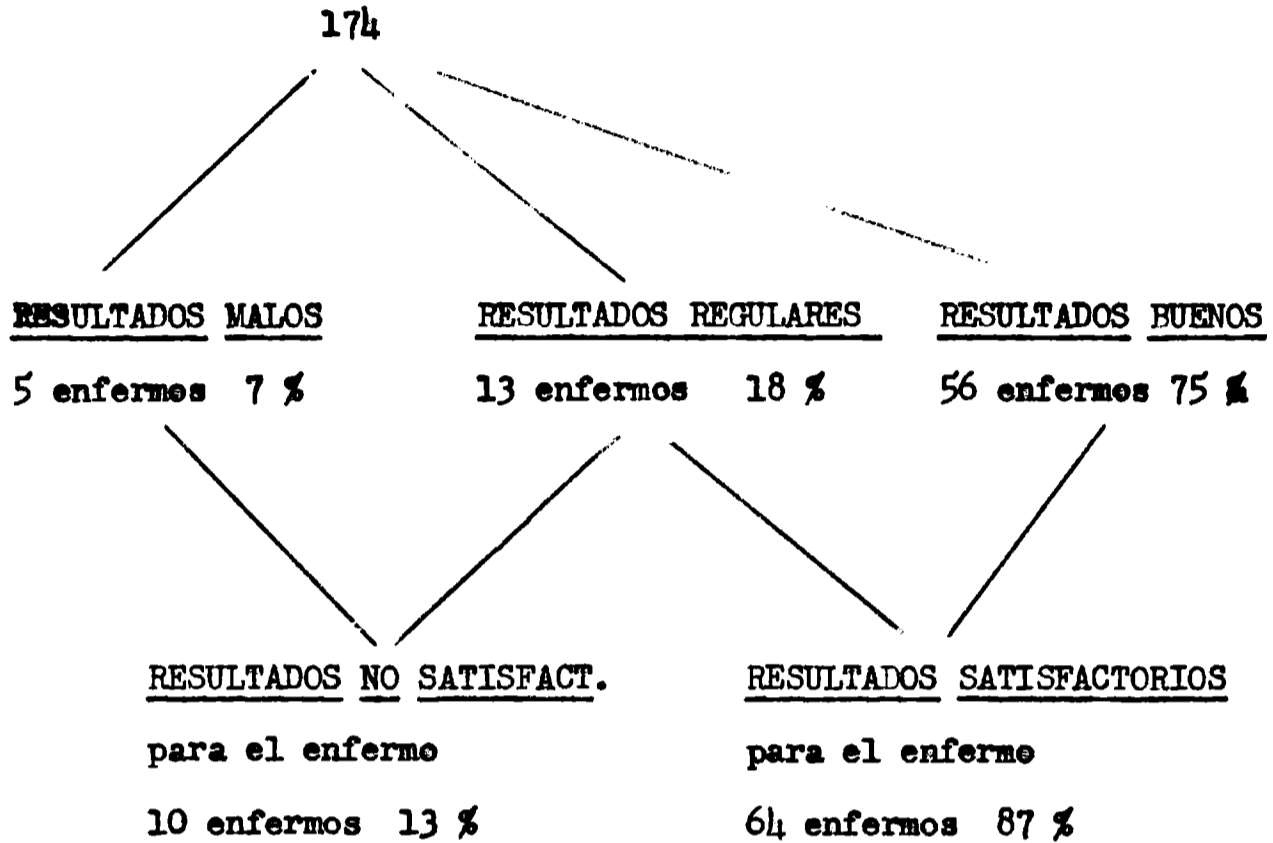
En un estudio sobre resección de los vagos efectuado en Massachusetts General Hospital presentado por Francis Moore, que fuera efectuado sobre 84 enfermos, clasifica el autor los resultados en: Malos, regulares y buenos.

Entre los resultados malos se consideró cuando el enfermo presentaba una franca recidiva de la úlcera, dolor ulceroso o síntomas de hemorragia o ambos a la vez. Entre los regulares se clasificaron los que en un postoperatorio inmediato presentaban algún episodio que difería fundamentalmente de cualquier beneficio que pudiese haber aportado la operación y que desaparecieron al poco tiempo siendo el resultado final de la operación satisfactorio. Y definen como resultados buenos todos aquellos casos que satisficieron ampliamente al enfermo habiendo desaparecer los síntomas.

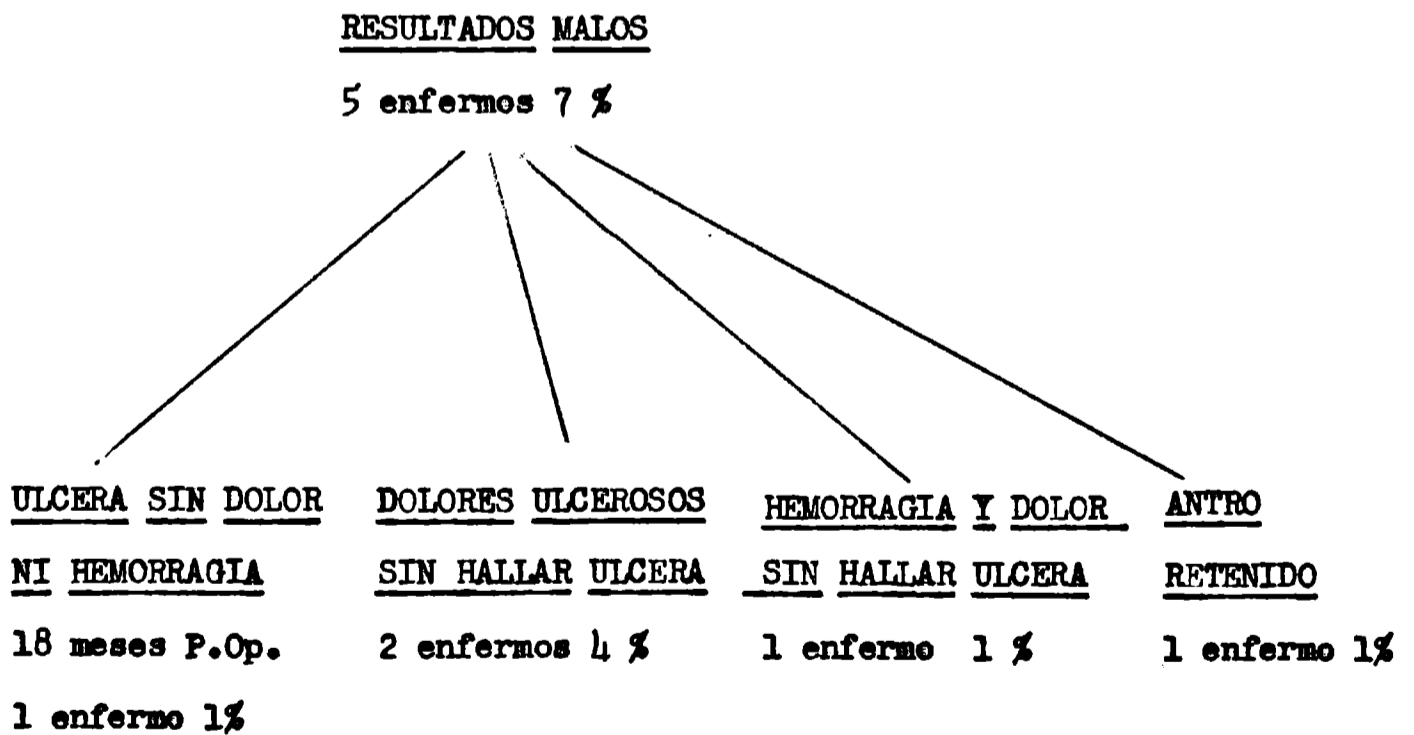
Transcribiremos a continuación los esquemas con que dicho autor representa sus conclusiones.



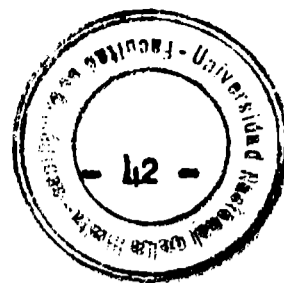
TOTAL DE CASOS DE ULCERA



análisis particular de los "resultados malos "



Dragstedt, en su comunicación sobre complicaciones y resultados finales después de cuatro años, sobre 212 en-



fermos con distintos tipos de úlcera gastroduodenal tratadas con vagotomía, señala cinco casos en los que se observó persistencia de los síntomas de la úlcera y las pruebas fisiológicas demostraron que no se había seccionado todas las fibras del vago. Todos estos enfermos fueron reoperados, hallándose restos de fibras no seccionadas.

Posteriormente, en 1949, en una revisión de los casos tratados, Bragstedt comunica que en un estudio sobre 521 enfermos tratados con vagotomía de 1943 a 1949, obtiene los siguientes resultados:

- 1) En un grupo de 17 enfermos de úlcera gástrica, 5 no tuvieron mejorías, habiéndose comprobado luego quirúrgicamente en 3 de ellos, una úlcera péptica, otro tuvo una hemorragia gástrica por su úlcera seis semanas después de la vagotomía y el quinto enfermo presentó síntomas de úlcera recidivada, pero sin comprobación operatoria. El porcentaje de recidivas alcanza un 29 %.
- 2) En otro grupo de 197 enfermos vagotomizados se constataron dos úlceras pépticas, habiendo desaparecido en ellos la hipersecreción nocturna.
- 3) En otro grupo de 262 enfermos de úlcera duodenal tratados con vagotomía asociada a gastroenteroanastomosis no se registró ninguna úlcera péptica.

En el servicio de la cátedra se llevan efectuadas hasta la fecha 32 vagotomías, asociadas algunas a otras técnicas y que detallamos a continuación:

VAGOTOMIA: 7 VAGOTOMIA MAS PILOROPLASTIA: 21 VAGOTOMIA
MAS GASTRECTOMIA: 2 VAGOTOMIA MAS GASTROENTEROANASTOMOSIS
POSTERIOR TRANSMESOCOLICA: 2

(no habiendose registrado hasta el presente ningun caso de recidiva)



FUNDUSECTOMIA: Esta operación ideada en vista de algunos fracasos de la gastrectomía parcial que pudieron ser observados sobretodo en enfermos de hábito nervioso (enfermos jóvenes con acidez clorhidrica preoperatoria muy elevada que no se redujo o se redujo poco con la gastrectomía)

La interpretación que se dió a ello fué que la masa restante del estómago despues de la gastrectomía, sigue produciendo un exceso de ácido.-

Berger, citado por Finochietto, asigna la ubicación de las células parietales de las glándulas de la mucosa (fúndicas e pilóricas) en la forma siguiente: el máximo por centímetro cúbico o sea el 100%, para la parte del cuerpo del estomago y el fundus; el 50 o el 75 % para una pequeña zona cercana al ángulo; y del 0 al 1 % para la zona antral. La secreción ácida está en proporción directa con esta distribución, de donde es facil deducir cual es la zona de mayor producción del ácido, pese a que no exista un límite preciso de separación entre ellas.

