

Si el asa está esfacelada: exteriorización y resección inmediata, etc.

Para el megacolon no complicado la exteriorización también es una operación recomendable por lo benéfica, pero se puede hacer la resección en un tiempo o en dos tiempos (ano en fusil).

Dr. Nario.—Agradece al Dr. García Lagos el apoyo a su autorizada opinión al informe de que es autor. Destaca que el único punto en que parecería haber divergencias, ésta es más aparente. En efecto, al tratar e incluir en el informe el neoplasma sigmoideo inferior lo han hecho teniendo en cuenta dos cuestiones: 1.º) Que la relación fuera lo más imparcial posible; y 2.º) Hacer resaltar bien su posición frente a este tipo de neoplasma en el sentido de considerarlo con un criterio de frontera y, tal vez, un poco alejado del motivo del informe. Esta última consideración al tiempo que coloca el punto en discusión en su verdadera situación, muestra que hay concordancia entre el autor del informe y el Dr. García Lagos.

---

### *Accidentes de la gastroenterostomía*

Por el Dr. J. M. SILVA

(Discusión)

Dr. D. Prat.—El interesante informe del Dr. José M. Silva sobre accidentes de la gastroenterostomía, presentado a la reunión anual de 1932 de la Sociedad de Cirugía, nos dará ocasión para exponer nuestra experiencia personal sobre el tema y, de paso, comentar las opiniones vertidas en el mencionado informe. La gastroenterostomía, hecha por primera vez por Wölfler el 28 de Setiembre de 1881, es una operación que ha obtenido en su tiempo el mayor éxito quirúrgico, para luego ser acerbamente discutida y criticada como ocurre actualmente, en que se escriben memorias e informes sobre sus complicaciones o accidentes. La gastroenterostomía es una operación que ha estado al alcance de todos los cirujanos, tanto veteranos como improvisados, constituyendo una panacea terapéutica y por eso no es de extrañar que sus resultados fueran muy variables y heterogéneos. El aporte amplio de la experiencia de cada uno de nosotros, confirmada por una documentación precisa y honesta, es lo que contribuirá eficazmente a resolver los problemas terapéuticos de las afecciones gastroduodenales, y a precisar y determinar principios quirúrgicos que representen el tratamiento de elección y el mayor perfeccionamiento técnico. La premura del tiempo nos obliga a ser precisos y sintéticos.

La corriente benignidad que se le atribuye a la gastroenterostomía, a la que se le asigna del 1 al 2 % de mortalidad operatoria, ha sido la causa y ha contribuido a su frecuente realización por cirujanos no muy experimentados todavía. Creemos firmemente que en estas condiciones este dato debe ser fundamentalmente inexacto, cosa que puede ponerse bien de manifiesto con el análisis de estadísticas integrales. Cirujanos de carrera como Hartmann, acusan del 10 al 11 % de mortalidad en la gastroenterostomía por úlcus. En vez de conformarnos con repetir la chica y complaciente mortalidad del 1 al 2 % de las estadísticas corrientes, debemos analizar bien nuestras estadísticas personales y es posible que tengamos más de una sorpresa. Es conveniente, pues, indispensable casi, que acompañemos nuestras afirmaciones con los hechos representados por la documentación clínica.

La mortalidad de la gastroenterostomía por elevada que ella sea, siempre será inferior a la mortalidad de la gastrectomía amplia y esto, al hablar de los accidentes de la gastroenterostomía, no debemos olvidarnos de destacar el hecho y colocar esa menor mortalidad en beneficio o conocimiento de la gastroenterostomía, pues no deja esa mortalidad operatoria de repercutir en los resultados totales.

El perfeccionamiento técnico de estos últimos años y la disparidad de criterio que existe en el tratamiento del úlcus duodenal, ha ocasionado una cierta inseguridad o perplejidad en los principios quirúrgicos de la técnica de la cirugía gástrica, perplejidad que ha culminado con las opiniones opuestas y contradictorias de los cirujanos. Así mientras algunos, como Reynaldo dos Santos, se declara partidario de la gastroenterostomía anterior sistemática, que no daría más complicaciones que la posterior, otros no le dan importancia al punto de la ubicación de la neoboca, ni a la disposición del asa intestinal, ya sea iso o anti-peristáltica, como ciertos técnicos no le dan valor alguno a la naturaleza del material de sutura. Esto llega al grado máximo de desorientación, cuando un maestro como Leriche, dice en su magistral relatorio al Congreso Francés de Cirugía de 1931, que: "muchas de nuestras gastroenterostomías están mal hechas. Técnicamente pueden haber sido impecables, fisiológicamente son insuficientes". Creemos que el gran maestro, recientemente reintegrado a Lyon, tiene perfecta razón; muchas gastroenterostomías muy bien hechas funcionan mal, y a ese mal funcionamiento fisiológico se deben los accidentes y la falta de curación por parte de los enfermos; pero, la técnica impecable y perfecta, quirúrgicamente hablando, tienen que haber tenido fallas fisiológicas que deben ser investigadas y reconocidas por los cirujanos, a fin de ser

