

Clínica Quirúrgica F. de la F. de Medicina  
Hospital Pasteur. - Montevideo - Uruguay

*ULCERA PEPTICA GASTRO-YEYUNAL Y FISTULA  
GASTRO-YEYUNO-COLICA. 26 OBSERVACIONES*

*P. Larghero - I. Carrera*

INTRODUCCION

La úlcera péptica de la neoboca es la complicación tardía más grave de las anastomosis gastroyeyunales o gastroduodenales, realizadas con el objeto de tratar un ulcus gástrico o duodenal. Ella se presenta después de las operaciones de derivación simple, como después de las resecciones gástricas o gastro piloro duodenales, seguidas sea de gastroyeyunostomía como de gastroduodenostomía.

Aunque el problema etiológico de esta úlcera, como el de la gástrica o duodenal primitiva, no es conocido, son bien apreciados algunos de los factores patogénicos y las condiciones bajo las cuales la aparición de la úlcera péptica de la neoboca es más común; más aún, algunos tipos de operaciones son seguidos invariablemente de esta complicación, tales como la exclusión del píldoro (Doyen o Von Eiselberg) realizadas con el fin de excluir una úlcera duodenal sangrante, razón por la cual ellos no cuentan sino como hechos, historias y documentos experimentales humanos.

FRECUENCIA

La úlcera péptica post operatoria, es mucho más frecuente después de gastro enterostomía que después de gastrectomía; la incidencia en esta última es variable con el método empleado (entendiendo por método la amplitud de resección y el tipo de

---

(\*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 27 de octubre de 1948.

anastomosis) con la técnica menos frecuente cuando la técnica es perfecta en el sentido de la buena evacuación de la bolsa gástrica residual. Vidal Colomer y Romero Calatayud, de Barcelona (1), en 194 ulcus pépticos (1939 a 1945) sobre enfermos gastrectomizados, acusan el 9.2 %, porcentaje que nos parece excesivamente alto.

La gastroenterostomía, realizada para tratar un ulcus duodenal, es la operación que provoca con más frecuencia esta complicación, particularmente en estas condiciones:

- 1) En sujetos jóvenes, con alta tasa de acidez;
- 2) Cuando no ha existido estenosis pilórica.

Inversamente, cuando ella es técnicamente bien realizada, en enfermos de más de 50 años, con acidez gástrica normal o baja y con estenosis pilórica, y cuando exámenes de jugo gástrico repetidos prueban que la tasa de acidez continúa baja, la incidencia de ulcus péptico es mínima o nula. Es un hecho a no despreciar en la elección de operación para ulcus duodenal crónico, que no ha sangrado pero con estenosis pilórica, en sujetos de más de 50 años y en condiciones de nutrición o de cálculo de resistencia orgánica poco satisfactoria.

Existe un solo caso en la literatura de ulcus péptico de neoboca, después de gastrectomía por cáncer (Judd).

La gastrectomía subtotal puede ser seguida de ulcus péptico bajo ciertas condiciones, en relación:

1º) — Con el tipo de resección: las resecciones gástricas segmentarias y las resecciones gástricas para exclusión (operación de Finsterer) que dejan el píloro, acusan un porcentaje de ulcus péptico superior a la gastro-píloro-duodenoctomía (operación de Cames).

Hasta el momento actual, en más de 200 gastrectomías, no nos hemos visto en la necesidad de recurrir a ella; la persistencia del píloro mantiene uno de los factores de la secreción gástrica, el estómago residual no se vuelve anaclorhídrico y la incidencia de ulcus péptico es mayor. Cames acusa 9 ulcus pépticos después de 62 resecciones-exclusiones (14,51 %, en tanto la frecuencia del

---

(1) Vidal Colomer, E.; Romero Calatayud, A. — El estómago operado. Salvat S. A. Barcelona, 1946.

úlcus péptico en manos del mismo cirujano, con la gastro-píloro-duodenectomía, fué de sólo 2 % en 1292 operaciones).

2º) — Con el tipo de anastomosis. La anastomosis en Y de Roux da un porcentaje de úlcus péptico mayor y lo mismo la yeyuno-yeyunostomía complementaria de una gastroyeyunostomía a asa larga, precólica.