Se desprende de lo anterior que la secreción del antro, que es de mucosa lisa, es neutra e debilmente alcalina y que el resto del cuerpo, fornix e fundus que es de mucosa con pliegues, segrega jugo ácido.

La gastrectomía habitual suprime el antro (y con ello la acción refleja u hormonal de este sobre el fundus) y una parte más o menos amplia del fundus, pero no la zona acidógena.-

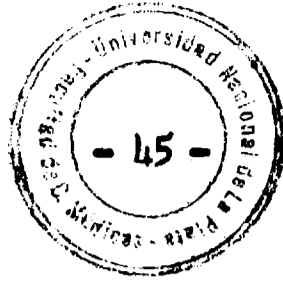
Partiendo de estas consideraciones es que Conell propone la fundusectomía para así tratar la úlcera duodenal, disminuyendo al máximo la secreción ácida con la resección directa de las zonas acidógenas y al mismo tiempo conservando el funcionamiento del piloro duodenal.

Se la practica por primera vez en el hombre en 1931. Mas tarde Zollinger amplia los límites de la resección extirpando casi toda la mucosa fúndica y dejando solo la llamada calle gástrica disminuyendo así disminuyendo así la acidez al máximo.-

Fauley e Ivy comunicaron que en el estudio experimental de animales fundusectomizados estos demostraron ser mas resistentes a la úlcera péptica provocada. Posteriormente el mismo Zollinger agrega a su amplia fundusectomía la antropilorectomía alta. Wangstenen agrega a la fundusectomía en algunos casos, una gastroyeyunostomía alta, con el objeto de facilitar el reflujo del contenido intestinal al estómago.-

Sin embargo las indicaciones de esta operación están bastante restringidas aconsejándose su uso para aquellos casos en que predomina el trastorno secretor sobre el motor, para las úlceras duodenales con altos valores de ácido, para las úlceras pépticas postoperatorias, para las gastritis simples e hemorrágicas del fundus, para los sujetos nerviosos e muy jóvenes con altos valores ácidos y que no responden bien a un tratamiento médico severo. A pesar de ellos dicha operación rinde tambien su tributo a la úlcera péptica P.O. Turce cita un enfermo de U.P.P.Op. sometido a una fundusectomía que poco despues hace una nueva recidiva.

En nuestra casuística, el caso N e. 14 es muy demostrativo. Luego de 15 años de padecimiento por una úlcera duodenal complicada con úlcera péptica recidivada, pese al tratamiento quirurgico , aun ná ha tenido solución para su problema. Se le practica en 1939 una gastrectomía amplia con la técnica habitual del servicio detallada anteriormente. En 1943 se le reopera por ulcus peptico P.O, que no se extirpa por el riesgo que reportaba al enfermo el tumor inflamatorio existen-



te en la zona de la anastomosis.-

En el año 1944 se le efectúa una amplia fundusectomía, quedando como estómago residual la pequeña curva transformada en un tubo que continúa el esófago hasta la neoboca. Los valores ácidos que antes de fundusectomía eran muy altos, (a los 30 minutos: 4,01 de acidez total y 3,50 de acidez clorhídrica) se reducen a 0,73 de acidez total y 0,36 de acidez clorhídrica a los 50 minutos. Lo que indicaba el fracaso de la primera operación y el aparente éxito de la última. Pero al cabo de cinco años el enfermo se ve precisado a volver al Servicio por presentar otra vez la sintomatología de un U.P.P.Op., lo que surgió del estudio clínico efectuado. Es de señalar que un nuevo quimismo efectuado en esta oportunidad daba otra vez valores ácidos sumamente altos, dada la superficie gástrica mínima que le resta el enfermo: acidez total: 1,68 y clorhídrica: 1.24.-

Hubiera sido interesante que se realizara la vagotomía propuesta al enfermo, pero que este rehúsa momentáneamente.-

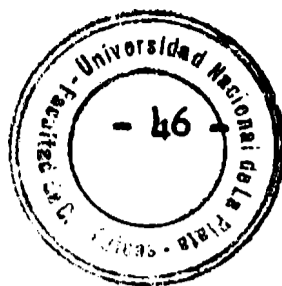
- - - - -

CONCLUSIONES

La úlcera péptica postoperatoria o recidiva de la úlcera se produjo siempre en las intervenciones que no redujeron ampliamente los valores ácidos del jugo gástrico.-

La técnica de suturas y de diversos materiales e instrumentos no influyen aparentemente en su determinación.-

Las operaciones que suprimen o reducen considerablemente la acidez del Jugo gástrico son las que demuestran mayor eficacia preventiva en la patogenia de la úlcera péptica postoperatoria.-



C A S U I S T I C A

Los casos clínicos que siguen, los hemos extraídos después de una revisión de las 846 historias de enfermos de úlcera gastro duodenal, tratados quirúrgicamente en el Servicio de la 2da. Cátedra de Clínica Quirúrgica. Hemos tratado en detalle la estadística de cada una de las técnicas a lo largo de la exposición.-

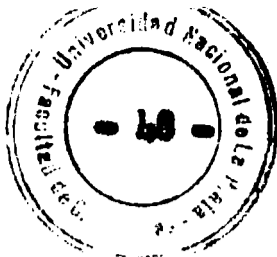
De los 14 enfermos portadores de U.p.p., a 8 se le había practicado una gastroenteroanastomosis, de los cuales únicamente a dos en este Servicio (casos 7 y 8) previniendo los demás de otros Servicios Hospitalarios. Resumimos sus historias clínicas en el cuadro No. 1

A los restantes seis, se les había efectuado una gastrectomía, a tres de ellos (casos No. 9, 10, y 14) y a los otros tres en otros Hospitales, el resumen de sus historias clínicas figura en el cuadro No. 2.

- - - - -



CASO	LESION PRIMARIA	OPERACION EFECTUADA	REAPARICION DE LOS SINTOMAS	FECHA DE REOPERACION	QUIMISMO PREOPERATORIO	OPERACION EFECTUADA	EVOLUCION MATERIA
			MESES	AÑOS	Re. TOT.	Re. GL.	
Nº 1	ÚLCERA GÁSTRICA	GASTROENTEROANASTOMOSIS PRECOLOMICA	A LOS 6 MESES	A LOS 15 AÑOS	3,07	2,70	A LOS 10 MESES SE CONS-TATA EL BUEN FUNCIONA-MIENTO DE LA NEOBACA
Nº 2	ÚLCERA G. DUODENAL	GASTROENTEROANASTOMOSIS TRANSMESOCOLICA POSTERIOR.	A LOS 3 AÑOS	A LOS 3 AÑOS ÚLCERA PERFORADA	-	-	POSTOPERATORIO DE LA OPERACION: GRAN VECHOK QUIBURGIO DEL QUE SE RECUPERA. A LOS 6 MESES BUEN ESTADO GENERAL
Nº 3	ÚLCERA DUODENAL	GASTROENTEROANASTOMOSIS.	A LOS 11 AÑOS Y 6 MESES	A LOS 8 AÑOS	-	-	POSTOPERATORIO INMEDIATO BUENO
Nº 4	ÚLCERA DUODENAL Y COLECISTITIS	GASTROENTEROANASTOMOSIS TRANSMESOCOLICA Y COLECISTECTOMIA.	A LOS 4 AÑOS	A LOS 8 AÑOS	-	1,82	DEBE SE OERARDO A LOS 20 DIAS POR RELENO RETROGRADO DEL ANASTOMOSIS DE. BROWN. POR ALEJADO. AL AÑO LA ANASTOMOSIS FUNCIONA BIEN. DIARREAS Y MELENA
Nº 5	ÚLCERA G. DUODENAL	GASTROENTEROANASTOMOSIS.	AL AÑO	A LOS 15 AÑOS	1,65	1,17	A AÑO SE LE DEBE EFECTUAR UNA VAGOTOMIA POR REAPARICION DE LOS SINTOMAS DE U. A. P. No. 204 Y MESES DESPUES ABEN. ESTADO GEN.
Nº 6	ÚLCERA DUODENAL	GASTROENTEROANASTOMOSIS POST. MESOCOLICA.	A LOS 2 AÑOS	A LOS 6 AÑOS	1,96	1,34	POSTOPERATORIO INMEDIATO BUENO
Nº 7	ÚLCERA DUODENAL	GASTROENTEROANASTOMOSIS POST. MESOCOLICA.	A LOS 5 MESES	A LOS 18 AÑOS	2,04	1,68	POSTOPERATORIO INMEDIATO BUENO
Nº 8	ÚLCERA DUODENAL	GASTROENTEROANASTOMOSIS POSTERIOR MESOCOLICA.	AL AÑO Y 7 MESES	A LOS 2 AÑOS Y 2 MESES	-	3,65	POSTOPERATORIO INMEDIATO BUENO



CASO	LESION PRIMARIA	QUIMISMO PREOPERATORIO Re. Tot. H. C. L.	OPERACION EFECTUADA	REPARICIÓN DE LOS SÍNTOMAS	FECHA DE LA REOPERACION	QUIMISMO PREOPERATORIO A. Tot. H. C. L.	OPERACION EFECTUADA	EVOLUCIÓN ULTERIOR
Nº 9	ÚLCERA DUODENAL	365	GASTRECTOMÍA REICHEL. POLYBAKFOUR. ANTECÓLIDA	A LOS 10 MESES	A LOS 18 MESES	197	ESCEICION DE LA ÚLCERA EN FORMA DE OVA	POSTOPERARIO INMEDIATO BUENO
Nº 10	ÚLCERA DUODENAL	350	GASTRECTOMÍA REICHEL. POLYBAKFOUR. ANTECÓLIDA	A LOS 8 MESES	A LOS 13 MESES		RESÉCCION DE LA ÚLCERA EN OVA Y BIENRE COMO UNA DILOROPLASTIA.	POSTOPERARIO INMEDIATO BUENO
Nº 11	ÚLCERA GÁSTRICA PERFORADA	-	1ª) OPERACION REICHEL DE LA LESION ULTERIOR 2ª) (6 MESES DESPUES) GASTRECTOMIA.	A LOS 5 MESES DE LA 2ª OPERACION	A LOS 4 AÑOS		DESIGASTROENTEROSTOMIA Y INDEBA GASTROENTERO-TRANSUMOSIS POSTERIOR CONSTRUYA UNA FISTULA YEYUNO COLICA.	VISTO 4 AÑOS DESPUES PRESENTA BUEN ESTADO GENERAL
Nº 12	ÚLCERA GÁSTRICA	-	GASTRECTOMIA BILLROTH I.	A LOS 3 MESES	PERDIDA A LOS 8 AÑOS	124	VAGOTOMIA ABDOMINAL	POSTOPERARIO INMEDIATO BUENO
Nº 13	ÚLCERA G. DUODENAL	-	GASTRECTOMIA	A LOS POCOS DIAS	A LOS 2 AÑOS Y 10 MESES	146	VAGOTOMIA ABDOMINAL	POSTOPERARIO INMEDIATO BUENO
Nº 14	ÚLCERA DUODENAL	-	GASTRECTOMIA	A LOS POCOS MESES	A LOS 4 AÑOS	401	1ª) LAPAROTOMIA EXPLORAR. DONA 2ª) 1 AÑO DESPUES FUNDISECTOMIA	POSTOPERARIO INMEDIATO BUENO REINGRESA A LOS 5 AÑOS CON SINTOMATOLOGIA DE U.P.A. De. 606. 468-SE LE PROPONE Re. Cl. 429- VAGOTOMIA



CASO Nº 1.-

Nombre: J/M., 37 años, Argentino, pescador,

Historia clinica Nº 270 - 7/I/1931.

