

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ULCERA GASTRO-DUODENAL

Por FEDERICO E. CHRISTMANN

El tratamiento de la úlcera gastro-duodenal es en la actualidad primordialmente quirúrgico. Es innegable que la terapéutica clínica cura muchas úlceras bien comprobadas, pero, la gran mayoría, continúa sufriendo las alternativas características de la enfermedad y termina haciendo una complicación o sometándose a la cirugía.

Ello no quiere decir que deba excluirse el tratamiento médico por inseguro o ineficaz, todo lo contrario, debe siempre preceder a toda intervención.

Clínicos y cirujanos colaboran hoy mejor que nunca en este tema y el resultado es por demás halagador; no son muchas las enfermedades que pueden presentar una estadística de curaciones tan elevada como la úlcera gastro-duodenal, cuando se dirige contra ella una terapéutica oportuna y, sobre todo, libre de apasionamiento por una terapia clínica o quirúrgica establecida a *outrance* y orientada en un sentido puramente clínico o puramente quirúrgico.

Todavía es frecuente, sin embargo, ver un ulceroso que sufre 5-10 años, que haya ensayado regímenes y tratamientos médicos diversos, y, sin embargo, es sometido a otros ensayos terapéuticos orientados en el mismo sentido, naturalmente sin resultado favorable.

La observación prolongada de muchos enfermos, los resultados obtenidos con los diversos tratamientos y la valoración jui-

ciosa de los resultados de cada uno de ellos ha llevado la cuestión a un estado actual en que la íntima colaboración clínica y quirúrgica es la que obtiene los mejores resultados.

Ya Urrutia, en sus últimos días, decía que «no hay fundamento alguno para hablar de supuestas discrepancias entre el criterio de los internistas y cirujanos en el tratamiento de la úlcera, ni razón suficiente para oponer las estadísticas médicas a las quirúrgicas, ya que los cirujanos sólo operan, o deben operar, aquellas úlceras en las que ha fracasado el tratamiento médico».

Sólo se trata de establecer la cronología en la manera de actuar, es decir, en qué momento el ulceroso deja de ser clínico para ser quirúrgico. Este hecho nos parece fundamental y significa el nudo de la cuestión.

El mismo maestro español agrega a continuación : «De ordinario basta un par de meses para saber si el caso es o no tributario de la cirugía, sin que sobre esto se puedan sentar reglas absolutas.»

Evidentemente, no puede hablarse de un plazo fijo, el cual debe variar de acuerdo con diversas circunstancias.

El tipo de úlcera, su forma clínica, la edad del enfermo, sus condiciones económicas, la concomitancia con otras afecciones, etc., son todas situaciones que obligan a un estudio de cada caso en particular.

Nosotros operamos todas las úlceras gastro-duodenales que no han curado en un término de seis meses de tratamiento médico e indicamos esta conducta únicamente en los ulcerosos recientes y, sobre todo, en los vírgenes de tratamiento que son los menos que llegan a nosotros.

Por lo general el enfermo concurre cuando ya ha peregrinado largamente por las clínicas ensayando más o menos diversos regímenes sin resultado real. Otras veces se interpreta como mejoría y aun curación la evolución característica de las úlceras con períodos intercalares de bienestar en el transcurso del año gástrico.

Esta particularidad de la enfermedad ulcerosa es causa de que muchos enfermos se presten gustosos una vez más a ensayos dietéticos porque recuerdan haber tenido períodos de bienestar coincidentes con alguna terapéutica instituída y erróneamente interpretada como eficaz : la evolución natural de la úlcera ha simulado una mejoría o curación.

Como dejamos dicho más arriba el nudo de la cuestión reside en la oportunidad del tratamiento y en ese sentido nosotros ajustamos nuestra conducta a las siguientes proposiciones que sólo tienen el valor de un esquema :

1ª En las úlceras recientes, vírgenes de todo tratamiento, indicamos previamente régimen dietético y medicamentoso;

2ª Toda úlcera que en seis meses no ha curado, debe ser operada;

3ª Consideramos curada una úlcera, cuando el enfermo no tiene dolores, aumenta el peso, mantiene buen estado general sin recurrir a ningún medicamento y cuando el examen radiológico no acusa signos de úlcera. Todo esto seguido en observación durante un año por lo menos;

4ª En las úlceras complicadas, la indicación quirúrgica es formal.

Establecida ya la indicación operatoria debe considerarse separadamente el tipo de úlcera y desde ese punto de vista distinguimos cuatro :

1ª Úlcera crónica; 2ª úlcera perforada; 3ª úlcera hemorrágica; 4ª úlcera yeyunal.

ÚLCERA CRÓNICA GASTRO-DUODENAL

Hace poco tiempo en el Congreso de Rosario en un trabajo similar a éste decíamos textualmente : « Creemos ya inoficioso ahondar discusiones, porque preferimos la resección a cualquiera de los otros procedimientos para curar la úlcera. En la actualidad ya no caben, a nuestro entender, parangones res-

pecto a las bondades comparativas de la gastrectomía y de la gastroenterostomía.»

La mayor parte de las opiniones allí vertidas, casi todas, eran coincidentes con este modo de pensar; sin embargo, el relator oficial doctor Arce se mostró partidario de la gastroenterostomía en las úlceras duodenales, reservando la gastrectomía para las gástricas.

La opinión del maestro argentino, con todo el respeto que nos merece, y por eso mismo la citamos en primer término, no puede ser ya sustentada con fundamento de acuerdo con los conceptos actuales que se tienen respecto de la patogenia de las úlceras, ni tampoco apoyada por la experiencia que existe en la actualidad sobre los resultados de la gastrectomía en manos experimentadas.

Hasta 1930 gozaba todavía de favor entre nosotros la gastroenterostomía para la úlcera del duodeno y así en el Segundo Congreso Argentino de Cirugía de ese año se escucharon opiniones, prefiriendo la gastroenterostomía en la úlcera duodenal. Puede decirse que recién a partir de esa fecha se efectúan las resecciones en todos los casos de úlcera y hoy casi no caben dos opiniones.

Existen razones de orden fisiopatológico que hacen preferir decididamente la gastrectomía para todas las úlceras, cualquiera sea su localización : gástrica, pilórica o duodenal.