3º) — Con la exigüidad de la resección duodeno-píloro-antral, particularmente en el úlcus duodenal. Esta exigüidad puede ser impuesta por las dificultades en exteriorizar suficiente cantidad de estómago y estas dificultades derivan o de un defecto de técnica (ligadura de la coronaria contra la pequeña curvatura, sin liberación suficiente de esta curvatura) o de la anestesia insuficiente (anestesia local).

En 7 observaciones de recidiva de la úlcera péptica después de gastrectomía, se había hecho anestesia local en la primera operación (en 6) y la reoperación demostró que la resección gástrica había sido insuficiente.

Por esta razón y salvo casos constitucionales fáciles (sujetos delgados, ángulo Xifo-costal amplio) utilizamos actualmente la anestesia raquídea o la general.

4º) — Con los defectos de técnica que provocan una estenosis de la neoboca y que son fáciles de obviar.

He aquí la imagen radiográfica de una gastrectomía suficientemente amplia, con neoboca bien ubicada y bien permeable (ver radiografía N° 1 y 2).

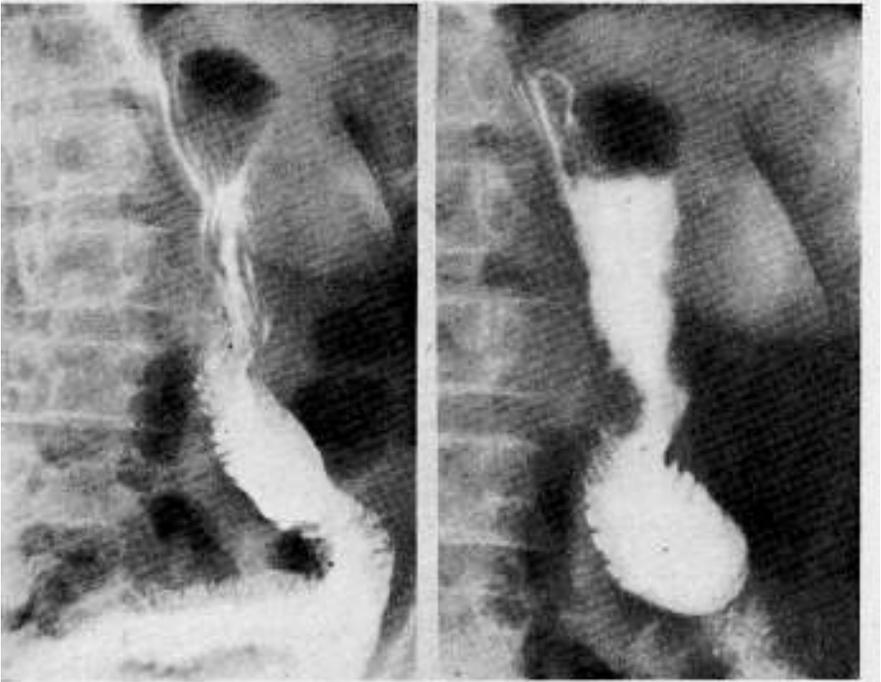
5º) — Con factores dependientes de la edad (sujetos jóvenes); de la topografía del úlcus y el estado secretorio gástrico (úlcus duodenal con gran hiperclorhidria). En la estadística de O. Cames sobre 40 úlcus pépticos después de gastrectomía, sólo 4 tenían más de 45 años.

6º) — Con factores constituciones: verdadera diátesis ulcerosa, en las que el sujeto rehace el úlcus péptico, pese a gastrectomía suficiente y debe terminarse haciendo una gastrectomía total. Esta última condición no la hemos encontrado en nuestra serie.

El régimen dietético inmediato post-gastrectomía, tiene influencia en la aparición de úlcus péptico; el gastrectomizado debe ser sometido a un régimen, considerando los factores cualitativos

(tipo de alimentos) y cuantitativos (masa de alimentos en cada comida) a fin de evitar los trastornos subjetivos, asegurar una renutrición adecuada y combatir los raros pero a veces alarmantes fenómenos de hiperinsulinismo post-prándial (Gandolfo Canessa)

Pero veremos que la influencia del régimen, en la incidencia del úlcus péptico post-gastrectomía o post-gastroenterostomía, es



Radiografías Nº 1 y 2.

de importancia relativa frente a los otros factores previamente enunciados.