ciudadanosamente evitadas para la doble obtención del éxito, no sólo técnico, sino también fisiológico.

Antes se creía que la acción fundamental de la gastroenterostomía contra el úlcus gástrico o duodenal era la neutralización continuada de la hiperacidez gástrica, por los elementos alcalinos que se introducían al estómago por la neoboca. Hoy día, se considera este rol secundario y se le da una importancia capital a la función de drenaje gástrico que realiza la gastroenterostomía. He aquí, pues, la capital condición de una gastroenterostomía bien hecha: que drene correcta y ampliamente el estómago, porque el grado de mejoría o curación del enfermo estará íntima y estrechamente ligado a ese drenaje funcional.

Es de lamentar que nuestro distinguido miembro informante no le haya dado a esta cuestión toda la importancia grande que tiene y que nosotros le atribuimos y que parece deducirse de la vasta experimentación universal. La ectasia del antro pilórico consecutiva a la falta de un buen drenaje, será la causa de la hipersecreción (clorhidro-péptica) que, adicionándose al líquido de ectasia, ocasionará los trastornos funcionales y dará origen a lesiones orgánicas. Es por eso, que dice muy bien Leriche, "que hay cirujanos que realizan anastomosis que suprimen todo residuo y otros, anastomosis en que esa retención existe, clínicamente poco importante, que puede pasar hasta inadvertida, pero fisiológicamente muy inconveniente". La condición es que los primeros cirujanos no constatarán accidentes ni úlcus péptico, los segundos sí.

Desde que Von Hacker proclamó su técnica de la gastroenterostomía posterior transmesocólica, todos los cirujanos establecíamos la neoboca en la cara posterior del estómago, sin preocuparnos inayormente de que fuere alta o baja, lo esencial que fuera de la cara posterior gástrica; con tal criterio nos explicamos que se vulgarizara la gastroenterostomía vertical de Ricard - Moynihan. Hartmann y su escuela, hace muchos años ya que preconizaron que la colocación ideal de la neoboca, debe ser lo más juxta pilórica posible y bien cerca de la gran curvatura. La gastroenterostomía posterior de Von Hacker se transformó así en una gastroenterostomía juxta pilórica marginal. Los resultados fueron con esta técnica muy superiores a los obtenidos anteriormente, pues desaparecieron la gran mayoría de las pequeñas complicaciones que hacían cortejo de honor a la gastroenterostomía.

Cuando Toupet publicó su técnica supramesocólica de realización de la gastroenterostomía, los cirujanos que dábamos gran valor a la situación topográfica de la neoboca, vimos en esta técnica un perfeccionamiento importante que nos permitiría realizar la gastroenteros-

tomía con un campo operatorio ampliamente expuesto y permitiéndonos colocar la neoboca en el sitio preciso que el cirujano deseara.

Nuestro miembro informante se manifiesta sumamente severo con la técnica de Toupet, en especial con la maniobra del despegamiento epiplocólico, de la cual dice: "que no es una maniobra tan inocente como se presenta, sino que es una maniobra inútil y que debe ser abandonada para la cirugía de las úlceras del estómago y sobre todo para la gastroenterostomía, porque no presenta ninguna ventaja". No es a mí a quien toca asumir la defensa de Toupet, cirujano de gran tecnicismo y de bien saneada reputación, pero no podemos aceptar una crítica semejante, sobre todo porque la consideramos exagerada, injusta y fuera de lugar. Hasta que Toupet indicó su técnica de gastroenterostomía supramesocólica la gastroenterostomía se realizaba clásicamente por el procedimiento inframesocólico, en que se hacía pasar un cono gástrico a través de una brecha mesocólica y ahí se efectuaba la anastomosis. Esta operación, según la movilidad del estómago, siempre limitada, se practicaba en pleno abdomen y con la visión limitada de una pequeña región gástrica, sin poder establecer a menudo qué parte de la cara posterior era la exteriorizada a través de la brecha mesocólica con la anastomosis realizada llevando el yeyuno al piso supramesocólico, después las cosas del despegamiento epiplocólico cambian fundamentalmente: la exploración gastroduodenal en su pared posterior se puede hacer con toda facilidad, puesto que queda ampliamente expuesta, el acto operatorio puede realizarse complementamente fuera del abdomen y con el colon transversal reintegrado a esa cavidad. Se establece, además, con toda precisión el sitio de elección donde se ubicará la neoboca, vale decir, juxta pilórica y junto a la gran curvatura, pudiendo ligar previamente los vasos de la gran curva gástrica que, dada su vecindad con la neoboca, pudieran ser la fuente de una hemorragia.