La gastritis crónica cuyo papel en la patogenia de la úlcera ya no se discute, es un hecho observado en la mayoría de los casos de úlceras gastro-duodenales. Kojetzny, que fué posiblemente el primero que destacó el hecho, dice haberla encontrado en el 100 por ciento de los casos. Solé, Mosto y Piñeiro Sorondo, que entre nosotros insistieron en la presencia de la gastritis, dicen que ella se observa en el 40 por ciento de los casos. En el mismo congreso de 1930, Brachetto Brian coincide en hallar el 40 por ciento de gastritis antrales extensas y en mayor proporción gastritis limitadas a la zona periulcerosa. Ceballos y Gómez en el mismo año hablan de 90 por ciento de gastritis obser-

vadas y fundan en ella el concepto reseccionista que practican. Juan Martín Allende es también de la misma opinión.

En los casos operados por nosotros, también hemos encontrado lesiones extensas de gastritis antral y de duodenitis de la primera porción, comprobadas histológicamente, lesiones todas que nos parecen justificar ampliamente la resección gastro-píloro-duodenal en las lesiones ulcerosas.

Otro factor de importancia considerable es la acidez como causa patogénica de la úlcera, por consiguiente tiene más valor aquel procedimiento que haga descender en mayor grado la secreción de ácido clorhídrico libre.

La gastroenterostomía hace descender la acidez del jugo gástrico por neutralización del mismo, mediante el aflujo de bilis al estómago, pero es completamente incapaz de disminuir la producción ácida. Urrutia en 1919 publicó sus observaciones en ese sentido y decía que observaba una marcadísima disminución de la acidez en 54 por ciento de los casos, en 29 por ciento llegaba a la aquilia, en raros casos permanecía igual y en algunos aumentaba. Tales observaciones son concordantes con las de Smithies que obtiene 80 por ciento de reducción acidimétrica.

En cambio, la gastrectomía actúa directamente suprimiendo la zona donde se produce el reflejo secretor de las glándulas fúndicas, tal como lo demuestra la fisiología normal del estómago. Suprimiendo la zona acidógena refleja se extirpa a la vez la zona alcalina del estómago y la *magenstrasse* que es el sitio de predilección de la enfermedad ulcerosa.

De este modo la píloro-gastrectomía realiza a la vez la exclusión de dos causas etiopatogénicas, extirpa el antro donde se forman con predilección las úlceras y extirpa la zona acidógena.

Esta concepción etiopatogénica tiene numerosas pruebas experimentales y clínicas. Puhl, en un trabajo reciente (1933) y bien documentado llega a decir que la causa más importante de la formación de úlceras es el jugo gástrico y preconiza muy amplias resecciones, píloro, antro y toda la pequeña curva

vecina donde se encuentran en cantidad las células de revestimiento de las glándulas, y que producen el ácido clorhídrico. Straaten, también en 1933, ha demostrado experimentalmente en perros que la secreción psíquica no se produce en perros con resección del antro y es menos pronunciada cuando no se reseca conjuntamente el píloro (Finsterer).

Por si todo lo observado y escrito en monografías clínicas y experimentales no fuera suficiente, nosotros hemos hecho realizar — a título de comprobación — en nuestro servicio, numerosas curvas acidimétricas en gastrectomizados y todos han revelado una considerable disminución de la acidez, llegando en su mayoría a la anaclorhidria.

La gastrectomía tiene todavía otro fundamento y es que evita las tres complicaciones más temibles de la úlcera : la perforación, la hemorragia y la degeneración.

Estudiaremos un poco más adelante las dos primeras y nos detendremos un instante en la degeneración neoplásica.

Distintamente valorada en las estadísticas donde se aprecia en forma evidentemente contradictoria la frecuencia de esta degeneración, ella es sin embargo indiscutible. Sólo habría que establecer la proporción.

Para Rothmann (1933) la frecuencia parece variar entre 10 y 15 por ciento. Este investigador dice a la vez que las úlceras del antro son las que más degeneran en cáncer. Examinando numerosos casos de cáncer gástrico concluye en que la forma anatómica no permite establecer la naturaleza primaria o secundaria del cáncer.

Entre nosotros Brachetto Brian habla de 9 por ciento; Artemio Zeno, opina que esta degeneración no tiene la importancia que se le daba años atrás y dice que se trata de cánceres de forma anátomopatológica ulcerosa de evolución lenta.

Como se ve; estamos lejos de Wilson y Mac Carthy que atribuían el 76 por ciento de los cánceres del estómago a úlceras degeneradas y que 68 por ciento de las úlceras del estómago degeneraban en cáncer. De todos modos esta premisa sólo sería

válida para el estómago y no para el duodeno cuya degeneración maligna sabemos que es excepcional.

Los resultados inmediatos y sobre todo los alejados de la gastrectomía por úlcera crónica gastro-duodenal, significan un argumento del mayor peso para su adopción como tratamiento de elección. Debe distinguirse el resultado inmediato, valorado por la mortalidad operatoria, del resultado alejado, apreciado por la evolución del enfermo en los meses o años subsiguientes a la intervención. La mortalidad operatoria actual ha descendido considerablemente y puede decirse que ambas operaciones (gastroenterostomía y gastrectomía) tienen una mortalidad inmediata muy similar, algo más benigna, sin embargo para la gastroenterostomía.

Para referirnos únicamente a los últimos años recordaremos a W. Mayo que tiene 2 a 3 por ciento de mortalidad; Pauchet, en 1929 tiene 9 por ciento sobre 111 úlceras duodenales; Reichel, Anschutz y Payr tienen 11 por ciento; Bier, Gulecke, de Quervain y Enderlen tienen 6 por ciento; Scuder 6 por ciento; Pool 7 por ciento; Peck 10 por ciento; Urrutia, en 1930 agrega a las citas que preceden su estadística personal de 58 úlceras píloro-duodenales con 2,8 por ciento de mortalidad y dice que sobre un total de cerca de 400 casos no baja de 5 por ciento.

En nuestra estadística personal de 78 gastroenterostomías hechas en los últimos cuatro años, es decir, desde que dirigimos el servicio de la sala VI del Hospital Policlínico, se registran únicamente dos muertos o sea 2,55 por ciento, cifra todavía inferior a la de Urrutia.