Esos factores deben ser cuidadosamente analizados en la elección de la oportunidad operatoria, del tipo de operación (gastrectomía o gastroenterostomía) en relación con la edad del enfermo y el grado de acidez de su secreción, y del tipo de resección y de anastomosis, a fin de hacer la profilaxis de la úlcera péptica de la neoboca.

Porque la mortalidad operatoria para gastrectomía subtotal por úlcus péptico de la neoboca varía según las estadísticas, del

5 al 15 % (Maingot) (1). Esta mortalidad puede ser reducida por una técnica correcta y simplificada, aplicable a un alto porcentaje de casos, que permite acortar el tiempo operatorio; por los recursos de anestesia, transfusión de sangre y cuidados profilácticos de las complicaciones pulmonares post-operatorias; y por el tratamiento y pre y post operatorio adecuado de los graves trastornos de desnutrición general y de hipoproteinemia determinados por la úlcera péptica con fístula gastroyeyuno cólica.

Presentamos una serie personal de 26 ulcus pépticos, con una sola muerte. Esta muerte corresponde al primer caso de la serie; se trataba de un ulcus péptico con fístula gastroyeyuno cólica. La operación fué realizada con anestesia de los esplánicos por vía posterior; el enfermo sufrió un grave accidente de colapso minutos después de la inyección de novocaína para anestesiar los esplánicos; este accidente pudo ser combatido pero sin remisión completa y obligó a hacer una operación mínima consistente en la separación del colón de la neoboca y sutura de la brecha ulcerosa y de la brecha cólica. El enfermo falleció 6 horas después de la operación. A partir de este caso, 25 gastrectomías consecutivas para ulcus péptico (en 23 pacientes) de los cuales 5 con fístula gastro cólica; dieron 25 curaciones.

#### DATOS ESTADISTICOS

26 Observaciones (en 24 enfermos)

Hombres	26	Mujeres	0
Edad de 20 a 30	.....		2
"    de 30 a 40	.....		10
"    de 40 a 50	.....		8
"    de 50 a 60	.....		4
no consta	.....		2

#### OPERACION GASTRICA QUE PROVOCO LA ULCERA DE NEOBOCA

Gastroenterostomía 19

Gastrectomía 7

(De estas gastrectomías 3 habían sido realizadas por nosotros sobre 200 gastrectomías da un porcentaje de 1,5 %).

(1) Rodney Maingot. — Technique of gastric operations. Oxford Medical Publications, 1941, p. 211.

Tres enfermos hicieron ulcus péptico después de gastroenterostomía; se les practicó una gastrectomía y el ulcus péptico recidivó. Practicada nueva gastrectomía se comprobó que la resección gástrica fué muy económica en la primera gastrectomía. Después de la gastrectomía amplia, los tres han quedado curados, aunque el tiempo transcurrido desde la última operación, siendo menor de dos años, no autoriza a descontar la curación. El hecho de la frecuencia mayor del ulcus péptico después de gastroenterostomía o gastrectomía por ulcus duodenal, es señalada por Cames; en solo 3 de sus 40 casos, la gastrectomía había sido hecha para ulcus gástrico; los 37 restantes lo fueron por ulcus duodenal; la tasa de acidez más elevada y la edad menor de los enfermos explican esta mayor frecuencia.

TIEMPO de aparición de los síntomas de ulcus péptico después de la operación provocadora.

Menor de 1 año . . . . .	8
1 año después . . . . .	2
2 años . . . . .	2
3 a 5 años " . . . . .	10
más de 5 años 4 (en 1 el bienestar duró 10 años).	

Si en la mitad de los casos los síntomas de ulcus péptico aparecieron antes de los 2 años después de gastroenterostomía o gastrectomía, el intervalo de varios años no es raro, puesto que en el 50 % de los casos los síntomas aparecieron después de 2 a 3 años de bienestar completo, pudiendo llegar hasta 10 años o más, en estado de curación clínica al parecer definitivo.

### SINTOMAS

DOLOR 23 casos.

MOLESTIAS POST PRANDIALES 26 casos.

HEMORRAGIA (melena) 8 casos.