Enfermo del estomago hace un año, consulta a un facultativo que le somete a un tratamiento específico de neosalvarsan y bismuto, durante 3 meses. Transcurren otros tres meses con una sintomatología postprandial dolorosa a nivel del epigastrio por lo que es intervenido en el Hospital Rawson de la Capital con diagnóstico de "ulcera de estómago", su postoperatorio dice que fue bueno y observo el régimen alimenticio prescripto por un tiempo, abandonandolo luego.

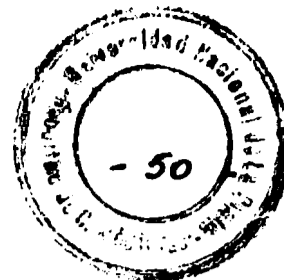
Hace 25 días que aparece un dolor por debajo del reborde costal izquierdo a nivel de la línea mamilar, con irradiación hacia el hombro y espalda del mismo lado y que adquiere bastante intensidad en momentos variados del día, sin relación con la digestión gástrica. La catarsis es muy irregular y en los últimos 15 días constipación.

Se va de alta el 17 de enero de 1931.

Desde entonces ha sido intervenido en la región inguinal izquierda por diagnóstico de varicocele en 3 oportunidades.

REINGRESO : El 22/IV/46. Historia: 12.912.

Su vuelta al servicio es debida a trastornos gástricos que lo aquejan, manifestándose por dolor que puede presentarse a la hora, hora y media después de la ingesta o antes de la misma si es que se hallaba en ayunas y que logra calmar ingiriendo algún alimento en agua sola, o con bicarbonato. El dolor tiene un origen hipogástrico, para irradiarse por la línea media hasta el epigastrio donde se estacionaba. Frecuentemente



nte es despertado durante el sueño por dicho dolor. Además suele tener vómitos biliosos, estado nauseoso con vómitos y pirosis. El mate amargo exacerba sus trastornos. Los periodos de calma son breves sobre todo en los últimos años.

El estudio de su quimismo gástrico da los valores máximos a los 20' con una acidez total de 3,07 , y clorhídrica de 2,70.

El informe radiológico nos dice: Estómago pequeño y bien plenificado la neoboca permite un fácil y rápido pasaje. En uno de los clises se observa una imagen suspendida como un perdigón a la altura de la neoboca.

Con la impresión clínica de que se trata de una úlcera péptica a pesar de que las radiografías no dan una imagen de certeza, y peze de que ~~la~~ el enfermo no sigue un régimen alimenticio de acuerdo a su estado, se le efectúa una gastrectomía el 14/V/ 46.

PROTOCOLO OPERATORIO:

ANESTESIA: Raquidea con novocaina 0,15, percaína 0,0075 grs.

Técnica-

Incisión mediana supraumbilical. Acentuada periviceritis, se liberan adherencias perigastroduodenohepáticas, anestesia de los vagos, se explora estómago, procediéndose a seccionar el epiplón gastrohepático, hallándose boca de gastroenterostomía en posición prepilórica con paredes plásticas por úlcera péptica. Se aísla la neoboca y se incinde a su alrededor abriendo estómago, la úlcera es adherente a páncreas, extirpándosela en su casi totalidad, se reconstruye el yeyuno con sutura perforante, no se

hace anastomosis termino-terminal debido a la corte-
dad del asa. Gastrectomía a lo Reichel, Polya Balf-
our, Hoffmeister, Finsterer., se dejan 4 grs. de ~~st~~
stopton en la transcavidad y se fija la neoboca estre-
chando la ~~brecha~~ brecha transmesocólica. Cierre de
la pared por planos, piel con lino.

POSTOPERATORIO. Accidentado, pues hace una congestión
pulmonar al 4o. día. Mejora rápidamente y es dado de
alta el 23/VI/46.

REINGRESO 29/1/47. H. 13860

En esta oportunidad es traído a causa de que
hace dos episodios agudos consistentes en diarrea y
vómitos en la primera oportunidad, a lo que se agrega
en la segunda (9 días después) oportunidad fuertes
dolores cólicos distensión abdominal y en vez de la
diarrea retención de materias fecales durante 4 días.
El cuadro se interpreta como una gastroduodenitis.

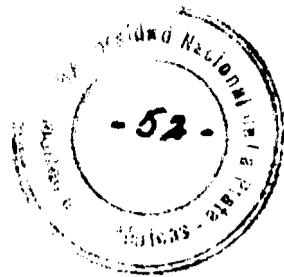
En la anamnesis el enfermo refiere que des-
pués de la operación se sintió bien hasta la apari-
ción del cuadro que motivara su internación actual.
Ha hecho régimen mixto comiendo sin discriminación,
excepto bebidas, fumaba un atado de cigarrillos.

Se lo somete a estudio radiológico que acusa
un buen funcionamiento de la neoboca.

Alta 10/11/47.

Resumen

1-a. Operación. Úlcera gástrica (1929) Gastro-
entero anastomosis pre colonica.



2-a operación: Úlcera péptica (1946.) Resección de la úlcera y gastrectomía a lo R.P.B.H.F.

CASO Nº 2 .-

Nombre: A.M. de 24 años, Argentino,

Historia clínica Nº 2013.

Ingresa al servicio el 5/XII/1933. Refiere que hace 3 años (1930), fué operado de una úlcera gastroduodenal efectuándosele en aquella oportunidad, según nos dice el enfermo una gastroenterostomía. Desde entonces no ha vuelto a sentir trastornos gástricos.

El 1 de diciembre de 1933 comenzó a sentir náuseas después del almuerzo sin llegar a vomitar; doce horas más tarde comenzaron los vómitos de un líquido ácido. Cuatro días más tarde, mientras vomitaba sintió dolor brusco en el abdomen y es internado; se opera a las pocas horas con diagnóstico de úlcera perforada de duodeno.

PROTOCOLO OPERATORIO: 12/XII/33.

Anestesia: general con éter.

Técnica.-

Insición mediana paraumbilical, resección de la cicatriz cutánea, apertura del peritoneo (sale gas), se completa con tijera, sale jugo gástrico, nuevo y bilioso. Se separa el hígado por arriba descubriendo una úlcera perforada en la cara anterior del bulbo duodenal; orificio ulceroso del tamaño de un grano de arroz, de bordes lisos, infiltrados. Se amplía el mismo insindiendo hacia arriba y hacia abajo en el sentido en el sentido del eje del intestino,



resecaando en los labios la superficie callosa de la úlcera. Se cierra perforante con catgut cromado, orientando la sutura en sentido perpendicular al eje mayor del duodeno, serosa con hilo de lino. Drenaje suprapúbico, cierre de la laparotomía con técnica habitual.

POSTOPERATORIO : Excelente. Alta 15/12/33.

REINGRESO: Febrero de 1934. Historia Clínica 2135.

Desde el día de la operación el enfermo se siente muy bien. En una sola oportunidad, con motivo de una transgresión a su régimen, aparece dolor después de la ingesta (Dos horas) , dolor que se irradiaba hacia las últimas vertebrae lumbares y que desaparece con la ingestión de bicarbonato. Sigue luego varios días con discreto dolor. Se le efectúa una gastroscopia; encontrándose: estómago, cámara de aire aumentada, el resto del mismo reducido por dilatación del angulo esplenocolonico ocupado por gas. El estómago es de situación alta, tamaño algo aumentado, hiperkinetico, evacuación acelerada. Dolor localizado en la región piloro duodenal, de caracter intenso. Bulbo duodenal de aspecto deformado, se observa la segunda porción y parte de la tercera, nada de particular. En la porción inicial de la parte horizontal de la gran curvatura del estómago, se ve un asa que sale de la misma, de repleción persistente con el aspecto de yeyuno y en el sitio donde emerge de la silueta gástrica aparece en dicha asa un punto donde el enfermo acusa dolor intenso.

Se resuelve intervención quirúrgica.

PROTOCOLO OPERATORIO: 24/2/34.



ANESTESIA: General con eter.

Técnica: incisión mediana supraumbilical. Se desprenden varias adherencias del epiplón mayor a la cicatriz de la laparotomía anterior. Se constata una cicatriz lineal transversal aleje intestinal, localizada en la vertiente duodenal. Gastroenterostomía transmesocólica posterior observandose sobre la neoboca una cicatriz estrellada de consistencia dura (ulcus péptico). Se practica la liberación de la curva mayor hasta la neoboca; en la curvatura menor se secciona el duodeno algo por debajo de la lesión. Cierre del duodeno con doble perforante de catgut cromado. Seroserosa con hilo de lino, y aposición del peritoneo de la cara anterior del páncreas. Se continúa la liberación de la pequeña curva, ligando la coronaria, y de la curvatura mayor seccionando la neoboca. Gastrectomía por arriba de la neoboca. Anastomosis a lo Reichel-Polya transmesocólica utilizando la misma abertura agrandada del yeyuno. Drenaje sub-hepático. Doble perforante con catgut cromado; seromuscular con lino. Se cierra la laparotomía con técnica habitual.

POSTOPERATORIO: 25/2/34. Grave choque anestésico.

26/2/34. Mejora.

27/2/34. Sigue mejor.

5/3/34. Drena abundante líquido semejante a contenido duodenal. (Fístula?)

15/3/34. Cierre de la fístula. Alta,

20/3/34.

Concorre al consultorio el 8 de junio de 1934



las comidas, cãamando luego con la ingesta. Durante la noche tambien aparecen y el enfermo los yugula poniéndose boca abajo o comprimiendose el epigastrio.

A la palpación del abdomen se compruebaa un punto doloroso situado a un traves de dedo de la linea media a la altura de la mitad de la linea xifo-umbilical.

Se opera el 15/1/35 con diagnostico de úlcera péptica.

PROTOCOLO OPERATORIO:

Anestesia: Local (Novocaína 0,55% con adrenalina)

Tecnica: Laparotomía mediana supraumbilical. Se constata la antigua lesión duodenal traducida por cicatriz estrellada que estenosa francamente el píloro. Se aprecia además una masa tumoral a nivel del asa aferente de la gastroenteroanastomosis.