Luego, pues, si la maniobra del despegamiento epiplocólico de Toupet fué aceptada por nosotros, no lo ha sido tanto por la exploración que ella permite sobre el estómago, sino, y esto fundamentalmente, porque ella nos permitía colocar la neoboca en el sitio preciso de elección, desprendiendo y liberando de adherencias la cara posterior del antro pilórico que, muy frecuentemente, está fijo y adherente.

Dice el Dr. Silva que para explorar el estómago basta una pequeña brecha del epiplón gastrocólico; perfectamente de acuerdo, como por ella se podrá hacer también la operación que nosotros por la brecha del desprendimiento epiplocólico, que consideramos más anatómico y más simple, pero eso será comodidad o conveniencia de cada cirujano

y no autoriza para hacer una crítica tan severa al despegamiento, que lo fundamental de su técnica fué el habernos enseñado a practicar la gastroenterostomía en el vientre superior, no para evitar la infección que aquí sería ésta más peligrosa, sino porque se tiene mejor visualidad operatoria y porque se hacen las cosas a voluntad del cirujano como lo es el ubicar la neoboca en el sitio de elección.

No vamos a discutir si para operar en el estómago debemos pasar a través del epiplón gastrocólico o valernos del despegamiento epiplo-cólico; eso es cuestión de criterio y preferencias de cada cirujano, nosotros preferimos esto último y Pauchet opina lo mismo cuando dice que esta maniobra "es más elegante y más anatómica, secciona y separa sin arrancar, es exangüe y no obliga a practicar las numerosas ligaduras necesarias después del arrancamiento". Por otra parte, no sabemos qué opinión tienen algunos de la importancia del despegamiento epiplo-cólico, porque nosotros la consideramos una banal maniobra de dos o tres tijeretazos en el plano de clivaje colo-epiploico, y dos o tres puntos de sutura para reintegrar todo al final. Cuando hay adherencias y la retrocavidad de los epiplones está bloqueada, la cosa es distinta pero la dificultades serán mayores para toda la operación y para cualquier clase de maniobras. Que algunos cirujanos han tenido contados accidentes con la simplísima sutura epiploica, es posible, puesto que todo es posible en cirugía. A que hay cirujanos que al hacer la banal maniobra del encapuchonamiento apendicular, han provocado una peritonitis mortal

En resumen, denominamos técnica de Toupet el cambio fundamental con relación a lo que se hacía antes, de realizar la gastroenterostomía en el piso supramesocólico al que le reconocemos las siguientes ventajas: mejor y más completa exploración gastroduodenal con una investigación más cuidadosa y más fácil de las lesiones, facilita la liberación de adherencias del antro pilórico y permite la precisa ubicación de sitio de elección de la neoboca. A todo esto se suma una mayor facilidad técnica de la gastroenterostomía. He aquí, sintetizado, por qué somos entusiastas partidarios de la gastroenterostomía practicada en el piso supramesocólico por ascenso del asa yeyunal. Esta técnica que aprendimos de Toupet es la que nos ha permitido realizar la anastomosis gastroyeyunal de acuerdo con los preceptos de Hartmann que nos ha reducido al mínimo los accidentes y complicaciones post operatorios y la que nos ha dado mejores resultados. Con este tipo de operación no hemos tenido ectasia post operatoria del antro o ha sido reducida al mínimo y la temible complicación de la úlcera péptica parece ser menos frecuente con esta técnica.