### HEMORRAGIA

En forma de melena profusa, con mareos y pérdida del conocimiento, se presentó en 8 de las 26 observaciones (30 %). Ninguno se acompañó de hematemesis. En uno de los casos (Obs. 26.

L. P.) la hemorragia fué profusa, repetida, cataclísmica, llevando al enfermo en 3 días a una hipoglobulia de 1.750.000, con hematocrito de 17 % y obligando a una gastrectomía de urgencia, bajo transfusión de 1 litro 800 c. c. La úlcera péptica, situada sobre la comisura izquierda de la neoboca, tenía en su fondo la arteria cólica media abierta a pleno canal y obturada por un trombo. En este caso la operación simplificada de desinserción gastroyeyunal, resección de la cicatriz del ulcus y sutura de la brecha yeyunal, sin enterectomía, el todo seguido de gastrectomía con gastroyeyunostomía, (Hoffmeister Finsterer) permitió acortar considerablemente el plazo que demanda la ejecución de una resección yeyunal con anastomosis término terminal. El enfermo evolucionó sin incidentes.

Nuestras cifras confirman la aserción de Cames: la hemorragia es frecuente, ya que se presentó en 8 de sus 36 casos de ulcus péptico post gastrectomía.

Walters y Clagett (1) en una serie de 155 casos de ulcus gastroyeyunal, encontraron el síntoma hemorragia en 52,9 % de casos.

### PERFORACION

No ha existido en nuestra serie pero no es muy rara.

### FISTULA GASTRO YEYUNO COLICA

5 casos en 26; la frecuencia de esta complicación varía con las estadísticas, porque Cames no la observó ninguna vez en más de 40 ulcus pépticos post gastrectomía. De nuestras 5 observaciones, 4 eran ulcus pépticos post gastroenterostomía, y 1 post gastrectomía; en todas las estadísticas la mayor parte de las fístulas gastroyeyuno cólicas son consecutivas a la g. e.

### SINTOMAS PRINCIPALES

Desnutrición.

Eructo y aliento fétido.

Vómito fecaloideo.

Lientería. .

(1) Walter W. Clagett. O. T. American Journal of Surgery. Tº 46, p. 83 - 93. Oct. 1939.

La desnutrición es uno de los síntomas capitales de las úlceras pépticas con fístula gastroyeyuno cólica; los elementos sintomáticos y patogénicos del estado de desnutrición son varios: pérdida de peso, de fuerzas, de apetito, deshidratación, consunción muscular, edemas periféricos, ascitis, anemia, hipoproteinemia, avitaminosis. Casi todos ellos son de fácil apreciación y su consideración es parte fundamental del tratamiento preoperatorio en defecto del cual la cirugía está gravada de una mortalidad elevada; las cifras señaladas por Atwater, Butt y Priestley, son concluyentes: casos no preparados; muertes (61 %); casos bien preparados, muertes (27,7 %).

La avitaminosis reclama especial atención; por el hecho de la diarrea crónica, el fistuloso llena una de las condiciones etiológicas para llegar a la avitaminosis. La falta de ingestión de ciertos alimentos, su mala utilización por el estado de la mucosa gástrica y yeyunal, determinado por el círculo vicioso fecal y la larga evolución habitual de la enfermedad, complementan a la primera para convertir a esta afección en una de las condiciones quirúrgicas, donde la avitaminosis es más frecuente y acentuada. La avitaminosis puede manifestarse por síntomas clínicos o ser subclínica y demostrable únicamente por las dosificaciones de laboratorio.

Atwater, Butt y Priestley, de la Mayo Clinic, realizaron la investigación clínica y las dosificaciones en 30 enfermos de una serie de 40 casos de fístula gastroyeyuno cólica; los valores estaban descendidos en todos los 30 casos examinados; el déficit fué a veces notable, como en un caso de déficit vitamínico múltiple, en el que el tiempo de protrombina era de 90 segundos.