Se secciona el duodeno (Ligadura simple e invaginación). Sección alta del estómago. Se abre y se aprecia una ulceración grande penetrante en páncreas en el asa aferente. Liberación laboriosa dejando la úlcera sobre el páncreas. Entero entero anastomosis y luego se efectua un Reichel-Polya-Balfour precólico. Cierre de pared en un plano con hilo.

POSTOPERATORIO: bueno. Alta 25/1/35

RESUMEN: 1a. Operación. 1922. Úlcera gastro duodenal.

Gastroenteroanastomosis

2a. Operación. 1935. Úlcera péptica. Entero entero anastomosisy

gastrec. compl. (R. P.B.)



CASO No. 3

Nombre: J. L. 62 años. Español.

Historia clínica No. 9487 19/1/43

Ingresó al servicio refiriendo el comienzo de su enfermedad a 7 años atrás, con la aparición de trastornos del tipo dispéptico, consistentes en dolores post-prandiales. Luego de padecerlos durante 4 meses y no hallando mejoría es internado en la sala V de este hospital. Se le diagnostica úlcera duodenal y colecistitis y es operado practicandosele una gastroenterostomía y colecistectomía.

A los 7 meses de la operación relata el enfermo que nota la aparición de un bulto a nivel de la cicatriz operatoria que cree que se trata de una "hernia"

Por lo demás no vuelve a sentir sus trastornos dispepticos hasta pasados 4 años de la operación, salvo cuando comía pescados, huevos, leche, que dice le sentaban mal.

Pasados estos cuatro años vuelve a sentir dolores en el vientre especialmente al rededor del ombligo que luego se generalizaban a todo el abdomen y que se irradiaban a base de tórax y al resto de la espalda. Estos dolores carecían de periodicidad apareciendo tanto de día como de noche, generalmente a las 5 horas de haber comido, La intensidad del dolor variaba de un día para otro y calmaba con la ingestión de alimentos. Otras veces no llegaba a sentir dolor y sus trastornos solo se manifestaban

con sensación de ardor en epigastrio y pirosis, lo que conseguía yugular con la ingestión de alcalinos. El enfermo es un gran tomador de mate y hace una alimentación en descuido a su estado.

Al examen radiográfico se comprueba el buen funcionamiento de la neobocá y píloro y no se hallan signos directos de úlcera ni de lesión neoplásica.

El test basal muestra 1.82 de acidez clorhídrica a la hora.

La impresión clínica que se obtiene es de que se trata de una úlcera peptica postoperatoria y de eventración. Como solución terapéutica se propone una gastrectomía y una plástica de pared.

PROTOCOLO OPERATORIO:

Anestesia raquídea con percaína 0,008 gr.

Técnica Incisión cubriendo cicatriz anterior. Habier^oto el peritoneo se explora estómago hallándose una anastomosis gastroenterotransmesocólica, con úlcus en la vertiente yeyunal. Discreta perigastritis. Gastrectomía subtotal. Se hace abocamiento al estómago con las porciones aferentes y eferentes yeyunales en caño de fusil, pues la porción del úlcus adherido o próximo al meso obligan a reseca^r intestino. Cierre de la pared por planos. Piel con lino.

POSTOPERATORIO Frecuentes vómitos alimenticios.

Empeorand^o día a día, haciendosele difícil el tránsito alimenticio esofágico. Al cabo de 23 días se le practica una radiografía de estómago que muestra un relleno retrógrado del asa aferente con dilatación

de la misma. Se res uelve la ejecución de una anastomosis de Brown que se ejecuta 6 días después lográndose pleno éxito. Alta, 30/3/43.

POSTOPERATORIO ALEJADO 27/2/44 Se presenta con melenas y dolores que sufre hace dos meses. Siguió trabajando como botero. Fuma y no hace régimen. Discreto estado general. La radiografía de estómago y duodeno muestra buena evacuación gástrica. La anastomosis de Brown funciona bien. Se le ordena seguir régimen e inyecciones de hígado.

RESUMEN: 1a. Operación. 1936. Úlcera duodenal.

2a. Operación. 1943. Úlcera Péptica. Gastrectomía subtotal.

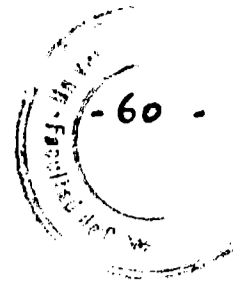
3a. Operación. 1943. Anastomosis de Brown.

CASO No. 5

Nombre B. M. 37 años. Argentino.

Historia Clínica No. 13.709 23/12/46.

A su ingreso relata que sus padecimientos gástricos se iniciaron 17 años con dolor epigástrico de poca intensidad y en relación horaria con las ingestas (a la hora de haber comido). Desde entonces su sintomatología gástrica va en aumento agregándose al dolor gástrico el vómito alimenticio que calmaba el dolor. Durante el sueño ha debido, frecuentemente, despertarse por el dolor gástrico que calmaba con la ingesta de té con alcohol. Sin períodos de calma sus padecimientos han evolucionado con tratamiento médico (alcalinos, régimen, etc) sin notar



12

mejoría franca.

A los dos años de la iniciación de sus padecimientos, se interna y es operado (según el enfermo se le efectúa la gastroenteroanastomosis), y a los 5 días es dado de alta. Al año de la operación inicia acedias que tolera y distensión post-prandial que cedían espontáneamente. En esas condiciones y sin síntomas que lo molestaran seriamente se mantuvo durante 10 años, después de los cuales se intensifica el dolor epigástrico, aunque no muy intenso, acompañado de acidez, pirosís y estado nauseoso; síntomas que fueron siempre post-prandiales y que se atenuaban con la ingesta de alguna bebida. En vista que no lograba mejoría pese al tratamiento médico decide internarse en este servicio.

Del día gástrico se puede extractar: amanecía con dolores punzantes en epigastrio irradiados al dorso a los que yugulaba con la ingesta de leche; antes del medio día reaparecía el dolor que también calmaba con la ingesta. Lo mismo ocurre a la tarde y a la noche y durante ella el enfermo despertaba a causa del dolor. En todas las oportunidades el enfermo lograba la calma con la ingestión de alimentos (leche y cremas). A veces el vómito calmaba espontáneamente dicho dolor.

El estudio del quimismo gástrico nos revela el máximo de acidez a la hora y cuarto en que se obtiene 1,65 de acidez total y 1,17 de acidez clorhídrica.

Radiográficamente se constata la deformación del bulbo.

Con la impresión clínica que se trata de una úlcera péptica en la boca de la gastroenteroanas-



-anastomosis, es operado el 30 /XII /46.

PROTOCOLO OPERATORIO/

Anestesia: Raquidea. Novocaina 0,06 grs., percaína 0,005 grs.

Técnica: Incisión mediana sobre la cicatriz anterior aparecen el hígado y parte del estómago íntimamente adheridos a la superficie del e iplón.

Estómago muy grande con numerosas manchas blanquecinas y fibrasas. El duodeno desaparece debajo del hígado, muy estrecho y duro.

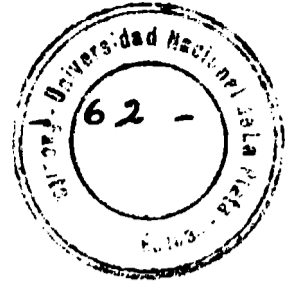
Una úlcera péptica típica, grande, del tamaño de un garbanzo, se encuentra sobre al boca anastomótica sobre la cara yeyunal. Se moviliza todo el antro gástrico y la primera porción del duodeno, liberando también la neoboca. Sección y cierre del duodeno en forma habitual. Se resecan las dos terceras partes del estómago la úlcera péptica. Se aboca en caño de escopeta el yeyuno al estómago estrechando mucho el asa aferente.

Suturas habituales en doble plano con catgut t seromuscular con lino. Cierre de la pared en tres planos Piel con lino.

POSTOPERATORIO/ Normal. Alta, 10/1/47

REINGRESO Historia No. 14.934. 3/12/47.

En esta oportunidad nos relata que a los pocos días de la intervención anterior comienza a sentir trastornos dispépticos que se atribuyen al hígado el que se encuentra aumentado de tamaño, razón por



la cual se le corrige el régimen y se le aplican inyecciones de Chofitol y suero glucosado hipertónico, los que mejoran sus trastornos.

Hace nueve meses siente un dolor hubicado en el epigastrio de regular intensidad que se alivia con la ingesta de alimentos, y desde hace tres meses el dolor se intensifica en tal forma que lo hace "retorcer" y solo logra calmarlo con la alimentación y con la ingesta de líquidos. En algunas oportunidades se provoca el vómito eliminando un líquido de sabor ácido que le alivia los dolores. Sigue rigurosamente un régimen hipotóxico.

El estudio del quimismo gástrico nos revela valores mucho más altos que los que acusaba en su anterior internación, siendo su máximo a los 45 minutos son una acidez total de 2,63 y la clorhídrica de 2,04.

El estudio radiológico nos informa que ha neoboca funciona en perfectas condiciones. La imagen gástrica (tercio superior) se plenifica bien, así mismo el asa aferente y se puede observar el muñon duodenal. El asa eferente también se plenifica bien.

La impresión clínica que se recoge es que los trastornos dolorosos dispépticos rítmicos que presenta el enfermo pueden ser debidos a gastritis .

Para pensar en ulcera pp p.o. parece poca sintomatología siendo sí evidente que la secreción clorhídrica es muy alta para un gastrectomizado, por lo

15

cual, como solución terapéutica, se propone la vagotomía.

OPERACION.-Va gotomía transtorácica. 23/12/47

Anestesia General ciclopropane

Técnica: Incisión sobre octavo espacio intercostal izquierdo parte media a nivel de la línea axilo dorsal media. Sección de la octava costilla a nivel del ángulo. Se reclina el pedículo hacia adelante. Anestesia trncular sobre el esófago. Sección de la pleura mediastínica y disección roma de ambos neumogástricos, cuyos trncos se resecan parcialmente. Sutura de la pleura mediastínica con catgut, sutura percostal con lino; los planos musculares y piel, con lino.

POSTOPERATORIO bueno. Se cosntata una mejoría subjetiva del enfermo inmediata.

Citado en abril de 1848 refiere que no siente molestias.

RESUMEN 1a. Operación. 1929. Gastroenteroanastomosis.

(Úlcera gastroduodenal)

2a. Operación. 1946. Desgastroanastomosis y gastrectomía complementaria por úlcera péptica postoperatoria.

3a. Operación. 1947. Vagotomía transtorácica.

CASO No. 6

Nombre A. A. Argentino. 33 años.

Historia Clínica No. 17.121.

Desde los 21 años después de una apendicectomía en agosto (historia 6554) comenzó a padecer de acidez gástrica después de las comidas condimentadas, salsas, mate, que calmaba cuando tomaba bicarbonato. Seis años más tarde aparece ardor y dolor epigástrico distensión abdominal, eructos, pirosis y regurgitación ácidas que aparecen dos a tres horas después de las ingestas alimenticias, debiendo el enfermo beber leche para calmar sus molestias. Como con el tratamiento médico no consigue mejoría, en el año 1944 le practican una gastroenteroanastomosis posterior transmesocólica, confirmando el acto operatorio la existencia de una úlcera duodenal (Estos datos se obtienen del cirujano que lo opera).