Como lo hemos dicho y repetido, la experiencia y la experimentación nos han demostrado que la aplicación de la anastomosis juxta pilórica es la base fundamental del éxito y por eso nos hemos ceñido estrictamente a esa disciplina técnica. Confirma esta opinión las experiencias de Weiss, Graves y Guniaran, derivando el contenido duodenal en el antro, lo más cerca posible del píloro, jamás lograron provocar el ulcus péptico. Pero el problema de fisiología operatoria se complica, porque hay casos en que la neoboca se ha hecho lejos del píloro y no se han observado accidentes. Es cierto que este hecho ha sido observado pero no basta para desvirtuar nuestro principio, porque se trata de un reducido número de casos en que se nos escapa la explicación de que una anastomosis defectuosa no haya producido accidentes. Más aún, hay cirujanos que sostienen que el antro en su porción de la gran curvatura puede dilatarse, dando origen a un bajo fondo gástrico de retención alejando la neoboca del píloro. Creemos poco en la producción de estos neodivertículos gástricos consecutivamente a la gastroenterostomía, sobre todo cuando ésta está correctamente ubicada, aunque no ignoramos que es el antro pilórico la parte más dilatable del estómago.

En general, los cirujanos siguiendo los preceptos de los autores clásicos de mayor renombre, tienen tendencia a localizar la neoboca de gastroenterostomía en la parte más declive de la gran curvatura, que habitualmente responde al punto que ésta es cortada por la línea que prolonga la parte vertical de la pequeña curva; gastroenterostomía que quedará fatalmente alejada del píloro y que no será fisiológica y no como la recomendada por Hartmann, juxta pilórica, bien fisiológica y que no deja ningún residuo ni ectasia del antro.

En estos momentos estamos estudiando una pieza de píloro, gastrectomía en que hubo que recurrir a la resección porque la neoboca hecha por otro cirujano, distaba doce centímetros del píloro y provocó serios accidentes funcionales. La duda que puede quedar en estos casos es si pudiera tratarse de un desplazamiento secundario de la anastomosis, cosa que podrá resolver definitivamente algún día la radiología, si se la emplea científicamente para resolver esta incógnita.

La amplia argumentación que acabamos de hacer es para desvirtuar en parte el dicho de Leriche, de que: gastroenterostomías técnicamente perfectas, pueden fisiológicamente funcionar mal. Ahora bien, aclarado lo que entendemos por gastroenterostomía bien hecha con relación a la ubicación de la neoboca, apresurémonos a decir que existen evidentemente gastroenterostomías realizadas por cirujanos que,

corrientemente, las hacen perfectamente y que, a veces, funcionan mal o presentan accidentes y complicaciones. La explicación de este hecho escapa hoy día a nuestro contralor técnico; por mi parte, tengo una explicación que no se si es exacta. La neoboca se hace habitualmente por incisión de las paredes del estómago, incisión que puede ser paralela a las fibras musculares del estómago o, por el contrario, bien oblicua. Si esa sección fuera rigurosamente paralela al sentido de las fibras, podría ocurrir que al contraerse aquéllas, cerraran completamente la neoboca, lo que impediría su funcionamiento y provocaría la ectasia gástrica. La neoboca, funcionaría intermitentemente, actuando la musculatura longitudinal de esfínter, es por eso que convendrá que la neoboca sea tallada oblicuamente, porque esto permitirá la retracción de las fibras musculares gástricas que no podrán actuar de esfínter en el futuro o cierre de la neoboca. Este inconveniente quedaría obviado con la gastroenterostomía vertical, pero entonces si ella no llega hasta la gran curvadura, será causa segura de retención. Nos preguntamos si en el futuro, no será conveniente que inspeccionemos la brecha gástrica de la neoboca, haciendo la resección de la porción correspondiente del estómago; en esa forma, aunque el estómago se contraiga o sufra un espasmo no podrá cerrar nunca la neoboca por acción de su musculatura. No sabemos si nuestra hipótesis es exacta o no, pero es evidente que en el píloro ocurre algo muy semejante, pues si queremos que éste no actúe en los casos de obliteración espasmódica exagerada y continuada del píloro hasta que llega a provocar trastornos funcionales muy alarmantes, para corregirlos no basta con seccionar el músculo pilórico, es necesario resecarlo ampliamente.

