

Los dos primeros días temperatura 38, con buen estado general. Se hace un enema purgante. El tercer día está sin temperatura continuando en apirexia hasta el alta.

Tiene una infiltración de la conjuntiva y protusión del ojo derecho que regresa a la semana. En este momento está bien lúcido y no ve con su ojo derecho. No hay parálisis de los músculos del ojo.

Se constata una atrofia de la mital temporal del nervio óptico derecho.

Se da de alta en buenas condiciones en Enero 18. Un nuevo examen ocular nos muestra atrofia papilar derecha. La pupila no reacciona ni a la luz ni a la acomodación pero conserva el consensual.

La radiografía hecha 15 días después de la intervención muestra que las lesiones son aún mucho mayores que lo que vimos en la intervención. Un trazo frontal va hasta sobre el ojo izquierdo en donde se une con otro trazo horizontal que pasa por sobre las dos bóvedas orbitarias y lámina cribada del etmoides. Otro trazo que continúa al de la fosa temporal corta el ala del esfenoides y pasando por el vértice de la órbita ha herido seguramente el nervio óptico derecho. En resumen, se trata de una herida contusa del cráneo, con hundimiento de la parte anterolateral derecha y herida del polo frontal, con fracturas múltiples en la base y pared anterior de la región anterior del cráneo, evolucionando de una manera absolutamente simple.

Presentado en la Sesión del 26 de Noviembre de 1930

Preside el Dr. Clivio Nario

Consideraciones sobre una serie de gastrectomias por ulcus y cáncer

Por el Dr. G. CAPRIO

Desde el mes de Agosto de 1929 hasta la fecha, la cirugía gástrica se ha hecho en el servicio siguiendo una técnica modificada en muchos detalles, que, iniciada en una orientación de cirugía amplia y radical, nos hace continuar en dicha vía con entusiasmo especial en vista de los resultados obtenidos.

Nos referimos naturalmente al resultado operatorio y a post-operatorios poco extensos, dada la fecha de iniciación. Es decir, que en nuestra clínica hacemos en ulcus gástrico y duodenal resecciones amplias, y en muy pocos casos gastroenterostomías alguna vez que otra hemos hecho excisión simple con o sin plastia.

En cáncer naturalmente, hacemos derivaciones sólo por imposibilidad absoluta de hacer resección. Nuestra técnica comprende:

- 1.º El estudio de los casos.
- 2.º Preparación operatoria.
- 3.º Anestesia.
- 4.º Operación propiamente dicha.
- 5.º Post-operatorio.

Estudio. — Hacemos un estudio general que no trataremos. Estudiamos su estómago en especial radiológicamente y por laboratorio no insistiré por no ser el objeto de esta nota. Sólo diré que hacemos sistemáticamente el estudio de la secreción gástrica por el método de Refhus, utilizando una comida de prueba constituida por 0gr.50 de salicilato de soda, 5 gr. de peptona y 300 gr. de agua destilada. El Jefe de Laboratorio, Doctor Trianón, se ha ocupado especialmente en una tesis, estudiando nuestros enfermos.

Actualmente estamos empezando a usar la histamina, constatando sus buenos resultados.

Preparación operatoria. — Preparación de orden general. Desinfección y limpieza de la boca y del estómago; desinfección de las fosas nasales. El estómago lo preparamos lavándolo diariamente durante 8 o 10 días; además de prepararlo, se habitúa al enfermo para los sondajes y lavados post-operatorios, que son más importantes.

La víspera y la mañana de la operación se agrega al agua de lavado X gotas de tintura de yodo. En los días de preparación el enfermo descansa gran parte del día en cama.

Se alimenta con sopas ligeras y purés los primeros días, los últimos solamente con leche y crema de leche. Los ulcerosos muy hiperclorhídricos toman solamente este último alimento, haciendo dieta de Sippy. Los últimos tres días se suprimen los alcalinos.

Hacemos dos o tres inyecciones de vacuna de Weill y Dufour como excitante de Shock. Evacuación intestinal regular, con lavajes.

Hacemos, siempre que podemos, una o dos transfusiones sanguíneas de 50 a 80 grs., cuatro y dos días antes de la operación. El resultado inmediato como tónico se aprecia fácilmente.

Anestesia. — Usamos la anestesia local y explácnica. Sólo en casos especiales hacemos éter, que es el anestésico general habitual para otras intervenciones.