Enunciamos a continuación un sumario de sus conclusiones:

La carencia vitamínica del complejo B es la más frecuente (parestesias, neuritis periféricas, glositis, conjuntivitis, queilosis, pelagra); la carencia C denunciada por equimosis, es confirmada en numerosos casos, por dosis muy bajas de ácido ascórbico en la orina; las dosificaciones del tiempo de protrombina acusan por su prolongación, la carencia de vitamina K; la ceguera nocturna (déficit de vitamina A) y las tetanias (déficit de vitamina D) son menos frecuentes. En general, la avitaminosis es múltiple (Atwater, Butt, y Priestley), a la carencia vitamínica

se agrega en la fístula la insuficiencia suprarrenal, por lo cual la corteza suprarrenal debe ser agregada a la terapéutica preoperatoria. (Puig Sureda, J. y García Paredes, A. Citados por Vidal Colomer y Romero Calatayud).

La profunda desnutrición y sus elementos componentes, caracterizan a la úlcera péptica de la neoboca con fístula gastro-yeyunocólica y la diferencian netamente de la úlcera péptica gastroyeyunal sin fístula. Esta diferencia pone de relieve la intervención patogénica predominante del reflujo fecal en el estómago y su tránsito por el yeyuno (círculo vicioso); es por esta razón que la colostomía proximal, entre el ángulo cólico derecho y la fístula, propuesta por Pfeiffer y Kent, (1939), para los casos de fístula gastrocólica, es una operación lógica y que ha dado resultados sorprendentes. Aunque no hemos tenido ocasión de emplearla, su indicación de elección es para los casos con grave desnutrición, ya que ella realiza, seguramente, porque actúa sobre la causa, lo que puede ser sólo logrado a medias con un arsenal terapéutico.

Ella está particularmente indicada cuando a los síntomas de la fístula se agrega un síndrome de obstrucción intestinal por estrechez inflamatoria del colon a nivel de la lesión.

Cuando la úlcera se ha complicado de fístula gastrocólica, el síntoma cardinal revelador fué el eructo y aliento fétido, que se encontraba en las cinco observaciones; en 3 había también vómitos fecaloideos: Por el contrario, la lentería apareció en solo un caso; esta rareza de la lentería opuesta a la constancia del eructo y aliento fétido, está de acuerdo con las comprobaciones radiológicas (la fístula se demuestra sobre todo por enema y puede pasar inadvertida al examen por ingestión. Ambos elementos, clínico y radiológico, ponen de relieve el mecanismo del tránsito a nivel de la fístula. Los alimentos del estómago se evacúan en el yeyuno y el contenido cólico refluye al estómago para pasar a su vez al yeyuno, estableciéndose un círculo vicioso. La inapetencia por el estado de repugnancia, la alteración de la mucosa gástrica (gastritis granulosa o edematosa, hipertrófica) que lleva a la hipoclorhidria o anaclorhidria, las lesiones yeyunales por el continuo pasaje de materias fecales, todos estos factores determinan una profunda desnutrición y una hipoprotei-

nemia, cuyas consecuencias pueden ser flagrantes (edemas, ascitis) o disimuladas. Más aún, la reabsorción tóxica a nivel del yeyuno íleon determina graves lesiones del parénquima hepático (hepatitis gránulo-grasosa, como en la observación F. U.).

Al mismo tiempo, el pasaje de materias fecales líquidas con gases desde el colon al estómago y su evacuación al yeyuno, son la causa de la constante distensión abdominal, acompañada de ruidos hidroaéricos y a veces de dolores por el conflicto líquido gaseoso en las asas delgadas.

En algunos casos (Obs. J. V.) hemos hecho la comprobación paradójica de vómitos fecaloideos e imagen radiológica de multiplicidad de niveles en el delgado, coincidiendo con una evacuación intestinal de materias líquidas; es decir, que el enfermo presenta, por el reflujo del colon al estómago, dos signos inconfundibles de oclusión intestinal, como el vómito fecaloideo y la imagen radiológica de niveles múltiples, sin tener una oclusión intestinal.

El reflujo cólico gastro yeyunal de materias fecales líquidas, la gastroyeyunitis, la hepatitis y el trastorno humoral (avitaminosis e hipoproteïnemia) que complican el estado de desnutrición, confieren a la fístula gastro yeyuno cólica una gravedad que obliga, en la preparación de los enfermos para la operación, a atender todos estos factores si se quieren disminuir los riesgos que agrega, a la magnitud del acto operatorio, las posibilidades de dehiscencia de las suturas, por hipoproteïnemia de hemorragias por hipoprotrombinemia, de edema pulmonar, de avitaminosis y de hipovolemia.