Ahora bien, debemos declarar que es la gastroenterostomía la operación, y esto por desgracia, que se puede hacer con técnica más simple y más variable. En efecto, la gastroenterostomía se puede realizar perfectamente casi sin ningún instrumento, nos bastará una aguja, dos hebras de hilo o catgut y un bisturí y una tijera. Nadie discute eso, ya que sabemos bien que cada cirujano tiene su técnica y que por nada de este mundo la modificará. Sostenemos sí, que la gastroenterostomía, operación perfecta que funcione correctamente, debe ser hecha con una técnica impecable y que, además de eso, deben ser tenidos en cuenta todos los preceptos de fisiología gástrica si se quiere tener un resultado perfecto. Para esta técnica es conveniente tener muy en cuenta la serie de indicaciones y el empleo de instrumentos y suturas que usan los cirujanos ya veteranos en esta cirugía y que tienen el máximo de buenos resultados.

Pasemos a otros accidentes de la gastroenterostomía. No hemos tenido ningún accidente de invaginación del asa anastomosada, ni estrangulamiento por bridas del asa anastomosada, en cambio hemos tenido un caso de estrangulamiento y no invaginación, como dice el miembro informante, del intestino delgado a través de la brecha mesocólica. En este caso, publicado en mi obra "Ileo", la anastomosis bien fijada al mesocolon se desprendió por tratarse de un meso muy grasoso, cosa que parece se la causa habitual del desprendimiento de la gastroenterostomía, por lo cual hay que redoblar las precauciones en casos semejantes y sobre lo que Finsterer ha insistido especialmente.

Nuestro miembro informante habla de la complicación que denomina dilatación del asa yeyunal. Si se me permite incluiría aquí la peritonitis subaguda y la peritonitis plástica que, muy a menudo, se presenta en el post operatorio de la gastroenterostomía. En efecto, es corriente observar en los días que siguen a la gastroenterostomía un cuadro agudo umbilical y del flanco, y que traduce una peritonitis atenuada submesocólica del foco operatorio. Esto, que se traduce por trastornos del funcionamiento inmediato de la neoboca, deja ulteriormente una peritonitis plástica que pone bien de manifiesto la radiología por el conglomerado de asas intestinales que se presentan unidas y adheridas. Esto se manifestará más intensamente si se hubiere formado un hematoma que fatalmente infectará.

Esta complicación es perfectamente lógica y no nos explicamos que no se observe más corrientemente de lo que la vemos, sobre todo cuando se opera sin coprostasis de ningún género, como lo hacen algunos cirujanos en que el líquido intestinal baña el foco operatorio y el peritoneo y que tiene que ser causa fatal de estas infecciones post operatorias y la peritonitis plástica consecutiva con el grave peligro ulterior para el buen funcionamiento de la neoboca. Por eso empleamos la pinza de Temoin que, además de hacer una coprostasis y hemostasis perfectas, nos dejan ver un campo operatorio limpio y puro, donde todo se hace con el contralor inmediato de la vista. Con la conveniente ayuda de los clamps la infección se reduce al mínimo y la peritonitis plástica de la neoboca no se observará.

En lo referente a la retracción cicatricial de la neoboca, no podemos seguir al Dr. Silva en sus afirmaciones, pues nos cita dos casos, uno de retracción por neoplasma y otro en que hubo gastrectomía concomitante, que no deben inculparse a la gastroenterostomía. Bastante tiene la gastroenterostomía por sí sola para responder a las inculpa-

ciones que se le hacen, sin tener que hacerse solidaria de los trastornos imperdonables del cáncer o de la mutilante gastrectomía.

Mucho se ha hablado de las retracciones cicatriciales de las bocas de la gastroenterostomía; sin embargo, ellas no son muy frecuentes a no ser que se produzca un hematoma en la anastomosis o se cometa una grosera falta técnica. El ulcus péptico de la anastomosis puede producir una estenosis marcada y aún el cierre. Al comentar el cierre de las anastomosis no debemos olvidar las prudentes palabras de Hartmann: "La boca y el ano no se obliteran nunca, por la presencia de la mucosa; si la anastomosis está bien hecha, no puede tener tampoco retracción cicatricial". Nunca hemos visto en nuestros enfermos operados de gastroenterostomía por sutura, el cierre o la estenosis de la boca, salvo en un caso en que la anastomosis se hizo con botón de Murphy, después de extirpar un gran ulcus calloso de la pequeña curva y que años después la boca de gastroenterostomía no funcionaba radiológicamente. En la operación encontramos completamente obliterada la neoboca, sólo persistía de ésta un insignificante contacto de mucosa. Se hizo una nueva anastomosis por sutura y el enfermo marchó muy bien. Las bocas anastomóticas por botón de Murphy son las que más exponen a la retracción cicatricial por la escara que ellas provocan, por esa misma razón es que hemos desterrado de nuestra práctica las secciones con termocauterío en la cirugía gástrica.