La anestesia local va precedida dos y una hora antes de la operación de una inyección de morfina con escopolamina y esparteína (fórmula del Sedol, del Instituto Biológico Argentino, 1 c.c.). Con esto los

enfermos van muy tranquilos y bastante omnubilados a la operación, quedando algunos casi dormidos.

La anestesia local, la hacemos con novocaína al $\frac{1}{2}$ %. Infiltramos la pared en la línea media y algo lateralizado en la región supraumbilical. Abierto el vientre infiltramos el subperitoneo parietal anterior.

En todo esto empleamos alrededor de 80 c.c. de solución. En seguida anestesia explácnica anterior juxta-aórtica, infiltrando el subperitoneo con novocaína al $\frac{1}{2}$ %, 70 c.c. más o menos.

Con esta anestesia se obtiene un gran relajamiento visceral que facilita mucho la intervención. No hemos tenido mayores dificultades para hacerla, por más que a veces es difícil.

Operación. — En los neoplasmas resecamos siempre que es posible, según lo necesario. En los ulcus gástricos hacemos piloro gastrectomía amplia. Si es bajo, hacemos la resección hasta la línea vertical de la pequeña curva, con lo que se extirpa todo el antro y uno o dos dedos más.

Si es alto llevamos la resección uno o dos dedos más allá de la lesión.

En el ulcus duodenal hemos extirpado hasta el codo de la primera y segunda porción. La reconstrucción la hacemos preferentemente por Billroth 1.^a manera. En las extirpaciones más amplias por neoplasma bajo o en ulcus de la pequeña curva en su porción vertical, no hemos tenido dificultad, lo mismo que en ulcus duodenal, con sección gástrica en la línea vertical de la pequeña curva.

No insisto en pequeños detalles de técnica como ser el modo y material de sutura, lo único que nos interesa en las suturas es hacerlas bien sólidas y bien colocadas.

Con la anestesia local no tenemos inconveniente en andar despacio. Cerramos con o sin drenaje.

Post-operatorio. El enfermo va a la sala, se tonifica y se le hace suero. A veces en la tarde, mejor al otro día, nueva transfusión de 50 a 100 grs. Desde el primer momento se sienta al enfermo en la cama.

Los tres o cuatro primeros días no toma una gota de líquido. Sólo moja su boca. La sed es grande pero con buena voluntad pasan bien. Se hidratan abundantemente por vía rectal e hipodérmica. En esos días y desde la tarde de la operación se hace sondaje gástrico y un pequeño lavado complementario.

A algunos enfermos que desean a toda costa beber agua, les hacemos tomar un vaso inmediatamente antes de sondarlos, con lo que calman su deseo y su sed sin riesgos.

Se sondan dos veces por día, a veces tres. Como los enfermos ya están acostumbrados desde antes de la operación, es sumamente fácil y no los molesta mayormente. Algunos toman solos la sonda. El bien que se les hace es enorme y especialmente en los Pean, hay que ver lo que se les extrae para darse cuenta de lo importante que es. Nuestros enfermos en general, hacen post-operatorios muy tranquilos. No se acelera el pulso a más de 100, pero si dejan de sondearse, la situación se traduce por mal gusto, sensación de plenitud y erutos; el pulso se acelera a 120 o 130, y el aspecto del enfermo se hace alarmante. Una vez sondados mejoran enseguida. La secreción y retención post-operatoria tiene un ritmo especial que conocemos muy bien desde la práctica del sondaje sistemático. Especialmente en los Pean.

En la tarde de la operación se sonda a las 19 horas y se extrae 80 a 100 grs. de líquido hemático obscuro, mal oliente. Hacemos un pequeño lavado con 100 grs. de suero. El 1.er día de mañana hay también 80 a 100 grs., se hace un pequeño lavado; de tarde hay 100 o 150 grs., pequeño lavado.

El líquido siempre es hemático, pero de sangre obscura, no fresca.

El segundo día se saca 200 a 250 grs. de mañana y de tarde, ya más claro, amarronado.

El tercer día la retención es máxima, 300 a 400 grs. de mañana y de tarde; algunos dan más.

El cuarto día hay menos, 100 a 150 grs. de mañana y de tarde; el líquido es ya claro.