En el último año, desde que nos perfeccionamos en los detalles de técnica, sobre 34 gastroenterostomías no tenemos ningún muerto : 0 por ciento de mortalidad.

Cuando se comparan los resultados inmediatos de la gastroenterostomía con los de la gastrectomía debe necesariamente tenerse en cuenta la mayor morbilidad de la gastroenterostomía, lo cual exalta aún más la benignidad de esta operación.

Veamos ahora los resultados inmediatos de la gastrectomía en la úlcera crónica gastro-duodenal.

Urrutia en 1930 tiene 9 por ciento en un total de más de 500 casos y cita estadísticas de Gulecke con 10,9 por ciento en 400 casos y, en general, en Europa es de 10-12 por ciento.

Demel, en 1932, publica la estadística de la clínica de von Eiselsberg y dice :

Desde 1901 a 1930 se hicieron 2766 resecciones :

	Resecciones	Muertes	Por ciento
Por úlcera de estómago.....	1261	49	3,8
Por úlcera de duodeno.....	937	40	4,3
Por cáncer de estómago.....	568	108	19

Entre nosotros Solé (1930) habla de cuatro muertos en 40 casos o sea 10 por ciento, pero dice que en los dos últimos años es de 2,5 por ciento.

Ceballos tiene, antes de 1930, 12 por ciento, pero dice que en los últimos años es de 6 por ciento.

Del Valle, refiere en el Congreso de 1930 que tiene series de 30-40 casos, cuya mortalidad varían de 4 al 20 por ciento.

Nosotros hemos realizado desde 1930 hasta septiembre próximo pasado, 82 gastrectomías con 7 muertos o sea 8,53 por ciento. Desde que modificamos la técnica de las suturas hemos realizado 50 gastrectomías y tenemos 2 muertos o sea 4 por ciento de mortalidad. Atribuimos principalmente este descenso al perfeccionamiento de las suturas y al mejor conocimiento del equilibrio ácido básico del operado. La causa de los dos muertos habidos fueron : una bronconeumonía y un vólvulo total de intestino delgado, una inevitable y la otra completamente ajena a la operación, pues se produjo al octavo día cuando el enfermo iba a abandonar el lecho, caso que presentamos a la Sociedad Médica de La Plata en el corriente año con el doctor D'Amelio.

Evidentemente la gastrectomía da una mortalidad operatoria mayor que la gastroenterostomía, pero si comparamos ahora los resultados alejados el saldo es muy favorable a la primera.

Schwartz en 1928 analiza los resultados de sus operados con gastroenterostomía y sólo encuentra 40,5 por ciento de buenos resultados. En cambio, el mismo autor tiene 210 resecciones que al nuevo examen se presentan 144 curados, 15 mejorados y 2 continúan enfermos; el resto no se presentó al examen.

Clairmont, de Zurich, observa 60 por ciento de curaciones con gastroenterostomía y 40 por ciento de malos resultados.

Urrutia, tiene resultados deficientes en el 40 por ciento de los casos y cita a Rinart con 48,5 por ciento de buenos resultados; Kalin, de Zurich, 47 por ciento; Berg, de Nueva York, 33 por ciento de malos resultados casi todos con úlcera yeyunal.

En cambio la gastrectomía produce un elevado porcentaje de buenos resultados alejados. Haberer, Birgfeld, Friedemann, tienen 94 por ciento de curaciones definitivas y porcentos análogos tienen la mayoría de los autores de gran experiencia.

La úlcera yeyunal post-gastrectomía sólo se observa entre el 0,9 y 2 por ciento de los casos. De las consideraciones que anteceden sobre gastrectomía, referidas a su fundamento y a sus resultados en manos de cirujanos extranjeros y argentinos, parecería deducirse que la gastroenterostomía es una mala operación, una operación funesta como se ha dicho y, sin embargo, muy por el contrario, ella tiene en la actualidad sus indicaciones bien precisas aunque limitadas. Nosotros solamente hacemos gastroenterostomía en un ulceroso gastro-duodenal cuando no podemos o nos parece imprudente resear por hallar el proceso ulceroso en actividad. A pesar de la cuidadosa preparación preoperatoria en las úlceras que han estado infectadas, muy adherentes, con tumor inflamatorio, o en aquellos casos en que el síndrome pilórico es tan intenso que desmejora rápidamente al enfermo y no cede a la medicación conservadora, hacemos sin reparos una gastroenterostomía. Dejamos para un segundo tiempo, si la úlcera no cura, la gastrectomía complementaria.

Nos limitamos también a hacer gastroenterostomía en los procesos ulcerosos muy adherentes a la pared posterior y al pán-

creas o al hígado, siempre que la exploración local nos aconseje no resecar.

Tampoco resecamos y nos limitamos a la operación derivativa en los sujetos obesos con epiplones muy cargados de grasa y con duodeno muy fijo profundamente. Algunos casos de nuestra experiencia nos han enseñado esta práctica. En síntesis, podríamos decir que hacemos gastroenterostomía en :

- 1° Úlcera en actividad;
- 2° Úlceras del estómago adherentes o perforantes inextirpables;
- 3° Síndromes pilóricos graves con mal estado general;
- 4° Obesos con grandes epiplones.

ÚLCERA PERFORADA

El tratamiento de la úlcera perforada no puede ser sino exclusivamente quirúrgico e inmediato. Es innegable que existe en la literatura uno que otro caso de perforación abierta curado sin operación, pero estos casos son por completo excepcionales y no deben tenerse en cuenta para indicar la terapéutica.

La operación inmediata debe ser la regla y su indicación formal. Queda por establecer qué tipo de operación debe realizarse. Entre las propuestas sólo perduran en el tapete el cierre simple, la escisión piloroplástica, el cierre complementado con la gastroenterostomía y la gastrectomía.

Después de haber operado y seguido personalmente en su evolución 32 casos en el servicio de guardia del Hospital Rawson, en los años 1927 a 1930 y en nuestra práctica privada, nuestro concepto terapéutico, en un principio indeciso, ha llegado a concretarse en lo siguiente : es necesario, en primer término, salvar la vida del enfermo sin preocuparse de las ulterioridades. En segundo término, se tratará la enfermedad ulcerosa como mejor convenga si las molestias persisten.