Varias veces al practicar los exámenes radiológicos comprobatorios, recuerdo perfectamente de dos, en que los radiólogos me contestaron: la boca anastomótica no funciona. En estos casos, uno bien reciente, pudimos comprobar que lo que el radiólogo había tomado por píloro era la neoboca, tal es la proximidad al píloro de la neoboca que confeccionamos en ciertos casos.

Nuestro miembro informante admite la intervención de la sífilis y del espasmo del mecanismo obliterativo de las anastomosis. La sífilis puede perfectamente intervenir, puesto que no hay proceso patológico en que no pueda intervenir o sólo simule, pero la buena y correcta clínica previa pondrá de manifiesto la acción del treponema en los procesos gástricos y con una terapéutica apropiada evitará en lo posible sus complejas manifestaciones. El espasmo, como elemento de cierre de las anastomosis, ha sido corrientemente citado especialmente por los médicos, aunque nosotros sólo creemos en el espasmo cuando se ha descartado de un modo terminante y absoluto todo proceso orgánico. Cuesta admitir un espasmo tan continuado que no permite funcionar por tiempo indeterminado una anastomosis, sobre todo que estos mis-

mos estómagos vistos en radiología no presentan una contracción permanente ni una tonicidad exagerada.

El círculo vicioso que hasta poco tiempo ha fijado como una de las complicaciones frecuentes de la gastroenterostomía, felizmente casi no se habla ya de él, y es precisamente el perfeccionamiento de la técnica lo que ha contribuido a evitarlo. La asepsia rigurosa y el empleo del asa yeyunal corta son los dos factores que más han influido para conseguir este resultado. Algunos no le dan gran importancia al empleo del asa corta, pero ella tiene su real y efectivo valor, pues suprime las acodaduras y repliegues del asa aferente. Recuerdo haber ayudado, hace muchos años ya, a reoperar una gastroenterostomía en que el cirujano hizo la anastomosis en un asa muy alejada del ángulo duodenoyeyunal y se produjeron accidentes tan alarmantes que obligaron a la reoperación.

Llegamos finalmente al ulcus péptico de la neoboca, que es uno de los accidentes más serios de la gastroenterostomía y el que más le ha perjudicado el crédito que ella había adquirido entre los cirujanos. Se dice que ella se presenta del 1 al 2 %, pero su aparición parece estar supeditada en gran parte a la técnica de cada cirujano; mientras unos tienen contados de ulcus péptico, otros tienen una cantidad abultada. Por mi parte he teido un caso que es casi una experiencia de laboratorio. Hace años ya, un operado de ulcus duodnal perforado, tratado por el cierre y gastroenterostomía complementaria, al año sigue con trastornos funcionales por lo cual le hago una reoperación, encuentro todo bien y creyendo mejorar su funcionamiento anastomótico, le hago una exclusión del píloro por sección. Varios meses después hizo un ulcus péptico, típico de la anastomosis, que tuve que volver a operar y que, años más tarde, falleció por la complicación de la perforación del ulcus péptico en el colon. Es como se ve, casi una experiencia en que se demuestra la acción eficaz de la exclusión definitiva del píloro para la producción inmediata de la úlcera péptica, y pensar la cantidad de tiempo que estuvimos practicando la exclusión del píloro como excelente técnica operatoria para la cura del ulcus. Este hecho nos demuestra cuán parcos tenemos que ser en cirugía, cuando la patología de las lesiones no está aún bien determinada, y es el caso de preguntarse si actualmente no practicamos en la cirugía gástrica algo semejante a lo de la exclusión y que durante muchos años nos parecía lo más vecino a la perforación. Felizmente en mi práctica sólo una vez hice la exclusión pilórica por sección a la Eiselberg, empleando generalmente el método de bloqueo de Mayo, exclusión breve y transitoria

que seguramente me evitó los accidentes de una exclusión definitiva.

Recientemente he operado otro ulcus péptico de la neoboca, en un gastroenterostomizado once años antes, por ulcus duodenal hemorrágico en un específico que nunca se trató bien. Resequé el yeyuno y la neoboca e hice una gastrectomía amplia. La neoboca distaba 12 a 14 centímetros del píloro y es de lamentar el extravío de la historia clínica anterior. El enfermo curó.