Después de la operación sintió trastornos, durante cuatro meses, en lo que se refiere al pasaje de alimentos, una vez corregidos los mismos siguió durante dos años muy mejorado de toda su sintomatología.

Poco después comenzó a sentir acidez y ardor gástrico y fue tratado con régimen higiénico dietético y medicamentoso con lo que alivia considerablemente sus trastornos, hasta llegar al mes de diciembre de 1949 en que sus molestias se reagravan, apareciendo nuevamente acidez y ardor.



17

Se interna el 21 de enero de 1950 para su estudio y tratamiento.

El día gástrico revela la aparición del dolor entre una a dos horas después de las comidas debiendo volver a ingerir alimentos para calmarlo.

El quimismo practicado revela a los treinta minutos revela una acidez total de 1,90 y acidez clorhídrica de 1,34.

La gastroscopia practicada muestra una gastroenterostomía con neoboca funcionando deficientemente. La radiografía ~~antero~~anteroposterior a los quince minutos de la ingestión muestra retardo de la evacuación. La O.A.D. a los 25 minutos de la ingesta muestra mejor evacuación. No se aprecia lesión orgánica.

Con la impresión clínica de que se trata de una U.P.Po. se propone como solución terapéutica una vagotomía que se realiza el 10/2/50.

PROTOCOLO OPERATORIO:

ANESTESIA raquídea, percaína, 0,005 grs. Novocaína, 0,075 grs.

Descripción Macroscópica: Numerosas adherencias del epiplón a la pared y del intestino delgado a la cara interior del colon transversal .

La neoboca es de contornos normales, bien regular y pasan justo dos dedos. No se percibe ninguna lesión sobre la neoboca. El duodeno de aspecto lechoso sin ninguna induración.

TECNICA QUIRURGICA: Incisión mediana supraumbilical, liberación de adherencias. Vagotomía completa, infradiaphragmática. Resección de dos troncos visibles



y gruesos y además filetillos difíciles de reconocer como nerviosos.

Cierre en dos planos con lino. Piel con hilo.

POSTOPERATORIO: 12/2/50: Cefaleas, se prescribe agua bicarbonatada y Benerva endovenosa.

ALTA: 15/2/50

RESUMEN:

1ra. Operación: 1944: Úlcera duodenal, gastroentero-anastomosis post.tras.mesocólica.

2da. Operación 1950: Úlcera péptica. Vagotomía ~~via~~dominal.

C A S O No. 7

Nombre: J.C. 33 años, argentino

Historia Clínica No. 811

Ingresa al servicio el 2 de enero de 1932 manifestando que: el comienzo de su enfermedad se remonta a dos años y medio atrás, con la aparición de dolores en epigastrio alrededor de dos horas después de las comidas, en ciertas oportunidades en lugar de dolor dice sentir ardor acompañado de sensación de plenitud gástrica que cedían con emisión de eructos. El año gástrico nos muestra que tiene períodos de calma de tres a cuatro meses. Se le instituyó tratamiento médico y durante un año no padeció molestia alguna. Al cabo de este período reaparecen los mismos trastornos, reagudizados, razón por la cual se intera.

El quimismo gástrico nos señala los valores máximos a la hora y quince con acidez total de 2,19 y clorhídrica de 1,90.

Se hace el diagnóstico de úlcera duodenal y es operado el 26/11/32.

PROTOCOLO OPERATORIO: Anestesia: local con novocaína.

TECNICA: Incisión mediana supraumbilical, se explora región piloro-duodenal, encontrando una enorme úlcera cicatricial, blanquecina, dura, que toma toda la primera porción del duodeno. A la palpación se nota que la induración comprende también el tercio superior de la cabeza de páncreas. Se reconocen también varios ganglios inflamados, teniendo en cuenta la participación tan grande del páncreas y el proceso inflamatorio no bien definido, se opta por hacer una gastroenterostomía posterior trasmesocólica. Casi sin asa; sutura con catgut cromado y lino. Fijación de la boca. Pared y peritoneo con catgut, aponeurosis con lino y catgut. Piel con lino.

ACTA: en muy buen estado.

REINGRESO : Historia 6813. 26/6/40.

En esta oportunidad relata que posteriormente a la anterior intervención no sintió molestia alguna durante cinco meses; al cabo de los cuales a causa de una transgresión alimenticia reaparecen trastornos dispépticos que se manifiestan por acidez, eructos ácidos, sensación de plenitud gástrica y digestiones laboriosas. Todos estos trastornos eran manifestaciones posprandiales y de uno o dos días de du-

ración, debiendo el enfermo recurrir a los alcalinos con los cuales lograba la calma, que se prolongaba durante dos o tres meses para reaparecer nuevamente las molestias.

Ultimamente un mes atrás manifiesta haber tenido un episodio doloroso durante el cual aparece náuseas, vómitos líquidos, ácidos, con restos alimenticios ingeridos siete horas antes, notando posteriormente las materias fecales de un tinte oscuro, color borra de café. Ante la persistencia de este cuadro decide internarse; se le completa el estudio.

El quimismo gástrico nos revela valores máximos a la hora y cinco con acidez total de 2,4y clorhídrica de 1,68.

En la radiografía del estómago se observa que la neoboca no funciona.

La interpretación clínica que se recoge es que los trastornos manifestados por el enfermo son debidos a un proceso que asienta a nivel de la neoboca y que hace de obstáculo a la evacuación.

Es operado el 6/de agosto del 40, con diagnóstico de u.P.Po.

PROTOCOLO OPERATORIO: Local infiltrativa con mezcla de Kirschner. Premedicación: EEE.

TECNICA: Incisión mediana sobre cicatriz anterior, llama la atención la ausencia total de adherencias peritoneales de la operación anterior. Se comprueba

una úlcera sobre cara anterior de la primera porción del duodeno estrellada, dura, blanquecina.

Sobre la boca de la gastroenteroanastomosis, próxima al mesenterio, una típica U.P. en evolución.

Liberación y resección del duodeno. Cierre en 4 planos.

Se completa la liberación gástrica y se aísla la neoboca.

Apertura de la G.E.A. y resección de la úlcera con la cual queda el asa yeyunal aferente, muy cortay dilatada, limitada al ángulo duodeno yeyunal. El asa eferente estrechada.

Se completa la liberación gástrica y se reseca muy alto.

Se plantea la G.E.A. trasmesocólica, con dos cabos yeyunales separados. Suturas dobles con catgut cromado 00, al finalizar queda todo muy bien. Cierre de la pared en dos planos: aponeurosis y piel con hilo.

Postoperatorio: bueno. ALTA: 14/8/40.

RESUMEN:

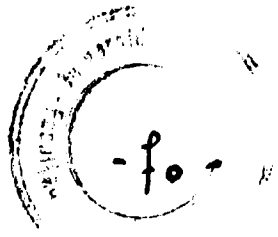
1ra. Operación: 1932: Úlcera duodenal. G.E.A.P.T.M.
2da. Operación: 1940: U.P. de gastroenterostomía con gastrec. complementaria y anastomosis de dos cabos yeyunales separados

CASO No. 8 .-

Nombre: J.C. 45 años, arg.

Historia Clínica 8412 1/8/41

12



Inicia su enfermedad cinco años atrás con la aparición de un discreto dolor en el lado derecho del ombligo que aumentaba de intensidad en forma progresiva tomando Blanco y región subhépática para localizarse luego en epigastrio y terminando con vómitos biliosos que calmaban inmediatamente el dolor.

Repite el mismo cuadro con intervalos de quince días a un mes pese al régimen alimenticio a que se somete. Durante el último año sus molestias se hacen más frecuentes, intensas y persistentes. Nota así mismo que va perdiendo el apetito hasta llegar casi a la anorexia completa, con pérdida de 16 Kg. de peso. Desde hace un mes los dolores se van haciendo más persistentes y los vómitos casi diarios. Razón por la cual se interna.

Con diagnóstico de úlcera duodenal es operado el 19/7/41.

PROTOCOLO OPERATORIO: Anestesia: raquídea, percaína. 0,0075 grs.

TECNICA: Laparotomía mediana supraumbilical, se comprueba un tumor inflamatorio que influye duodeno, píloro, y páncreas (vesícula normal). Como los valores de su quimismo no son muy altos se efectúa una G.E.A.P.T. con boca vertical. Suturas dobles perforantes con catgut cromado, seromuscular también con catgut cromado. Pared con hilo. ~~Ra~~

POSTOPERATORIA: Bueno.

REINGRESO: 30/6/43 Historia: 9967

En el intervalo transcurrido desde su operación



anterior ha sido apendicectomizado y cuatro meses después (abril de 1943) comienza a sentir dolor en la región de la cicatriz de la apendicectomía. Dicho dolor se inicia en forma indecisa para hacerse luego intenso irradiándose a la F.I.I., y que puede presentarse en cualquier hora del día o de la noche sin que exista ninguna relación entre su aparición y las comidas. Calma con láudano y belladona y frío local. Desde hace cuatro meses intensos ruidos hidroaéreos. En el comienzo de sus padecimientos tuvo un episodio diarréico de siete días de duración y con doce deposiciones diarias.

Durante su internación (11/5/43) hace un episodio doloroso agudo, en F.I.D. Meteorismo en forma de mar o abdominal y por palpación un ciego y ascendente espástico y doloroso. Se lo medica con papaverina y atropina inyectables. No se calma, Dos horas después náuseas y vómitos gastrobiliares. Calma posterior.

El estudio complementario nos muestra: que las cifras máximas señaladas por el ~~quánismo~~ ^{quánismo} gástrico (test basal) son de 3,65 de acidez clorhídrica a la hora.

La interpretación radiológica nos dice la existencia de un estómago grande; la neoboca apenas funciona. El bulbo no se forma en ningún momento. Las sereografías nos muestran retención gástrica hasta las 24 hs. de la ingesta ~~baritada~~.

La impresión clínica que se recoje es la de una estenosis pilórica, gastritis crónica, porbablemente

la intensa gastritis existente determina estenosis de la neoboca y una probable U.P.Po.

Pese a que se propone una gastrectomía, el enfermo hubo de ser dado de alta a causa de una intensa bronquitis, se le indica trat. médico, lavajes gástricos y la reinternación posterior.

REINGRESO 13/10/43. Historia 10297.

Ha continuado rigurosamente el régimen alimenticio. El estado general se mantiene satisfactoriamente. Durante cuarenticinco días, día de por medio, hizo lavajes gástricos; en dichas condiciones ingresa ahora para proseguir el plan terapéutico trazado con anterioridad.

OPERACION: 23/10/43 Anestesia: raquídea con percaína 0,010 grs, escofedal.