Expresado prácticamente nosotros tenemos la convicción de

que únicamente debe hacerse el cierre de la úlcera de la manera más eficiente porque es la operación mínima requerida para salvar la vida del enfermo. El paciente con una perforación de su úlcera está en un episodio evolutivo de la misma, por lo tanto, según las investigaciones recientes de Schmeil (1932), tiene una infección de las paredes gastro-duodenales. Este autor ha examinado histológicamente en cortes seriados 50 estómagos resecados por úlceras perforadas y, examinados bacteriológicamente, demostraron estar infectados en el 94 por ciento de los casos. La flora era idéntica a la encontrada en otras partes de la mucosa alejadas de la úlcera. Estas investigaciones demuestran que las bacterias juegan un papel muy activo en el proceso de la perforación y en la etiología de la úlcera.

Este episodio evolutivo sería ya de por sí una contraindicación de la operación; por lo tanto, ella deberá reducirse a lo mínimo para evitar grandes suturas en un ambiente infectado.

Nuestra preferencia por el simple cierre, sin agregar operación derivativa complementaria alguna, data ya de mucho tiempo (año 1929), y creemos que la gastroenterostomía no debe nunca hacerse para tratar una úlcera perforada.

En sus escritos póstumos publicados en 1931 Urrutia dice : « Al comienzo tratamos todos nuestros casos por sutura de la perforación más gastroenterostomía ; pero, actualmente tengo la impresión de que este aditamento, si bien no aumenta grandemente el riesgo operatorio, no ejerce la menor influencia sobre el curso ulterior, y, por otra parte, la gastroenterostomía ha sido positivamente perjudicial a algunos de mis operados. »

En 12 de sus operados con gastroenterostomía, tuvo úlceras yeyunales secundarias, lo que le da una proporción de 33 por ciento confirmadas operatoriamente y supone tener 50 por ciento contando otros casos clínicamente recidivados pero no confirmados quirúrgicamente.

El mejor argumento de los que preconizan la gastroenterostomía complementaria es la posibilidad de la estenosis pilórica inmediata a la sutura simple. Esta premisa es puramente teó-

rica en la mayoría de los casos, nosotros que practicamos el cierre solamente, si bien es cierto en forma píloroplástica, previo avivamiento, no la hemos observado nunca, otros cirujanos con quienes hemos conversado y cuyos casos hemos seguido tampoco la han tenido. Schmidt, en 1933 publica sus observaciones experimentales de estrechamiento del duodeno y observaciones clínicas de úlceras perforadas y suturadas. Realiza en seis perros una resección parcial del duodeno seguida de sutura notando que la curación se obtiene en perfectas condiciones sin observar estenosis. Solamente los perros operados tuvieron trastornos de la motilidad del estómago por 5-12 días y luego lo evacuaron en tiempos normales.

Concluye Schmidt diciendo : que estas investigaciones concuerdan con las observaciones clínicas, principalmente en las úlceras del duodeno y estómago que son suturadas totalmente. Se demuestra una vez más que no es posible bloquear con seguridad el píloro con plásticas de fascias.

En otra época cuando se bloqueaba el píloro haciendo una gastroenterostomía se observó que este bloqueo era, por lo general, solamente temporario y fué necesario llegar al procedimiento de von Eiselsberg o al propuesto en esa época por Enrique Finochietto en su tesis, para obtener con seguridad la interrupción pilórica.

White y Paterson, en un trabajo reciente (1931) bien documentado analizan los resultados del cierre simple, la gastroenterostomía y la resección y concluye diciendo que en la inmensa mayoría el cierre simple es de elección, en casos recientes sin drenaje. En 60-65 por ciento permanecen curados, 10-15 requieren gastroenterostomía complementaria por obstrucción pilórica secundaria y alejada.

El 25 por ciento restante vive bien con dieta adecuada o realizando la gastrectomía como medida curativa. La gastroenterostomía primitiva da malos resultados y no debe hacerse; sólo se justifica en los casos en que queda estenosis pilórica por úlcera callosa grande y en estos casos la píloroplastia da resul-

tados perfectos. Finalizan diciendo que la gastrectomía en perforación aguda no está justificada. Con algunos reparos de detalle, nosotros suscribimos íntegramente las conclusiones de White y Paterson que están de acuerdo con nuestra experiencia personal.

Si comparamos los resultados alejados del cierre simple o complementado con gastroenterostomía, los resultados no difieren mayormente. Así Neller, en 1930, sobre 574 enfermos operados y nuevamente examinados tiene 374 curaciones o sea 64,4 por ciento; de ellos, 63 por ciento curados con gastroenterostomía y 61 por ciento curados con cierre simple sin gastroenterostomía.

Nosotros, concluimos de esta estadística tan importante, que la gastroenterostomía no está justificada, porque complica y alarga el acto operatorio sin beneficio alejado y, recordando lo dicho anteriormente con respecto a la úlcera yeyunal, no dudamos en rechazarla decididamente como complemento del cierre en la úlcera perforada.

Cabe preguntarse, sin embargo, parangonando los métodos conservadores examinados, los resultados de los que resecan en el momento agudo.

No está dada la última palabra todavía : Naumann, examina 126 casos de la clínica de Payr y se muestra muy satisfecho con los métodos conservadores. Dice que los métodos radicales no están justificados en el momento agudo por razones vitales y por el proceso inflamatorio.

Kuntz, también se muestra satisfecho con los métodos conservadores pero cree que debe intentarse la gastrectomía en los casos favorables.

Hoche y Marangos, examinan los resultados de los dos últimos años 1931 y 1932 en la clínica de Breitner, donde se operaron 21 casos de úlceras perforadas, de los cuales 18 fueron tratados por resección haciéndose una anastomosis según Billroth II con una mortalidad de 22,4 por ciento distribuída así :

Resección en las primeras 12 horas : 13, mortalidad 0 por ciento.

Resección en las 12-48 horas : 5, mortalidad 80 por ciento.

Sutura simple y epiploplastia en las 15-24 horas : 3, mortalidad 100 por ciento.