He tenido ocasión de operar dos úlceras pépticas de otros colegas, una vez con una nueva anastomosis hecha en el antro pilórico, lo que quiere decir, que la primera distaba primitivamente bastanté y otra vez resequé el asa yeyunal asiento de la úlcera y de la neoboca, y reconstituí todo como antes de la operación. Ambos enfermos curaron bien. Así como nos ha tocado operar ulcus pépticos de otros cirujanos sería conveniente que a nuestra vez supiéramos si algún enfermo nuestro ha sido operado por tal lesión a fin de rectificar la técnica y deducir conclusiones. Según nuestra experiencia lo que más evita y suprime la úlcera péptica es la disminución de la hiperclorhidria y para eso nada mejor que la gastrectomía muy amplia, los  $\frac{2}{3}$  en la cirugía radical y un buen y excelente drenaje en el caso de la gastroenterostomía. Sin embargo, se está viendo ahora que, a pesar de las gastrectomías amplias, la úlcera péptica aparece igualmente, lo que viene a favorecer a la ya tan desacreditada gastroenterostomía.

Nuestro miembro informante nada nos dice de las hemorragias post operatorias de la gastroenterostomía que, por cierto, no son desprecaibles y que a veces han ocasionado la muerte. El perfeccionamiento técnico ha aminorado mucho esta complicación y algunos han acusado a los clamps o pinzas como causantes de hemorragias secundarias. Nosotros las usamos sistemáticamente y no hemos tenido esa complicación sino por excepción como la tienen todos, aún los que no usan la hemostasis previa. Empleamos una maniobra práctica contra la hemorragia: colocada la pinza de Temoín ligamos previamente las arterias y venas de gran curvatura, que quedarán muy cerca de la neoboca y que pudieran ser la fuente de una hemorragia.

En lo referente a la parte técnica propiamente dicha seremos muy breves, después de lo dicho ya. Afirmamos que es la gastroenterostomía la operación que se hace de más distintas maneras y con técnicas más variadas; es por eso que vemos cirujanos que usan clamps o pinzas, otros no, unos prefieren sólo el catgut, otros el hilo de lino o la seda y otros, finalmente, acobardados por los fracasos, recomiendan repetir profusamente los planos de sutura. Todo esto quiere decir, dado las

perplejidades y las continuas oscilaciones de los cirujanos, quiere decir, repetimos, que el problema no es tan simplista como parecía. Hace años ya que hemos estabilizado nuestra técnica, realizando la gastroenterostomía marginal juxta pilórica, empleando la pinza de Temoin y las suturas con catgut, el surjet perforante e hilo de lino, el seroseroso. Creemos que el asunto de las suturas está definitivamente resuelto; los hilos no reabsorbibles pueden ocasionar infecciones y ulcus de la anastomosis, siempre que la sutura interna no pueda eliminarse y quede incluida en la neoboca; por el contrario, el hilo no reabsorbible en el plano seroseroso, correctamente hecho, no puede dar lugar a úlceras porque habitualmente queda definitivamente incluido en los tejidos sin tendencia a eliminarse, a pesar de lo aseverado por Kopyloff y Schempp, pues en una experiencia de muchos años, no hemos encontrado ningún caso de esa especie. No insistiremos sobre esta cuestión, que hemos discutido en detalle en algunos artículos de vulgarización de técnica quirúrgica publicados en la revista "Soca".

Para terminar digamos que nuestro distinguido miembro informante colma su relatorio con las conclusiones clásicas que aceptan y han adoptado los cirujanos más adelantados y competentes, por lo que debemos estar gratos al Dr. Silva por su meritorio esfuerzo en pro del perfeccionamiento quirúrgico. El problema de la gastroenterostomía es apasionante siempre, porque a pesar de los grandes progresos técnicos conquistados, se llega a la conclusión decepcionante de que una gastroenterostomía puede ser técnicamente perfecta y ser seguida de complicaciones severas y graves. Si bien algunos de los problemas de la gastroenterostomía son verdaderas incógnitas como lo es la misma patogenia del ulcus, creemos que este juicio fatalista de la gastroenterostomía no puede aceptarse así en absoluto y que en sus resultados influye fundamentalmente la técnica de cada cirujano; lo que da interés e importancia a que se discutan ampliamente estos importantísimos problemas quirúrgicos. Si hemos de ser consecuentes con lo que nos ha enseñado la experiencia para obtener deducciones prácticas y definitivas de la cirugía, convendrá llegar luego a conclusiones incommovibles; es por eso que creo que debemos traer a esta tribuna nuestro material clínico integral, para estudiarlo asesurados por contralor crítico de nuestros colegas. Yo tengo esa deuda contraída con la Sociedad de Cirugía desde el año pasado y que aún no he cumplido, trataré de hacerlo en el curso del año corriente.