El quinto por lo general ya no hay retención, pero hacemos una constatación interesante: aparece bilis. Este es el indicio de que la boca se ha permeabilizado. Empezamos entonces a dar líquidos. El quinto y sexto día jugo de orejones, una cucharada cada media hora. El sexto y el séptimo día caldo vegetal, además del jugo de orejones. El octavo día leche y sopa de sémola muy líquida. El noveno y décimo compota de orejones, sémola, leche. Después toman purés y van entrando progresivamente en la alimentación normal. A medida que van tomando líquidos se disminuyen las inyecciones de suero subcutáneo y rectal proporcionalmente.

En los Polya, las retenciones son menores y no duran tanto, pero lo mismo esperamos para alimentarlos. (Hacemos Polya modificado, es decir Polya-Verebely-Kronlein).

Es necesario hacer resaltar la importancia grande del sondaje especialmente en los Pean; nos da la pauta del estado del estómago y nos indica cuando hay que dar líquidos.

Al principio tuvimos un caso muy demostrativo. El tercer día, de

tarde, una enferma que retenía 200 grs., tomó un pequeño pocillo de leche. Pasó la noche mal, y al otro día, en medio de un estado alarmante y a punto de vomitar, sacamos 800 grs. de líquido espeso y fétido, en el que se reconocían coágulos de leche. Con ese sondaje y los siguientes todo siguió bien. Es necesario pensar mucho para darse cuenta del esfuerzo a que se vió sometida la sutura gástrica en dicha enferma que se hubiera aumentado si no le evitamos el esfuerzo del vómito con el sondaje?

En otro caso, un enfermo que se alimentó desde el segundo día hizo una falla en la sutura que dió origen a complicaciones mortales.

Yo atribuyo exclusivamente a esa desviación de la norma establecida la causa del fracaso.

Para terminar con este punto, debo hacer notar que el sondaje debe practicarlo una persona bien experimentada, y que tenga algún interés.

Nos pasó más de una vez tener que explorar a distintas alturas. Si no aparece líquido espontáneamente, es necesario emplear sondas con bomba, o hacer sifonaje —método que prefiero personalmente— con lo que se obtiene fácilmente y sin violencia. Sabiendo el líquido que se agrega para cebar el sifón se calcula fácilmente la retención.

Nuestros enfermos se levantan el noveno o décimo día y toman un purgante el día duodécimo. Hacemos radiografía post-operatoria a los 20 días y en los que podemos, estudio de la secreción gástrica después de un par de meses.

Los casos son los siguientes:

- 1—Zabal... 40 años; ulcus pequeña curva alto, adherente al hígado, grande como una moneda de 20 centésimos. Se hizo Pean. Evolución normal.
- 2—Gir... 38 años; ulcus pequeña curva libre. Pean, curación.
- 3—Albor... 43 años; ulcus pequeña curva, libre. Pean, curación.
- 4—Alzar... 32 años; ulcus pequeña curva doble. Pean, evolución normal del lado gástrico. Muerte por bronconeumonía a los 7 días. Enfermo muy indócil, que hizo desarreglos.
- 5—Suar... 45 años; ulcus prep. adherente al páncreas, como una moneda de 2 centésimos. Pean. Curación.
- 6—Alvar... 58 años; ulcus para posterior antro, adherente al páncreas. — Ingresó con cuadro peritoneal por perforación como se constató en la intervención. — Hematemesis y melena formidables. Se consiguió levantar y a los 22 días, se hizo una operación