TECNICA: laparotomía mediana supraumbilical. Píloro muy estrecho sin procesos inflamatorios. U.P. en la neoboca muy adherente a colon transverso. Gastrectomía con cierre de duodeno con ligadura e invaginación. Liberación de la neoboca resecaando sus bordes y seccionando el intestino en dos cabos. Resección gástrica muy amplia y abocamiento terminal de ambas asas, aferente y eferente en la boca gástrica, estrechando el asa eferente en su extremo superior similar a la manera de Hoffmeister-Finsterer. Sutura de piel con hilo.

POSTOPERATORIO: Bueno.- ALTA: 1' 11/43

RESUMEN:

1ra. Operación.- 1941.-Úlcera duodenal. Gastroentero-

posttrasmesocólica.

2da. Operación: 1943.:Úlcera Pep. P.Op. Gastrec. muy amplia y abocamiento de ambas asas en la boca gástrica.

oooooooooooo

C A S O No. 9

Nombre: J.M. arg. 22 años†

Historia Clínica No. 3343

Ingresa al servicio el 20 demarzo de 1936.A raíz de que hace un año y medio se in te pesadez epigástrica postprandial (una media hora después de las comidas) Ultimamente segrega dolor en el hipocondrio derecho y que desaparece espontáneamente.

Del día gástrico se desprende que dichas molestias aparecen al poco rato de las comidas entre 20 minutos y una hora y que la calma es espontánea.

El quimismo gástrico practicado revela la siguiente cifras máximas: a los 40 minutos: acidez total: 3,65, clorhídrica, 3,56.A las dos horas, quince minutos, la acidez total se mantiene en 3,07 y la clorhídrica, 2,63.

Con el diagnóstico de úlcera duodenal es operado el 21/4/36.

PROTOCOLO : Anestesia: Local con novocina al 0.50% con adrenalina.EEE.

TECNICA: Laparatomía mediana supraumbilical, se constata una lesión ulcerosa en la cara anterior de la primera porción del duodeno. Liberación de la gran curvatura, sección de una fuerte brida que va del páncreas a la primera curva.Liberación de la pequeña

curva. Se procede a cerrar el duodeno con doble perforante con catgut, invaginante con lino. G.E. antecólica. Raigel-Polya-Balfour. Cierre de la pared por planos según técnica habitual.

POSTOPERATORIO: buena ALTA: 2/5/36.

En el mismo años (1936) 25/11), se reinterna (Historia 3749). Se hace diagnóstico de apendicitis crónica y es operado.

REINGRESO: 12/7/37 Historia 4141~~4~~.

Vuelve al servicio y relata que a pesar de su apendicectomía continua con las mismas molestias que motivaron su internación anterior, consistentes en dolor en el epigastrio que se irradia al hipocondrio derecho. Dicho dolor es poco intenso, de vocaduración y que muchas veces calmaba con la ingesta de alimentos. Desde hace cinco meses que tiene la sensación de adolor epigástrico y regurgitaciones

Desde su primera internación siguió el régimen alimenticio que se le indicara.

El estudio del quimismo gástrico revela los valores máximos a los cuarenta minutos: Acidez total, 1,97. clorhídrica, 1.53.

El enfermo en estas condiciones se retira del servicio y a los tres meses reingresa nuevamente (Historia 4351) el 21/10/37. Manifiesta esta vez que hace unos tres meses tuvo en el intervalo de siete días, tres vómitos alimenticios precedidos de sensaciones de pesadez y que al final eran quemantes.

Del día gástrico se obtiene que el dolor no guardaba relación con las comidas y aparecían tant~~os~~



antes como después de ellas, haciéndolo a veces de noche y no dejándolo conciliar el sueño. Con diagnóstico de U.P. Po. es operado el 21/10/37.

PROTOCOLO :

Anestesia-local mezcla Kischner. Eucodal, efetonina escapolomina.

TECNICA: Incisión mediana supraumbilical. Se observan muy pocas adherencias que adhieren epiploón con hígado. Se busca la neoplasia gastrointestinal parte anterior, corre poniendo el sitio de adherencia a una zona inflamatoria muy indurada, con todo el aspecto de una U. situada exactamente sobre la zona de la sutura anastomótica. Se hace la exploración hallando el recto completamente libre, el estómago pequeño presenta aspecto normal.

En vista de la gastrec. tan amplia y considerando que la residiva no fué debida a resección económica gástrica se opta por hacer una escisión de la úlcera cuneiforme, Coprostasia con clamps, y resección de un segmento intestinal y otro gástrico, en forma de cuña. Sutura de **Schmidén** en un primer plano, sutura en el segundo. Seromuscular con hilo.

Alta: 18/11/37

RESUMEN: A

1ra. Operación: 1936.-Úlcera duodenal. Gastrectomía R.P.B.

2da. Operación: ~~37~~1937.- U.P.-Escisión de la úlcera en forma de cuña .



C A S O No. 10

Nombre: A.M. arg. jornalero, 25 años.

Historia Clínica : No. 3357

El enfermo ingresa al servicio en el año 1936 relatando que sus padecimientos se remontan a seis años atrás con la aparición de dolores epigástricos que posteriormente comienzan a irradiarse hacia la espalda, Dichos dolores carecían de ritmo presentándose a cualquier hora del día o de la noche y que el enfermo lograba calmar con la ingestión de alimentos.

Manifiesta también el enfermo que tiene períodos de calma para que luego reparezcan sus molestias. Efectúa tratamiento médico, régimen alimenticio durante cuatro años, pero, con poco resultado.

Dos años antes de su internación tiene un recrudecimiento de sus síntomas, presentándose así mismo dolores tardíos que sólo calman con la ingesta de alimentos o con el vómito que a veces provocan.

El quimismo gástrico nos revela que tienen valores ácidos altos. Sus máximos son a la hora y 20 minutos: acidez total: 3,50 y clorhídrica: 3,21. Por los datos de la anamnesis y por el estudio citado y radiográfico se llega al diagnóstico de úlcera duodenal y se lo opera el 7/4/36.

PROTOCOLO

Anestesia: local. Novocaína y percaína con adrenalina.

TECNICA: Incisión mediana supraumbilical. La primera



porción del duodeno fija. Su pared posterior forma cuerpo con el páncreas y se presenta muy infiltrado. La liberación se hace difícil. Por esa razón se hace la sección por encima anivel del piloro. Gastrec. y anastomosis siguiendo la técnica de P.R.B.

Alta: 15/4/36.-

REINGRESO: 11/5/38 Historia 4756

Refiere el enfermo que posteiormente a la operación manifiesta mejora pero sin llegar a sentirse bien del todo, pues persistía la sensación de plenitud gástrica posprandial y a veces regurgitaciones. A los 8 meses de su operación repentinamente sufre una crisis dolorosa aguda que comienza por debajo del reborde costal izquierdo y que seguidamente se generaliza a todo el abdomen. Se lo interna y se trata con inyectables e hielo, mejorando al octavo día y es dado de alta. Sin embargo continúa sintiendo algunas molestias en el hipocondrio izquierdo, generalmente a la hora de comer.

Cuatro meses antes de esta internación, bruscamente tuvo hematemesis, luego mejora y en marzo de 1938, reaparecen sus molestias digestivas, agregándose a todo ello la aparición de materias fecales coloreadas de negro, razón por la cual decide internarse nuevamente en este servicio. Se le completa el estudio y se llega a la conclusión de que se trata de una U.P.Po. y es reoperado el 14/6/38.

POROTOCOLO: Anestesia: local, mezcla Kirschner,



pevia narcosis de base con E.E.E.

TECNICA: Incisión mediana supraumbilical sobre la cicatriz anterior. Explorando el abdomen se comprueba una adherencia muy firme, cordóniforme, que va desde la neoboca, hasta la pared anterior del abdomen. Se secciona esta adherencia y se comprueba que su sitio de implantación está en la neoboca de ferente gastrointestinal. Numerosas adherencias dificultan la exploración que resulta negativa. Se secciona en cuña la implantación de la adherencia interpretando el extremo gástrico como origen de la U.P. Se reseca la Úlcera y se sutura con una piloroplastia. Doble peritoneo ante Schnaeden, surget con catgut y seromuscular. Cierre de la pared en dos planos peritoneo con catgut aponeurosis y piel con hilo lino. Alta: 2 de junio.

El análisis anatomopatológica de la pieza resecada reza lo siguiente: el trozo de estómago estudiado muestra dos ulceraciones, una a continuación de la otra y cuyo fondo está constituido de tejidos conjuntivos muy esclerosos con alguna vascularización reciente.

RESUMEN

1ra. Operación 1936: Úlcera duodenal. Gastrec. R.P.B.
2da. Operación: 1938: U.P.Po. Resección de la úlcera y cierre como una piloroplastia.



C A S O No. 11

Nombre: J.J.C. Historia Clínica 941

A su ingreso (21/8/32) refiere el enfermo que tres días atrás en medio de un excelente estado de salud fué sorprendido por una crisis dolorosa muy fuerte a localización epigástrica. Es traspostado al Hospital Fernández donde es operado por la guardia con diagnóstico de U.G.P..-

Después de la operación estuvo a régimen, y durante el tiempo que lo observó, cinco meses, anduvo perfectamente bien. Posteriormente abandona el régimen y al poco tiempo comienza a sentir dolores que aparecen indistintamente antes o después de las comidas, como alejadas de ellas. A veces durante la noche. Estos dolores duraban poco y cesaron espontáneamente. Este cuadro era acompañado de pirosis, regurgitaciones ácidas y además existía constipación tenaz.

En cierta oportunidad al ir de cuerpo siente un mareo que es seguido por un vómito de sangre color oscuro, alrededor de una taza. Al mismo tiempo deposita una cantidad más o menos igual de sangre rojiza sin acompañarse defecales. No tiene hemorroides.

Es internado en el Hospital Fernández donde se lo somete durante un mes a dieta láctea y reposo. Posteriormente es operado y según informes traídos por el mismo enfermo se le practica Gastrectomía

Durante cinco meses posteriores a la opera-

ción, Se sintió bien, pero luego comienza a notar dolores del mismo tipo a nivel del epigastrio. Calma durante un tiempo y ahora vuelve a experimentarlos de mucha mayor intensidad. Sigue con pirosis, constipación, no hay vómitos, dieta rigurosa. Estando en el servicio sufre una reagudización de sus síntomas, fuertes dolores en el epigastrio, vómitos. Los dolores no calman como en otras oportunidades con ingestión de bicarbonatos y galletitas, calmando luego el cuadro, después de un vómito de una papilla blanda y líquido de color rosado. Ante la proposición de ser intervenido se niega a ello y es dado de alta.