Dr. Albo. — Voy a comentar algunas de las manifestaciones que

hace el Dr. Prat en su importante contribución al estudio de los trastornos que ocurren a veces en la gastroenterostomía.

1.º El decolamiento colo-epiploico de Lardennois no es, a mi juicio, siempre fácil de ejecutar y ello radica en las disposiciones anatómicas del epiplón gástrico variable en cuanto a su coalescencia con el megacolon transversal. Por otra parte, la maniobra deja de ser sencilla cuando se trata de seguirla hacia la derecha en que, a menudo una de las venas epiploicas van a desembocar en la vena duodeno pancreática, siendo fácil de desgarrarle sobre todo en los obesos. De modo que en lo que me es personal, la uso algunas veces y en otras, me contento con una brecha practicada a través del epiplón cerca de la gran curva, cuando se trata simplemente de la exploración de la cara posterior y vertiente posterior de la pequeña curva.

2.º La maniobra de Toupet, que he seguido durante algún tiempo, facilita la colocación del intestino en el lugar del estómago elegido; pero, en cambio, no da la idea exacta de la posición del yeyuno cuando descienda a la gran cavidad.

3.º La coprostasis no la considero indispensable, he abandonado casi totalmente la pinza de tres ramas de Mayo. Reconozco que las suturas se hacen más limpiamente.

4.º Las adherencias por peritonitis alrededor de la neoboca y en las asas que le avicinan, que nos revela la radioscopia, son antes que todo un factor individual, enfermos hay que las fabrican con facilidad hasta por laparotomías exploradoras y que no las toleran, y otros que las reabsorben y no dan fenómenos de acomodación en la mayor parte de los casos, ya que el yeyuno reemplazará al duodeno y hasta al estómago en la época de incontinencia que sigue a la gastroenterostomía.

5.º Ubicación de la boca. En cuanto a lugar y dirección, los que somos un poco viejos como el Dr. Prat, hemos tenido oportunidad de ensayarlas casi todas. Como la moda de los sombreros en la mujer, hemos recorrido todas las formas, desde la oblicua clásica isoperistáltica, la vertical, la de asa larga, la corta, la en V, la antiperistáltica, etc., y desde la anterior de asa larga, la situada en la vertical de la pequeña curva, hasta la antral juxta pilórica, todo hemos hecho y cosa curiosa, vemos nuestros primeros operados con largas curaciones que no nos dan las técnicas más perfeccionadas.

6.º El Dr. Prat le da gran importancia a la implantación casi marginal a la gran curva de la neoboca para que no deje residuo antral y haga funcionar el píloro, y bien creo que esto supone más un mecanismo de acomodación gástrica a la nueva boca, cuando la contracción se hace terminal en ello poco o nada pasa por el píloro. Cuando

esto no ocurre, el vaciado se hace por ambos lados y hay residuo del antro.

He ensayado la boca marginal despojando la gran curva de sus vasos y el resultado no es ni mejor ni peor que en los otros procedimientos.

7.º Anoto una existencia notable de ulcus pépticos en nuestro medio. Sería interesante que pudiéramos dar nuestra estadística a ese respecto y que los radiólogos dijeran lo que han visto. Se llegaría así a la conclusión que me he formado, a saber: que la úlcera péptica post operatoria es independiente de la técnica usada en general, y que obedece a factores en que el cirujano poco puede influir, operación paliativa la gastroenterostomía debe ser seguida de una larga vigilancia médica y de una dieta estricta durante plazos que muchos cirujanos hacen llegar al año. Y bien, esto es imposible de pedir en nuestros enfermos de hospital, que deben ganarse la vida y comer lo que les viene a mano. Y el elemento culto (?), no quiere someterse a las restricciones que le imponemos, quieren fumar, beber cocktails, comer cuanto le apetezca y hacer una vida desarreglada. Es por esto que me siento inclinado a las operaciones ensanchadas para la úlcera, pues sin pretender sean las pilorectomías operaciones tan benignas como la gastroenterostomía, ni que garanticen en absoluto contra la recidiva, dan un margen de curación mucho mayor.

---

**D. y D. A. Capella y Pons**

Av. 18 de JULIO, 1241 (Frente a la Confitería Americana)

**Optica, Ortopedia, Fotografía, Higiene**