- amplia y muy laboriosa. Pean. Curación habiendo hecho una pequeña fístula que curó fácilmente. — 10 días.
- 7—Garc... Ulcus prepilórico adherente al páncreas. Polya. Curación.
- 8—Freit... 55 años; mujer, ulcus pilórico. Pean, curación.
- 9—Luz... 58 años; mujer, ulcus prepilórico, con tumor, a punto de perforarse. Pean. Curación.
- 10—Laz... 54 años; ulcus pilórico tumoral. Pean. Muerte por sutura fallada.
- 11—Per... 32 años; ulcus pilórico. Pean. Muerte por hemorragia.
- 12—Rodr... 35 años; ulcus pequeña curva. Resección mediogástrica. Curación.
- 13—Ortzi... 70 años; ulcus perforado duodenal, con absceso subfrénico. Pean, curación.
- 14—Castr... 33 años; ulcus perforado duodenal. Polya. Curación.
- 15—Ger... 45 años; neoplasma gástrico. Pean. Curación operatoria; post-operatorio distante se desconoce.
- 16—Font... ulcus pequeña curva, tumoral, parecía macioscópicamente neo, por lo que se hizo una gran extirpación con ganglios. — Polya. Curación.
- 17—Fernand... 30 años; ulcus duodenal doble, "Rissing ulcer" el post. Adherente al páncreas, el anterior en inminencia de perforación. Acaba de salir de una crisis aguda. Pean. Curación.
- 18—Sant... 75 años; neoplasma grande de la pequeña curva. — Estuvo un mes sin operarse por tener una bronquitis agudizada que sólo cedió parcialmente. Pean. Curación operatoria en 10 días. A los 18 meses está en excelente estado.
- 19—Ivanich... 30 años; gran neoplasma gástrico. Resección amplia. Curación operatoria excelente. Polya.
- 20—Herd... 38 años; enorme neoplasma gástrico con adenopatía preaórtica. Resección $\frac{3}{4}$ de estómago y la 1.^a porción del duodeno que presentaba papilomas neoplásicos, pasando el codo de la 1.^a y 2.^a porción. Curación operatoria sin incidentes, en 8 días. Polya. Se le hace actualmente radioterapia.

Se presentaron en la sesión de la Sociedad piezas operatorias y placas pre y post-operatorias.

— □

Doctor José María Silva—

He seguido con toda atención la comunicación del doctor Caprio que nos trae una importante serie de gastrectomías. No es corriente que consideremos tra-

bajos presentados en forma tan interesante y con una documentación tan seria y prolija y quiero antes de hacer las consideraciones que nos sugiere su comunicación, felicitar a nuestro joven colega por su meritorio esfuerzo.

El año pasado, cuando se discutió la conducta a seguir frente a la úlcera del estómago, me demostré partidario de la gastro-enterostomía, su aparente benignidad y las serias probabilidades de cura en un alto porcentaje de operados me decidían por ella. Hoy, la pérdida de un operado que no está justificada por ninguna razón de técnica, es cierto que se trataba de un sífilítico, pero había sido intensamente tratado, y la observación posterior de algunos de mis enfermos me han hecho ir a buscar en las resecciones la curación que ya no confío con la misma convicción en las gastro-enterostomías.

Por lo menos hoy, en vez de hacer sistemáticamente resecciones o gastro-enterostomías, selecciono los casos aplicando un criterio colectivo que no es el momento de exponer.

El Dr Caprio hace el Pean, este año he practicado cinco resecciones, una resección en cuña de la pequeña curva y cuatro pilorectomías por el procedimiento de Reichel-Polya. Creo que el abocamiento término terminal es más difícil, más grave y pueden presentarse dificultades que lo hagan irrealizable.

Preparo mis enfermos haciendo lavajes del estómago con agua esterilizada alcalinizada, los vacunos con la vacuna antiptiógena, que prepara el Instituto de Higiene, inyectando por primera vez 1¼ c.c. y aumentando progresivamente hasta que 1 c.c. no provoque reacción y la víspera de la operación inyecto la vacuna de Weil y Doufour.

Contrariamente a lo que hace el Dr. Caprio, trato de dar agua lo más pronto posible a mis enfermos. Si están bien, les hago beber agua helada por pequeñas cantidades, desde la tarde misma de la operación. Si están molestados o vomitan les hago lavar el estómago y continúo dándoles agua en pequeñas cantidades, unos 50 gramos por vez, cada hora, empleando, es natural, simultáneamente, la vía hipodérmica y rectal para hidratar mis enfermos. La sed produce en los enfermos una inquietud alarmante y esta inquietud de la sed no es resultante exclusiva de la deshidratación, que en realidad no existe, y que no desaparece a pesar de administrar grandes cantidades de agua por vía rectal o hipodérmica. Si la necesidad orgánica de agua interviene, no es menos importante la excitación psíquica por no poder tomarla que hace que los enfermos se desesperen, sabiendo que no hay recurso contra la implacable sed que los devora: darles agua no puede producirles daño y calma esta ansiedad aportando un evidente reposo espiritual que vale por lo menos lo que cualquier inyección tónica.

Al 5.º día, a veces antes, se puede dar una mezcla de una parte de leche y otra de agua y en los días sucesivos ir aumentando la proporción de leche para darla pura cuando la tolerancia del enfermo lo permita.