Sobre este último tópico vale la pena insistir en que el recuento de glóbulos rojos no es, en un enfermo desnutrido y deshidratado, con un íleon en pésimas condiciones para reabsorber líquidos, un índice fiel del estado sanguíneo.

En nuestra observación F. U., el enfermo, con profundo estado de desnutrición, y una hipoproteïnemia en cifras de 4gr.60, con edemas y ascitis, tenía 5.330.000 G. R., con anisocitosis y Poikilocitosis, Hb. 86 % y V. G. 0.80.

Dos meses y medio después de la operación, completamente repuesto, con proteínas de 6 gr. 80 % y hematocrito de 42 %, su recuento globular era de 4.000.000 y 94 % Hb y un V. G. de 1,17.

Estas comprobaciones imponen, como indicación esencial para

la preparación a la operación, la transfusión de sangre masiva, repetida a diario, hasta alcanzar cifras de 4 o 5 litros por semana; ella será completada por la administración paraenteral de ácidos aminados.

Todos estos elementos convierten al portador de una fístula gastrocólica, en un enfermo de grave riesgo operatorio. La preparación de un portador de ulcus péptico de neoboca, no complicado, es idéntica a la de un candidato a gastrectomía, salvo la existencia de anemia grave por hemorragia.

Por el contrario, la preparación de un sujeto portador de ulcus péptico con fístula gastrocólica, comportará la atención hacia todos los elementos de nutrición, viscerales y humorales que han sido señalados.

La base de esta preparación será:

Transfusión de sangre masiva (varios litros por semana).

Acidos aminados por vía I.V.

Dietética a base de proteínas, jugos de frutas frescas, filtrados, reduciendo las grasas e hidratos de carbono y suprimiendo la celulosa lavado gástrico, pepsina y ácidos.

Tratamiento de la avitaminosis, teniendo en cuenta que los enfermos con diarrea crónica necesitan mayor cantidad de vitaminas que los normales (vit. A, complejo B y C K).

En los 8 días que preceden a la operación, se administrará sulfosuxidina o eftiazol, según la rutina de preparación de los enfermos que van a ser sometidos a una intervención de colon o recto; el purgante de aceite de ricino, 36 horas antes de la operación y los lavajes intestinales y gástricos combinados, dejarán el tubo intestinal en las condiciones de limpieza requeridas. 24 horas antes de la operación, la ingestión será reducida a agua con glucosa o glucolín. En este período la transfusión de sangre, el suero glucofisiológico gota a gota I.V. y la administración de cloruro de sodio al 10 % I.V. según la necesidad revelada por la dosificación de los cloruros en la orina, completan las medidas destinadas a equilibrar el estado humoral del paciente.

### DIAGNOSTICO POSITIVO

El diagnóstico positivo de úlcera gastroyeyunal es, en general, fácil. La recurrencia del sufrimiento después de un plazo de bien-

estar en un enfermo que ha sido sometido a una gastroenterostomía o gastrectomía, plantea de inmediato su sospecha. Los síntomas son semejantes a los de la úlcera original, pero se diferencian por su predominante localización e irradiaciones a izquierda, su aparición más precoz después de las comidas, su mayor agudeza, su acalmia menos neta a la ingestión de alimentos o alcalinos, y por la pérdida o atenuación de la periodicidad que caracterizaba al úlcus primitivo gástrico o duodenal. Las hemorragias, de frecuencia alta (30 a 50 % de casos) en forma siempre o casi siempre de melena, de abundancia variable, a veces cataclísmica, en algunos casos no percibidos por el enfermo que acusa solamente debilidad, mareos, pérdidas de fuerzas, es síntoma orientador para sospechar el úlcus gastroyeyunal en un operado de estómago que vuelve a sufrir.

Menos frecuentemente son los síntomas de la fístula gastroyeyuno cólica, los que llevan al enfermo a consultar después de un largo período de sufrimiento, post gastroenterostomía o post gastrectomía, que no han sido relacionados a su verdadera causa si se ha omitido el examen radiológico cuidadoso.

Raramente, es la perforación en peritoneo libre del úlcus péptico, la que lleva al diagnóstico. Este accidente es raro en nuestro medio, pues en nuestra estadística (1) de 120 perforaciones de úlcus gastroduodenal, no la hemos observado.