En 13 casos de perforación, fué de estómago, dando una mortalidad de 46 por ciento y en 8 casos fué de duodeno con 12,5 por ciento de mortalidad. Estos mismos autores examinan en una encuesta los resultados de 24 cirujanos y obtienen en total 3011 úlceras perforadas con 32,9 por ciento de mortalidad global, de los cuales 740 fueron tratados por la resección y el resto con métodos conservadores. De estos 740 casos resecados tienen 18 por ciento de mortalidad; 405 casos resecados en las primeras 23 horas, le dan 8,9 por ciento de mortalidad.

Hoche y Marangos, concluyen su trabajo de acuerdo con von Haberer, diciendo que los mejores resultados se obtienen con la resección y cuando no es posible realizarla el simple cierre de perforación.

Estadísticas brillantes en este sentido reseccionista son también las publicadas por Judine del Instituto Sklyfasowsky de Moscú, quien ya en 1929 tenía 49 casos resecados con 8,1 por ciento de mortalidad. Posteriormente, una nueva estadística más reciente tenía 150 casos operados con 9 por ciento de muertes.

Nosotros después de haber ensayado todos los procedimientos incluso la gastrectomía el 10 de Marzo de 1929, en un enfermo de 25 años con una perforación de tres horas con excelente post-operatorio y curación, nos mantenemos fieles al simple cierre de la úlcera escindiendo los bordes para poder suturar tejido sano. Seguimos sistemáticamente este procedimiento y creemos que sólo así sin seleccionar los casos, pueden compararse las estadísticas. La muestra tiene 32 casos con 18,7 por ciento de mortalidad, casi la mitad de la recientemente citada de 24 cirujanos europeos de 32,9 por ciento.

También aquí debemos tener en cuenta, para valorar los resultados del tratamiento quirúrgico, la morbilidad de los casos en los que se ha de hacer resección que es siempre muy inferior

a la mortalidad del simple cierre de la úlcera. Los casos graves y tardíos pasan en todas las estadísticas en la columna del simple cierre y así no es extraño encontrar mortalidad elevada para el mismo, ya que los casos recientes y más benignos se reservan para la gastrectomía o la gastroenterostomía complementaria. Esta crítica puede hacerse a la estadística presentada por Ceballos y Gómez a la Sociedad de Cirugía en 1930 en la que recomiendan la gastroenterostomía complementaria. La estadística global de estos autores es de 25 por ciento de mortalidad.

Nosotros nos declaramos satisfechos con los resultados obtenidos con el simple cierre que es siempre más benigno y expone menos la vida del enfermo para salvar el momento agudo. Por añadidura nos da 60 por ciento de curaciones alejadas según hemos visto en estadísticas numerosas y el 40 por ciento restante será tratado en un segundo tiempo con gastrectomía hecha en buenas condiciones en enfermo bien preparado que nos da, como ya hemos comentado al hablar de úlcera crónica, 4 por ciento de mortalidad.

Entonces para ser exactos debemos sumar este 4 por ciento de mortalidad por gastrectomía al 18,7 por ciento de mortalidad inmediata por úlcera perforada para obtener la verdadera mortalidad global del tratamiento de la úlcera perforada, pero solamente para aquellos casos que no se curaron con la primera operación. Estamos siempre por debajo de la cifra de mortalidad citada por Hoche y Marangos.

De lo que estamos cada día más convencidos es que no debe nunca asociarse la gastroenterostomía al simple cierre de la úlcera, por los malos resultados alejados que proporciona.

A manera de conclusión para el tratamiento de este tipo de úlcera diremos : hacemos siempre la operación mínima para salvar la vida del enfermo que es lo único que en ese momento nos interesa.

Escisión o avivamiento de los bordes y cierre de la úlcera.
Hacemos escisión y cierre :

1º Porque es la operación mínima suficiente;

2° Porque con ella sola muchas veces se cura la afección (aproximadamente en 60 % de los casos);

3° Porque si la úlcera recidiva se puede, sin mayores dificultades, hacer la cura radical (gastrectomía);

4° Porque nunca queda estenosis pilórica, aun tratándose de úlcera pilórica o duodenal, si se hacen las suturas correctamente.

No hacemos nunca gastroenterostomía :

1° Porque las estadísticas revelan gran número de úlceras yeyunales post-operatorias en los casos así tratados;

2° Porque no agrega mayor beneficio y sí prolonga el acto operatorio, complicándolo;

3° Porque bien suturada la úlcera no queda estenosis pilórica;

4° Porque si recidiva la úlcera o se produce una yeyunal, la operación radical es mucho más difícil.

Conceptuamos la operación radical como muy peligrosa, en un enfermo sin preparación previa y en un ambiente infectado. Contemplamos, sin embargo, como aceptable en los casos muy recientes en enfermos jóvenes y por lo demás en buen estado de salud.

ÚLCERA HEMORRÁGICA

Con el título de este apartado estudiaremos el tratamiento de la hemorragia por úlcera gastro-duodenal en forma análoga a la úlcera complicada de perforación.

En estos últimos años se consignan en la literatura trabajos importantes y, sobre todo, discusiones en las Sociedades de Cirugía donde se escuchan opiniones a menudo contradictorias. En nuestra Sociedad de Cirugía el año pasado (1933) a raíz de una comunicación de Caeiro, refiriendo seis casos; cinco tratados por gastrectomía con una mortalidad de 20 por ciento y el sexto como método de necesidad gastroenterostomía y ligaduras múltiples, se oyeron las opiniones de Arce, Pavlovsky, Pasman,

Zeno, Copello, Calcagno, Ceballos, Alberto Gutiérrez, Ivanissevich, del Valle, Dónovan, Allende y Gómez. La sola enumeración de quienes tomaron parte en la discusión revela el interés y la disparidad de opiniones enunciadas. Sin embargo, analizando las opiniones vertidas, evidentemente surge necesario un acuerdo previo sobre lo que se entiende por hemorragia grave. Nosotros creemos que con esta finalidad deben distinguirse dos tipos de hemorragia : la gran hemorragia o hemorragia grave y la hemorragia pequeña prolongada.

Ivanissevich distingue tres tipos agregando a los dos mencionados un primer tipo «fulminante que mata de una sola vez y rápidamente». A los fines que estamos estudiando, es decir del tratamiento, este primer tipo no interesa desde que «mata de una sola vez y rápidamente», no cabe por consiguiente ningún tratamiento. Naturalmente que el médico si llega a tiempo y encuentra un enfermo con vida deberá hacer algo y a nadie se le ocurrirá, a nuestro juicio al menos, llevarlo así en esas condiciones a la mesa de operaciones, le hará hemostáticos, transfusiones, etc. y si sobrevive, la úlcera pasará al segundo grupo, es decir, al que nosotros clasificamos como de gran hemorragia.