REINGRESO 27/1/33: Historia 1495

Al salir del Hospital estuvo con dieta láctea cada dos horas cada tres meses mejorando los síntomas. Hace trasgresiones al régimen y reaparecen los dolores irradiados al epigastrio, hipocondrio, base del hemitorax izquierdo. El dolor en un comienzo de aparición lenta se hace luego de aparición brusca y llega rápidamente a su acmé sin relación con las comidas, no calma con nada, excepto con 40 gotas de láudanos o los erectus. Ha tenido vómitos en varias oportunidades precedidos por sialorrea, vómitos acuosos de olor desagradable, mueve el vientre dos veces al día. Diarrea posiblemente por abuso de enemas. Ha disminuido cinco Kg. de peso. Radiológicamente- boca anatómica sumamente dolorosa. Es operado 9/2/33.: anestesia general: eter.-

TECNICA: Laparatomía mediana supraumbilical. Grandes adherencias que fijan el hígado al estómago, a la colon y a su pared. Liberación cuidadosa. Se comprueba una fístula gastroyeyunocolica. Se abre con cuidado desprendiendo los órganos y se encuentra una úlcera grande sobre la neoboca gastroyeyunal con un gran tumor inflamatorio del tamaño de una mandarina. Desgastroenterostomía.

Se cierra en dos planos. El yeyuno al nivel de la úlcera que no se puede reseca. Se cierra el estómago en dos planos y el ojal mesocolónico. H.E. antecólica anterior. Queda muy bien Catgut cromado, la perforante. Siendo de lino la sermascular. Piel con lino.

POSTOPERATORIO: bueno

Citado el 14/8/40. Durante un año y medio siguiente a la operación continúa el régimen (verdura, leche etc.) Posteriormente alimentación general. Siempre fumador. Actualmente muy bien.

RESUMEN

1ra. Operación : Ulceragástrica perforada. Operado de urgencia, posible escisión y cierre (1929)

2da. Operación: Gastrectomía.-seis o siete meses después. (1929)

3ra. Operación: Desgastroenterostomía y nueva gastroenteroanastomosis, post transmesocólica (1933)

C A S O N o. 12

Nombre R.S. arg. 42 años.

Historia: 15754

Ingreso (15/9/48) refiriendo que durante varios años padeció de una gastropatía, efectuándosele una gastrectomía en el año 1940. Después de la operación durante tres meses se sintió bien. Pero después en forma paulatina comienza a sentir molestias cuya naturaleza el enfermo no sabe precisar y que se localizan en el epigastrio y en el hipocondrio derecho especialmente. Poco después dichos dolores comienzan a irradiarse a la región lumbar derecha. Desde junio de 1948 hasta su internación tiene tres episodios dolorosos intensos acompañados de acidez y sensación de hambre lo que conseguí calmar con ingestión de alimentos. En oportunidades siente sensación de plenitud gástrica de aparición caprichosa acompañada de eructación. Ha tenido algunos vomitos mucosos y es ahora ácido. Otros de sangre roja, seguidos después por melenas

El día gástrico revela que toda su sintomatología es tardía y calma con la ingestión de alimentos que ingiere prácticamente cada dos horas. El quimismo gástrico da los valores máximos a los cuarenta minutos con una acidez total de 1,24 y clorhídrica de 1.02.

El informe radiológico permite que observar que se trata de un estómago operado con técnica de Billroth I

las otras radiografías no muestran signos directos de úlcera. Con la impresión clínica de que se trata de una úlcera péptica se propone como solución terapéutica una exploración y vagotomía.

OPERACION: 21/9/48.

PROTOCOLO OPERATORIO- Anestesia: raquinovocaina y percaína: 0,005 y 0,0007 grs. ~~Efe~~ ~~tonina~~

DESCRIPCION MACROSCOPICA- Tumor inflamatorio que abarca la boca anastomótica, la que por detrás está completamente adherida al ~~tanque~~ páncreas. Intensa periviseritis, gastrectomía Billroth ~~III~~ I.-

TECNICA QUIRURGICA: Laparatomía mediana supraumbilical. Comienzo de liberación de la gran curvatura. la que permite comprobar la gran adherencia del páncreas. Se libera el tumor inflamatorio se hace vagotomía al nivel del cardíax y como se comprobaba un buen diámetro de la anastomosis se opta por no practicar operación derivativa complementaria. Cierre por planos.

POSTOPERATORIO : normal ALTA- 29/9/48

RESUMEN:

1ra. Operación: 1940: Úlcera G, duodenal. Gastrec. B. I^o
2da. Operación: 1948: U.P. VAGOTOMIA ABDOMINAL.-

C A S O N. 13

X Nombre: M.P. arg. 29 años.

Historia 17201

➤ C A S O No. 13 (cont.)

Ingresó al servicio el 22/2/50. Su enfermedad comenzó hace seis años, a los 23 de edad. A las dos horas de la ingesta alimenticia siente dolor, ardor, eructos, náuseas y sensaciones de pesadez. Consulta un facultativo que le diagnostica inflamación de la vesícula pese a que se somete al tratamiento prescrito los síntomas se mantienen. Luego se le diagnostica litiasis biliar y hace tratamiento durante dos años sin sentir mejoría. Se hace entonces diagnóstico de gastropéptosis y tampoco logra mejoría con el tratamiento. Por último, con el diagnóstico de úlcera gastroduodenal, es operado en junio de 1947. Se le efectúa una gastrectomía amplia. Después de la operación comenzó a tener vómitos, mareos y ardores pero ya menos intensos que antes y que hacia su aparición periódicamente no notando relación con las comidas.

Poco después de ingresar al servicio se acentúan sus molestias, apareciendo dolor epigástrico. Todo esto lo lleva a la consulta y a la internación posterior.

El estudio del día gástrico revela que el dolor es de aparición tardía y que calma con la ingesta alimenticia. Suele presentar de noche dolores que le hacen despertar, debiendo ingerir alimentos (leche, crema, etc.) para calmarlos.



El quimismo gástrico señala los valores máximos a los 45 ' con una acidez total de 1,46 y clorhídrica 0,73. El informe gastrostópico revela: resto del estómago perfectamente visible, lo mismo neoboca, redonda y de aspecto normal. En el borde posterior se ve una macha grisácea que hace una ulceración en 1-a mucosa del tamaño de una lenteja y que se interpreta como U.P. en vertiente gástrica. Resto normal.

Radiografía del estómago: buen tamaño de la neoboca, buena pasaje gastroyeyunal. En sus proximidades se aprecia una sombra pequeña de mayor densidad. La impresión clínica que se recoge es U.P. y proposición terapéutica de VAGOTOMIA, el enfermo es operado el 4/3/50.

PROTOCOLO OPERATORIO:

Anestesia: Novocaina 0,075 Perceína 0,006. Raquídea.

Descripción macroscópica: No se observa alteración anatómica gastroyeyunal. Neoboca amplia que permite la introducción de dos dedos.

TECNICA QUIRURGICA:

Incisión mediana supraumbilical, previa anestesia de los neumogástricos con Novocaina al 1 por ciento. Se hace Vagotomía. Cierra de la pared por planos con surget delino.

POSTOPERATORIO : Bueno.

ALTA: 10/3/50

RESUMEN : 1ra. Operación: (1947) U.G.D. Gastre amplia
2da. Operación (1950) U.P. VAGOTOMIA ABDOMINAL.-

CASO No. 14 R.C. Hist. 5875. Argentino de 26 años - empleado

Su enfermedad comienza hace 5 años con fuertes dolores en hipocondrio derecho luego vómitos copiosos, biliosos primero y alimenticios luego, temperatura, anorexia y luego subicterisia. Estratado con tratamiento médico y mejora. Repite el mismo cuadro a los 5 meses y no hallando alivio con el trab. médico se interna en una sala de este Hospital en donde se le practica una apendicectomía. A los 6 meses de la operación vuelve a repetir el mismo cuadro y es internado nuevamente, esta vez en la Sala IIIa. donde se le hace el diagnóstico de ulcus duodenal. desde este momento vuelve a repetir periodicamente el mismo cuadro con la duración de varios días. Tiene periodos de calma de dos a tres meses.

Del día gastrico vemos que durante el tiempo que se halla bien no presenta trastornos relacionados con las comidas. Durante las "pouses" las comidas exacerban sus molestias y dolores.

Es operado con diagnóstico de ulcera duodenal,
el 15/7/39 pro

PROTOCOLO OPERATORIO

Anestesia: Local infiltrativa con mezcla de Kirschner mas adrenalina.-

Tecnica: La parotomía mediana supraumbilical. Se comprueba la presencia de una lesión ulcerosa en la cara anterior de la primera porción del duodeno. Liberación de la gran curvatura sin mayor dificultad, se continua hacia abajo consiguiendo liberar bien la parte interna del duodeno. Liberación de la pequeña curvatura que se prolonga igualmente hacia abajo dejando asi libre la primera porción del duodeno que incluye la úlcera.

Clamp de Payr sobre el duodeno, sección del duodeno a bisturí; y cierre del mismo con doble perforante con cat-



gut cromado e invaginación del muñon con catgut simple.

Amplia gastrectomía, luego gastroenteroanastomosis antecólica según tecnica de Reichell. Polya. Ralfour. con la variante Hoffmister, Finsterer. Seroserosa anterior y posterior con catgut simple 00 y doble perforante con catgut cromado 00 Peritoneo con catgut No. 2 . Aponeurosis con hilo de line.-

El examen anatomopatológico de la pieza mostro pequeña ulcera en la lera. porción del duodeno.-

POSTOPERATORIO. Normal. Alta 23/VII/39

Relata que hace 3 meses estuvo internado en el Servicio de Clínica Médica pues sus molestias no habian desaparecido despues de la operación. Como no nota mejoría con el tratamiento que se le instituyera ingresa a nuestro servicio.-

Su enfermedad actual es la persistencia de sus molestias anteriores y consiste en dolor localizado en epigastrio y en hipocondrio derecho que se irradia a la región lumbar derecha. Estos dolores no tienen ritmo de aparición y se acompañan de vómitos que son biliosos, durando todo esto unos 2 o 3 dias. A veces el dolor adquiere características de cólico hepático y calma con aplicaciones de hielo e paños frios.

El enfermo disminuye de peso y sus tegumentos que siempre fueron amarillentos aumentan en intensidad de esta coloración desde los ataques dolorosos.-

El estudio radiográfico aporta los siguientes resultados: Colecistografía, revela una vesicula que concentra y evacua bien . La radiografia de estómago señala una buena evacuación a traves de la neoboca amplia. En una de ellas se ve una imagen irregular pero no se le da importancia por no repetirse

Se interpreta el cuadro del enfermo como una probable ulcera peptica, se instituye el regimen y se tiene al enfermo en observación, dandosele el alta el 21/10/42.



REINGRESO. 22/11/43 Historia 10402

Pese al regimen establecido el enfermo no logra mejoría, razan por la cual es internado nuevamente en el servicio de Clínica Médica el 15/10/43 (hist. 3544), de donde se extraen los siguientes datos) Desde su internación anterior siguió teniendo alternativas de mejoría y de padecimientos analogos a los que presentara anteriormente. En algunas oportunidades ha notado tinte icterico y orina coluricas, no reparando en el color de sus materias fecales. Juntamente con el dolor a tenido estado nauseoso y vómitos verdosos y luego de un episodio doloroso agudo en hipocondrio derecho, que se atenua a los 4 días queda como remanente un dolorimiento constante en base de emitorax derecho.