### **DIAGNOSTICO RADIOLOGICO DE LA ULCERA GASTROYEYUNAL**

El examen radiológico constituye la exploración obligada en todo sujeto en el que se sospecha una úlcera gastroyeyunal. Sus conclusiones son más difíciles que para el diagnóstico de úlcera gástrica o duodenal.

Así Kirklin (Mayo Clinic) en 58 casos de úlcera, encontró signos radiológicos positivos en 53 (91 %) ; solamente en 5 casos (8,6 %) el examen radiológico fué negativo, pese a que existía una úlcera. Como vemos, el porcentaje de signos radiológicos positivos es elevado.

(1) Larghero P., Bosch Del Marco L. M., Mérola L., y Giuria F. — Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay. Tº Nº 1, Pág. 14 - 54. Año 1947.

Por el contrario, el hallazgo de nicho en la úlcera gastroyeyunal, es más difícil que en la úlcera duodenal o gástrica; la situación del cráter, su pequeñez, su carácter frecuentemente superficial, el engrosamiento de los pliegues del yeyuno y la superposición de imágenes dada por ellos y por el contenido gástrico, hacen más difícil la demostración del nicho. Kirklin, en la misma serie, no pudo demostrar el nicho en 38 % de los casos (en 5 casos, los signos radiológicos eran negativos, y en 17 el diagnóstico radiológico fué de yeyunitis o boca mal funcionante).

Del punto de vista práctico, aún cuando el nicho no sea demostrable, los signos radiológicos de yeyunitis, boca estrecha, o mal situada, (alta) tienen la misma importancia para la decisión terapéutica que el hallazgo del nicho, ya que la intervención quirúrgica constituye la única solución terapéutica.

La gastroscopia no ha sido aún utilizada por nosotros; no puede sustituir al examen radiológico, pero en casos en que este es negativo, la visualización directa de la zona de la neoboca puede aportar datos que apoyan la sospecha clínica. (1)

La úlcera gastro yeyunal puede, sin haber evolucionado a la fístula, producir una estenosis del colon; de allí la importancia de la exploración radiológica del colon en todo operado de estómago que acusa sufrimientos.

### **DIAGNOSTICO OPERATORIO**

El diagnóstico operatorio tiene importancia capital en dos circunstancias:

1º Cuando los signos clínicos de ulcus gastroyeyunal son evidentes o muy sospechosos, pero la radiología es negativa (ni cráter ni lesiones de yeyunitis, ni estrechez de la neoboca).

2º Cuando clínica y radiológicamente el diagnóstico es seguro y se encuentra en el acto operatorio una masa inflamatoria tumoral que engloba el colon; en estas circunstancias, se puede afirmar que la fístula gastrocólica era inminente y las maniobras operatorias deben tener como objetivo primordial evitar la lesión del colon.

Primera circunstancia;

(1) Canals Mayner, R. y Ramentol Rifa, J. — (Citados por Vidal Colomer y Romero Calatayud).

Sintomatología clínica evidente o de sospecha. Rayos X negativos.

En el tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales, así como en ciertas formas superficiales de cáncer gástrico, el diagnóstico radiológico positivo es de invaluable ayuda para el cirujano, ya que en algunos casos, la demostración de la úlcera a la palpación del órgano, puede no ser fácil. En la úlcera gastroyeyunal las lesiones anatómicas a nivel del asa yeyunal anastomótica y las alteraciones de las asas aferentes y eferentes, no dejan casi nunca lugar a dudas sobre la existencia de la lesión; pero no siempre es evidente la demostración de la lesión, cuando la radiología ha sido negativa. Ella puede ser tan pequeña (aún cuando haya dado origen a síntomas graves como hemorragia profusa) que la palpación del yeyuno y de la neoboca, después de liberada ésta del mesocolon no permite demostrar; W. J. Mayo publicó uno de estos casos en 1910. En estas circunstancias la conducta aconsejada por Scringer permite resolver el problema: el estómago es seccionado a 2 cms. de la neoboca y el collarate de pared gástrica tomado con pinzas y examinada la mucosa de la neoboca y del yeyuno a la vista.

(Eustermann y Balfour. Stomach and duodenum. pág. 809, pág. 408).