Felizmente la hemorragia fulminante que mata de una sola vez y rápidamente es muy rara; por lo general, el enfermo que muere de hemorragia por úlcera gastro-duodenal ya ha tenido una o varias hemorragias anteriores de más o menos consideración. Estos casos de muertes por hemorragia que no se cohibe sola o por tratamiento médico no alcanzan al 5 por ciento. Como dice bien Pasmañ en 1927 y lo repite en 1933, el 95 por ciento de los enfermos con hemorragias graves curan con la abstención quirúrgica, sólo 5 por ciento muere y no por la primera hemorragia sino por las recidivas.

Nuestra corta experiencia de sólo 8 casos seguidos lo demuestra ampliamente.

El otro grupo que nosotros separamos con el título de pequeña hemorragia prolongada comprende aquellos casos en que la pérdida de sangre no es tan considerable en su comienzo,

pero ella se prolonga en forma más o menos intermitente, casi continua, por espacio de varios días y no cede al tratamiento médico llevando rápidamente al enfermo a una profunda anemia.

Delimitados así los términos y fijada su significación resultará más fácil entendernos y el concepto surgirá más claro. Llamará también la atención que todos los cirujanos argentinos mencionados más arriba con opinar a veces de manera tan opuesta, tienen razón para ello.

Figarella, divide el criterio terapéutico de los autores en dos grupos distintos :

Intervencionistas sistemáticos ;

Intervencionistas oportunistas.

La intervención sistemática es realizada por Fínsterer y su escuela. Ellos realizan la intervención inmediata a la primer hemorragia y practican la gastrectomía. La indicación de la operación inmediata para Fínsterer surge del hecho que en 15 por ciento de los casos serios la hemorragia es mortal, de que las lesiones vasculares que se encuentran son diversas y en los casos del tipo fístula arterial es imposible cohibir espontáneamente y, finalmente, que los resultados estadísticos son favorables al tratamiento quirúrgico si se comparan los casos iguales.

Fínsterer tiene, según Figarella, últimamente 35 casos; 34 curados o sea 2,8 por ciento de mortalidad en las 24 primeras horas de la hemorragia. En 1931 tiene 77 casos; 63 curados o sea 19 por ciento de mortalidad total.

Aconseja en los casos precoces y con lesiones razonablemente extirpables la gastrectomía o la escisión, si no es extirpable, la plicatura o sutura o compresión agregando una gastroenterostomía.

Los intervencionistas oportunistas argumentan que las hemorragias graves realmente ulcerosas son raras y excepcionalmente mortales, que la hemostasia se hace en general espontáneamente y ellos también sostienen que las estadísticas les son

favorables. Naturalmente no es fácil comparar estadísticas de esta naturaleza porque en ellas no se puede precisar exactamente la magnitud de la hemorragia y, por consiguiente, no pueden compararse casos iguales.

Los intervencionistas oportunistas indican la operación cuando la hemorragia no se cohibe sola: cuando se ha cohibido y se teme la recidiva; cuando el acto operatorio parece fácil, rápido y eficaz.

El desacuerdo terapéutico en la úlcera con hemorragias no sólo se refiere al momento oportuno sino al procedimiento operatorio. Aquí también los cirujanos opinan diversamente. Tixier y Clavel en 1933 concluyen que el tratamiento quirúrgico consiste en una operación de derivación: la gastroenterostomía y debe postergarse la exéresis para un segundo tiempo. Al lado de esta opinión Moynihan dice, en 1924, que la gastroenterostomía es generalmente un *camouflage* de operación, un *bluff* quirúrgico refiriéndose a la úlcera gástrica, no a la duodenal.

Los autores citados en primer término proponen y realizan la yeyunostomía como operación para poner en reposo la úlcera, pero citan una estadística personal que evidentemente le es desfavorable. Nosotros creemos, sin embargo, que el único recurso eficaz de poner término a la hemorragia es la gastrectomía: el problema estaría en la posibilidad de realizarla en buenas condiciones.

Suscribimos decididamente nuestra opinión entre los intervencionistas oportunistas y tenemos el convencimiento que esta conducta es, en términos generales, la mejor.

En un primer momento ante un cuadro hemorrágico ulceroso cualquiera que sea, indicamos reposo, coagulantes y, si es necesario, transfusión; mientras surte su efecto esta terapéutica tratamos por la anamnesis y los antecedentes de hacer el diagnóstico que como es lógico nos parece previo a toda intervención quirúrgica. Hacemos esta salvedad aparentemente superflua porque según lectura de muchas observaciones y opiniones publicadas no son pocos los errores diagnósticos.

Preparamos así al enfermo durante dos o tres días, a lo sumo cuatro y luego resolvemos su operación. Los ocho casos que tuvimos a nuestro cuidado respondieron a este primer tiempo de preparación preoperatoria cohibiendo su hemorragia.

Tres de ellos rechazaron la operación, falleciendo uno por recidiva de la hemorragia a los 10-15 días después de la primera. Los otros dos restantes permanecen sin recidiva hemorrágica.

Entre los operados realizamos dos veces gastroenterostomía, ambos enfermos permanecen curados, incluso de su úlcera desde 2 y 3 años respectivamente : uno de ellos conocido por todos los médicos del Hospital de Niños, el otro un distinguido profesor universitario. En ellos se realizó la gastroenterostomía porque eran dos úlceras del duodeno y porque por dificultades técnicas no se consideró prudente reseca.

Los tres restantes casos fueron atendidos, uno en el Hospital Rawson en mayo de 1927 y gastrectomizado por otro cirujano en el mismo hospital. Los otros dos hace pocos meses en el Hospital Italiano, gastrectomía realizada 5-6 días después de la hemorragia, seguidos ambos de curación.