Con diagnóstico de úlcera peptica se le opera el 19/7/43.

PROTOCOLO:

Anestesia: Percaina intradural, 0,010 grs. y se completa con ciclopropano.

TECNICA Incisión mediana sobre la cicatriz anterior, con mucha dificultad se entra al abdomen disecando adherencias epiploicas Se observa la neoboca adherida al colon y a la cara inferior del hígado donde se perciben una tumoración muy congestiva. Se observa el asa eferente amplia con muy buena evacuación. Considerando muy peligrosa la liberación se desiste.

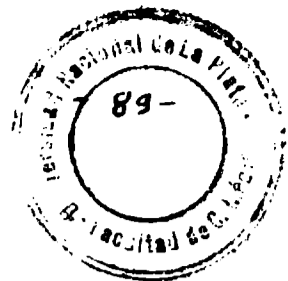
Postoperatorio: normal

REINGRESO: 26/8/44 - historia 11.268

A la exploración del abdomen se observa dolor exquisito en hipocondrio derecho, MURPHY positivo. Dolor epigástrico discreto. Dolor intenso a nivel del hemitorax derecho entre las líneas axilar, anterior y posterior.

Las imagenes radiologicas que se obtienen, señalan + discreto relleno del asa aferente. No se observan signos directos de ulcus.

El quimismo gástrico da los valores mas altos en minutos: A. total 4.01 y A. Clorh. 3.50



La impresión química es la de una úlcera péptica, pero las dificultades halladas en la intervención anterior, permiten presumir la imposibilidad de ampliar su gastrectomía por lo cual con el fin de disminuir su acidez se propone fundusectomía, la que se realiza el 14/9/44.

PROTOCOLO

Anestesia: Raquipercaína 0,006 grs. y novocaina 0,075 grs. Morfina, efetonina, atropina.

TECNICA

Insisión mediana supraumbilical se observa el proceso plástico muy disminuido con respecto a la anterior intervención. Estómago libre, y neobuca normal. En el asa efernte se observa una induración congestiva y sobre ella se adhiere el asa aferente dando la impresión de una úlcera yeyunal. Se libera la gran curvatura gástrica hasta el cardias y se reseca el fundus en su totalidad entre un clamp de Payr grande y un clam de Doyen recto y largo. Suturan dos planes con catgut cromado y se serosa con lino.

El estómago residual comprende unicamente la pequeña curva, transformada en un tubo que continua el esófago hasta la neóboca. Cierre de la pared por planos.

POSTOPERATORIO. bueno, buen estado general, tolera algunos alimentos a base de leche. Alta 26/9/44.

Reingreso. 29/9/49/ historia 16805

Nos relata que hace 10 días tuvo una hematemesis cuya cantidad no puede apreciarse. Simultaneamente tuvo varias deposiciones diarreicas de color oscuro y fétido. La hematemesis vuelve a repetirse aunque en menor cantidad.

El quimismo gástrico revela que a los 20 minutos hay una acidez total de 1.68 y acidez clorh. de 1,24

El estudio radiológico que se le efectúa, informa: estómago del tamaño de una mandarina. Relleno del asa aferente

te y eferente. Tamaño de la neoboca normal. A nivel del asa aferente se observa una muesca que parece ser una úlcera peptica, cerca de la neoboca. Se tiene la impresión clínica que nuevamente se trata de una ulcera peptica po. de la neoboca y se propone una vagotomía. Pero el enfermo decide postergar la intervención por lo cual se le dá el alta invitándole a concurrir periodicamente al servicio.

RESUMEN

- 1 - Operación (año 1939) ulcera duodenal, gastrectomía amplia R.P.B.H.F.
- 2 - operación (año 1943) ulcera peptica. Laparatomía exploradora (se halla un tumor inflamatorio y como la neoboca funciona, no se prosigue la operación.
- 3 - operación (año 1944) úlcera peptica. Fundusectomía
(año 1949) ulcera péptica ?. Se propone una vagotomía pero el enfermo se niega.

Bois

BIBLIOGRAFIA

Abadie J.

A propos de quelques cas d' ulcus peptique. Considerations sur la technique des operations stomacales. Bull. et Memoi. de la Societ. Nation. de Chirurgie. Pag. 521 . Año 1935.

Abadie J.

Ulcus peptique a prés exclusion pylorique, et ulcus peptique après emploi de material de nature non resecable.

Bull. et Memoi. de la Societ. Nation. de Chirurgie. pag. 976. T. 2. 1935.

Argüelles Rafael.-

MANUAL DE PATOLOGIA QUIRURGICA.-
Edit. Cient. Med. España 1943.

Bockus Henry L.

GASTROENTEROLOGIA
Salvat Edit. 1948

Bonorino Udaondo G., D'Alotto V. y Bonorino Pedro C.

Ulceras pepticas postoperatorias
Día Médico 1945 - pag. 10

Benedict E.B.

Fasting ulcer an Analysis of thirty-six cases and Study of the literature surgery, Gynec and Obstetr. 1933,
T. I pag. 807

Bergman G. Von

Ulcus peptico -patogenia y tratamiento - Dia Medico
1940 pag. 875

Bethlem, Newton y Rocha Mauricio

Consecuencias tardias de la gastrectomía por úlcera.
Día Médico, 1941, Año XIII, pag 49.-

Corachan Manuel

Cirugía gástrica, I - Salvat Edit. 1943



Úlcera peptica postoperatoria: Resultado del tratamiento quirúrgico. El día Médico No. 55 pag. 836 1942

Christmann Federico E., Ottolenghi, Raffo y Von Grolman

Técnica Quirúrgica I y III - Buenos Aires El Ateneo - 1946

Christmann Federico

Elección del método operatorio en el tratamiento quirúrgico de la úlcera gastroduodenal. Revista de la A.M.A. Oct. 15 de 1944 - No. 543

Copello Oscar

Terapéutica quirúrgica del úlcus gastroduodenal. Prensa Médica Argentina - 1940 T. I pag. 1083

Copello O. y Etala E.

La fundusectomía en el tratamiento de las úlceras gastroduodenales. Arch. Arg. de Enf. del Ap. Digestivo y enfermedades de la nutrición. 1945 pag. 203

CHARRIER, J.

Úlcus peptique d'une bouche de gastro-enterostomie antérieure apres pylorectomie atrite pour ulcere. Arch. des malades de l' appar. digest. 1934, pag. 520

Charrier J. et Gutmann R.A.

L' ulcus peptique apres gastrectomie - Arc. des malad. de l'appar digest. 1948 - pag 779.

Camhiorth Sixto E. M.

La úlcera peptica postoperatoria - Tesis F.C.M. L.P.

Connell F.G.

Fundusectomy experimental Surg. Gynec y Obst. 1931 53, 750.

Christman F.

La va gotomía asociada a la piloroplastia en el tratamiento de la enfermedad ulcerógena gastro duodenal. Rev. Med. Inst. Gral. San Martín, Vol 2, pag. 14, 1950.

Dra gstedt, L.

Sección de los nervios vagos al estómago en el tratamiento de la úlcera péptica. Anales de Cirugía N 11, 1947.



Davis y Beattie

Vagotomy and partial pylorotomy
The Lancet, Vol 258, page 525, 1950.

Dragstedt, L.

Recidiva de la úlcera gástrica después de la vagotomía
completa .
Anales de Cirugía, Vol. 8, pag. 1905, 1949.

D'Alotto, V.

Consideraciones sobre la úlcera péptica post-operaria.
Prensa Médica Argentina, 1940, T2, pag 2281.

Dragstedt, L.

La vagotomía en las úlceras gastroduodenales.
Anales de Cirugía, 1945, T2, pag. 1893.

Del Valle, D.; Sanchez Zinny; Reyes, E. y Walker, A.

Vagotomía en el tratamiento de la úlcera gástrica, duodenal y péptica post-operatoria.
Arch. Argentino de Cirugía, pag. 474, año 1947.

Eusterman, G.; Kirklin, B.R. y Morlock .

The non functioning gastro-enteric stomach. Diagnosis study of sixty-two surgically demonstrated cases.
Amer. J. Diag. Dis. 1942, 9-313.

Finocchetto, E y Finocchetto, R.

Técnica Quirúrgica.
Buenos Aires 1936.

Finocchetto, R.

La fundusectomía en el tratamiento de las úlceras gastroduodenales .
La Prensa Médica, 1941, T 2, pag. 1944.

Fauley, G. B. y Ivy, A .C.

The prevention of postoperative jejunal ulcers by diet and fundusectomy; an experimental study in dogs.
Surg. Gynec. and Obst. 1936, pag 10

Gatellier, J.

Gatellier, J.

Ulcus peptique et gastro enterostomie.

Arch. des malad. de l'appar. digest. 1935, pag 591.

Giordano, F. y Bogetti H.

Úlcera péptica post-operatoria.

Revista de a A.M.A. 1946, T 2, pag 737,

García Lagos.

Úlcera péptica post-operatoria.

Día Médico. Oct. 1932, pag. 244

Homans, J.

Patología quirúrgica

Mexico. 1948

Joyeus R. et Marchal

Ulcus peptique jeyunla après gastroenterostomie pour ulceré.

Gastrectomie large avec exclusion de l'ulcere.

Mem. Acad. Chirurgie 1950. Vol 76p. 483

Kirschner M.

Tratado de técnico operatoria general y especial.

Barcelona 1942. 2a. Ed.

More F/ D.

Resección de los vagos por úlcera; Evaluación interna

Anales de cirugía No. 11 Pag. 1493.

Mainetti J. M. y Cuculichie

Ulcerapéptica postoperatoria.

Revista Medica del Hospital Italiano. L. P. No 11 Año 1946

Puyó Villafañe

Úlcera post gastroenterostomía y torción del asa

Arch. Arg. Ap. digest. y Nutr. 1945; pag. 418

Ranson H. K.

Gastrectomía subtotal por úlcera gástrica, estudio de los resultados últimos.

Anales de cirugía , nov. de 1947

Solé R.

Úlcera péptica yeyunal en los gastrectomizados , su
tratamiento por la doble anastomosis.

Sesiones de la Sec. de Ciruj. Bs. As. T. XI; 1936

Schoen A. y Griswold A.

Efectos de la vagotomía sobre la función gástrica humana

Anal. Of surg. nov. 1947. pag. 1484

Thorek M.

Técnica quirúrgica moderna.

Salvat 1941

Walters W.; Neitling H. A.; Bradley W.F.; Small J. T. and Wilson J.

Favorable and unfavorable results of gastric neurectomy
and vagotomy for peptic ulcer; an anatomic physiologic
and clinical study

The Surgical clinics of N. A. 1947 T.2 pag. 885

Brain

Nov 95 / 1951 -
[Signature]



[Signature]

[Signature]
121.
20/10/50