En resumen, nuestro criterio en la úlcera con hemorragias es el siguiente : en la gran hemorragia no operamos en el momento mismo de producirse, esperamos que ella se cohiba ayudada intensamente por los recursos médicos conocidos. Operamos dos o tres días después, cuando el pulso ha mejorado, es perceptible y late con 100-120 pulsaciones por minuto y cuando el recuento globular acusa aproximadamente 2.000.000 de glóbulos rojos. En la operación seguimos el mismo criterio expuesto para la úlcera crónica; es decir, hacemos todo lo posible por reseca ampliamente; en caso contrario operación de derivación complementada con ligaduras o suturas hemostáticas.

En la pequeña hemorragia prolongada operamos el enfermo cuanto antes después de haber usado todos los hemostáticos médicos.

No hacemos yeyunostomía porque conceptuamos que no com-

bate directamente la causa de la hemorragia, ni la úlcera, siendo su eficacia muy relativa con respecto al reposo absoluto del estómago.

ÚLCERA YEYUNAL

En este epígrafe comprendemos las úlceras que se desarrollan en enfermos que con anterioridad han sufrido operaciones tendientes a curar una úlcera. Sinonimia del término úlcera yeyunal sería el de péptica post-operatoria, o el de secundaria, distinguiendo naturalmente los casos en los cuales se han realizado operaciones de derivación y en ellos la úlcera primitiva ha continuado su evolución y motivado la reoperación; en este caso no hay úlcera péptica sino úlcera primitiva. La úlcera péptica por consiguiente es una nueva úlcera en un enfermo operado por úlcera.

Si nos ajustamos al término úlcera yeyunal debemos necesariamente aceptar excepciones, ya que es innegable la existencia de la úlcera primitiva yeyunal o, mejor dicho, yeyunoileal tal como lo comentáramos en un trabajo sobre las llamadas úlceras simples del yeyuno-íleon en 1928 estudiando sus causas posibles.

Dada la rareza de las úlceras yeyunales primitivas puede decirse que su existencia está condicionada por una operación previa y ser así un producto de la cirugía. Su tratamiento es actualmente del dominio exclusivo de la misma. Mucho más importante que el tratamiento, es el estudio de las causas etiológicas de úlcera péptica y ello está tan vinculado a la operación realizada y a su técnica que nos parece imposible dejar siquiera de mencionarlas al estudiar el tratamiento.

El procedimiento que mayor número de úlceras pépticas produce, es la gastroenterostomía seguida de bloqueo pilórico, le sigue la simple gastroenterostomía, luego vendría la gastrectomía para exclusión del píloro y, finalmente, la gastrectomía con resección del píloro. De esta última el procedimiento Billroth I

tiene un tercio más úlceras pépticas que el Reichel-Polya, según Starlinger que en 1930 ha examinado 25.647 resecciones gástricas por úlcera.

Esta sería una razón más para preferir la amplia gastrectomía con anastomosis a lo Reichel-Polya para todos los casos de úlcera y considerar a todas las demás operaciones como inferiores en el tratamiento de la úlcera gastro-duodenal.

De esta opinión participan en la actualidad todos los cirujanos de Viena.

Budde, dice gráficamente: «Mi corazón está con Billroth I, la cabeza habla en la mayoría de los casos en favor de Reichel.»

Jaeger, dice en cambio que no hay mayor diferencia, pero se muestra partidario del Reichel, insiste en resecar ampliamente todo el antro.

De igual opinión son Harttung y Fínsterer y la mayoría de los cirujanos contemporáneos.

Urrutia, que tiene también una buena experiencia, es partidario de la resección amplia como el procedimiento que pone más a cubierto de úlceras pépticas.

No es necesario ya insistir más sobre este punto que nos desviaría nuevamente a estudiar las ventajas de la gastrectomía amplia sobre todas las demás operaciones destinadas a curar la úlcera. Nuestra experiencia en úlcera yeyunal se basa solamente en cuatro casos.

Un caso de úlcera secundaria recidiva de una gastrectomía con técnica de Billroth I, realizada por nosotros un año antes.

Otro caso de úlcera péptica secundaria a una gastroenterostomía por úlcera perforada realizada en un servicio de Buenos Aires; este último complicado con fístula gastroyeyunocólica.

El tercer caso y el cuarto eran úlceras yeyunales post-gastroenterostomía realizadas por nosotros un año antes.

En estos casos realizamos una gastrectomía amplia con resección parcial del yeyuno y cierre del colon en el caso fistulizado.

La anastomosis realizada fué, como lo hacemos casi siempre, a lo Reichel-Polya-Balfour. Los cuatro casos se mantienen curados en la actualidad.

BIBLIOGRAFÍA

- BUDDE, N., *Ueber ein Ulcusrecidiv nach Magenresektionen* (Billroth I), in *Arch. f. Kl. Chir.*, Bd. 153, página 600, 1928.
- BSTEH, O., *Technik der Resektion tiefsitzender duodenal Ulcera*, in *Arch. f. Kl. Chir.*, Bd. 175, página 115, 1933.
- CAEIRO, J. A., *Gastrectomía en el tratamiento de las hemorragias graves de la úlcera gastroduodenal*, en *Boletines de la Soc. de Cirugía de Buenos Aires* (discusión amplia), página 153, 1933.
- CAMES, O., *Úlcera péptica postgastrectomía*, en *Revista de Cirugía de Buenos Aires*, página 891, 1933.
- CEBALLOS y GÓMEZ, *Úlceras perforadas de estómago y duodeno*, en *Boletines de la Soc. de Cirugía de Buenos Aires*, página 982, 1930.
- *Úlceras pépticas postoperatorias*, en *Boletines de la Soc. de Cirugía de Buenos Aires*, página 466, 1933.
- CEBALLOS, A., *Úlceras de estómago y duodeno penetrantes en páncreas*, en *Boletines de la Soc. de Cirugía de Buenos Aires*, página 881, 1933.
- DEMEL, R., *Die technische Durchführung der Magenresektion an der Klinik Eiselsberg*, in *Arch. f. Kl. Chir.*, Bd. 172, página 1, 1932.
- FIGARELLA, J., *Traitement chirurgicale des hemorrhagies gastro-duodénales graves d'origine ulcereuse*, Paris-Doin, 1933.
- FINSTERER, H., *Was leistet die Resektion zur Ausschaltung beim nichtresezierbaren Ulcus duodeni*, in *Arch. f. Kl. Chir.*, Bd. 162, página 582, 1930.
- FRIEDRICH, R., *Das Nicotin in der Aetiologie und in der postoperativen Nachbehandlung der Ulcuskrankheit*, in *Arch. f. Kl. Chir.*, Bd. 179, página 9, 1933.
- FRIEDRICH, R. y WEBER, H., *Die Infektion des Peritoneus bei Magenoperationen wegen Carcinome, Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni*, in *Arch. f. Kl. Chir.*, Bd. 171, página 673, 1932.
- HABERER, H., *Zur Frage des Ulcus pepticum jejuni*, in *Arch. f. Kl. Chir.*, Bd. 140, 1925.
- HARTUNG, *Ulcus jejuni pepticum*, in *Arch. f. Kl. Chir.*, Bd. 165, página 81, 1930.
- HIURICHSEN H. M., *Ueber Gastro-Colische Fisteln nach Gastroenterostomie*, in *Arch. f. Kl. Chir.*, Bd. 171, página 149, 1932.
- HOCHÉ O. y MARANGOS, G., *Zur Klinik und Therapie des perforierten Magen- und Zwölffingerdarmgeschwürs*, in *Arch. f. Kl. Chir.*, Bd. 169, página 626, 1932.

- HOHLBAUM, J., *Zur chirurgischen Behandlung des Kardia nahen Magengeschwürs*, in *Arch. f. Kl. Chir.*, Bd. 162, página 574, 1930.
- HORTOLOMEI y BUTUREANN, *Chirurgie de l'ulcère gastrique et duodénal*, Paris, 1931.
- JAEGER, F., *Ueber die Ulcusrezidive nach Magenresektionen*, in *Arch. f. Kl. Chir.*, 161, página 233, 1930.
- KELLING, S., *Zur vereinfachten Operation des peptischen Jejunalgeschwürs*, in *Arch. f. Kl. Chir.*, Bd. 153, página 594, 1928.
- KUNTZ, H., *Ueber das perforierte Magen-Duodenalgeschwür und das perforierte Ulcus pepticum jejuni*, in *Arch. f. Kl. Chir.*, Bd. 140, página 419, 1925.
- MOYNIHAN, *Abdominal operations*, London, 1928.
- MUSCHKATIN, W. I., *Zur Technik der Naht des Magens und Zwölffingerdarms bei Magenresektion*, in *Arch. f. Kl. Chir.*, Bd. 175, página 709, 1933.
- NAUMANN, H., *Kritische Bemerkungen über den heutigen Stand der Therapie des perforierten Magen Zwölffingerdarmgeschwürs*, in *Arch. f. Kl. Chir.*, tomo 139, página 434, 1926.
- NELLER, K., *Dauerergebnisse des palliativ operierten Ulcus perforatum*, in *Arch. f. Kl. Chir.*, 161, página 244, 1930.
- LANDÍVAR, LEONI y GONZÁLEZ BOSCH, *Complicación alejada de una gastroenterostomía* (discusión en la que intervienen Pasmán, Ceballos, Bolo, Copello y Del Valle), en *Boletines de la Soc. de Cirugía de Buenos Aires*, página 568, 1931.
- PAUCHET, *La pratique chirurgicale illustrée*, Paris, 1927-1934.
- PAUCHET, LUQUET e HIRSCHBERG, *Ulcères de l'estomac et du duodenum*, Paris, 1929.
- PUHL, H., *Die Anatomischen Grundlagen des Schmerzrezidivs nach Gastrojejunostomie wegen Magenduodenalgeschwürs*, in *Arch. f. Kl. Chir.*, Bp. 176, página 38, 1933.
- ROTHMANN, A., *Chronisches Magengeschwür in seiner Beziehung zum Magenkrebs*, in *Arch. f. Kl. Chir.*, Bd. 175, página 201, 1933.
- RUSSELL BEST, R., *Von Haberer's Technik for radical stomach resection following previous gastroenterostomy*, in *Annals of Surgery*, II, página 232, 1931.
- SCHMEIL, A. J., *Die Bedeutung der bakteriellen Flora für die Entwicklung und die Perforation von Geschwüren im Duodenum*, in *Arch. f. Kl. Chir.*, Bd. 172, página 286, 1932.
- SCHMIDT, E. R., *Künstliche Verengerung des Duodenum bei Hunden, zugleich über Nahtverschluss perforierter Geschwüre*, in *Arch. f. Kl. Chir.*, Bd. 178, página 470, 1933.
- SCHWARTZ, E., *Ergebnisse der operativen Therapie des chronischen Magen und Duodenalgeschwürs. Resultate nach Gastroenterostomie und Magenresektion, insbesondere der Methode nach Reichel*, in *Arch. f. Kl. Chir.*, Bd. 151, páginas 218 y 445, 1928.

- STARLINGER, F., *Das Rückfallgeschwür nach Magenresektion wegen Ulcus ventriculi oder duodeni*, in *Arch. f. Kl. Chir.*, Bd. 162, página 564, 1930.
- STOCKER, H., *Die Stellung des Jugendulcus in der Klinik der peptischen Geschwüre und seine Therapie*, in *Arch. f. Kl. Chir.*, Bd. 176, página 86, 1933.
- STARATEN, TH., *Die Bedeutung der Pylomsdrusenzone für die Magensaftsekution*, in *Arch. f. Kl. Chir.*, Bd. 176, página 236, 1933.
- TISCIER y CLAVEL, *Les grandes hemorrhagies gastroduodénales*, Paris, 1933.
- URRUTIA, L., *Cuestiones gastroenterológicas*, San Sebastián, 1931.
- WHITE, W. C. y PATTERSON, H. A., *Late results of simple suture in acute perforation of duodenal ulcer*, in *Annals of Surgery*, II, página 242, 1931.

ABSTRACT

Surgical treatment of the gastric duodenal ulcer, by Dr. Federico E. Christmann, professor « suplente » at La Plata's University School of Medicine.

The authors studies the surgical treatment of the gastric-duodenal ulcer in general and divides the explanation into four epigraphs : 1st the chronic ulcer ; 2nd the perforated ulcers ; 3rd the hemorrhagic ulcers, and 4th the post-operative ulcers.

He makes ample comments about the opinions of the most distinguished surgeons of Buenos Ayres, and presents an ample european and american bibliography.