Estos casos de lesión mínima son ideales para la aplicación de la operación económica de cierre de la brecha yeyunal (previa resección del collarate gástrico). Gastro píloro duodenectomía y gastroyeyunostomía (Offmeister Finsterer).

Segunda circunstancia:

Úlcera con base en el colon e inminencia de fístula gastroyeyunocólica (impeding gastroyeyuno coli fistula, Walters y Clagget).

En este tipo de lesión, el colon cubre y adhiere íntimamente al yeyuno y zona de la neoboca; el cráter está situado en la cara anterior de la neoboca y adhiere a la cara posterior del colon. La separación de los órganos debe ser realizada con sumas precauciones, buscando desinsertar los bordes gastroyeyunales de la pared del colon. Esta desinserción es en general fácil (observación Madalone). El fondo calloso de la úlcera constituido por la pared del colon infiltrado, es abandonado, cubriéndolo con epiplón.

La maniobra es semejante a la que se realiza para movilizar el estómago portador de una gruesa úlcera de pequeña curva o cara posterior perforada en páncreas.

Consideramos esta conducta mucho más económica y más segura que la operación de resección de colon en block con yeyuno y estómago.

### LA OPERACION

#### ANESTESIA:

En las 26 operaciones se utilizó:

Anestesia local: 12 casos.

Anestesia general: 4 (1 por falla de raqui).

Espláncnicos: 1 (muerte por accidente anestésico).

Raqui única: 1 caso.

Raqui fraccionada: 8 casos.

En los 3 últimos años se ha hecho anestesia general o local excepcionalmente y sólo por contraindicación o falla de la raqui-anestesia.

### TIPOS DE OPERACION

En 12 casos se hizo la resección gastro-piloro-yeyunal y se restableció el tránsito por una sutura término terminal de yeyuno seguida de gastroyeyunostomía (Hoffmeister-Finsterer).

En 1 caso la incidencia de un grave accidente anestésico impuso la solución mínima de la separación del colon fistulizado, de la neoboca gastroyeyunal, cerrándose ambas brechas.

En 13 casos se hizo la desinserción gastroyeyunal suturando la brecha yeyunal con o sin resección del ulcus péptico y restableciendo el tránsito por una gastroyeyunostomía retrocólica de elección; sólo fué hecha la precólica en 5 casos debido a que la retracción del mesocolon hacía imposible la retrocólica; en las anastomosis precólica no se hizo en ninguna la yeyuno yeyunostomía látero lateral.

La existencia de esta lesión retráctil del mesocolon transversal y la imposibilidad absoluta de hacer lugar, a través de él, para realizar una gastroyeyunostomía retrocólica a asa corta, es la única condición que impone la adopción de una gastroyeyunostomía látero lateral para no desviar el jugo duodenal alcalino, lo que facilita la reproducción del ulcus. En cuanto al tipo de resec-

ción consideramos que siempre, cualesquiera que sean las dificultades operatorias, contando con buena anestesia y sangre en cantidad, es posible realizar una resección gastro-píloro-duodenal amplia, con anastomosis gastroyeyunal típica. En más de 250 gastrectomías realizadas por mí o mis colaboradores, para úlcus gástrico o duodenal, en ningún caso de úlcus duodenal fué imposible hasta ahora realizar una resección con movilización del duodeno para hacer una sutura correcta. No hubo en esta serie ninguna fístula duodenal. La operación de Finsterer (Resección para exclusión) y su modificación de Wilmans no ha sido nunca aplicada.

La maniobra del decolamiento submucoso del duodeno, que aprendimos de Cames en 1941, ha hecho siempre posible la resección duodenal y el cierre perfecto del muñón. En los casos de úlceras grandes y penetrantes con cráter en páncreas, no dudamos después de movilizar la segunda porción del duodeno en su parte superior, en incindir la cara anterior y bordes del duodeno lo más cerca posible del píloro; y a la vista, seccionar la mucosa de la cara posterior por debajo del cráter, para iniciar allí el decolamiento, que se hará en lo justo necesario para realizar una sutura sin tensión. Una vez cerrado el muñón duodenal, la resección píloro-bulbo se hace seccionando sobre los tejidos esclerosos, ligando la pilórica en pleno block cicatrizal y abandonando, contra el páncreas la mayor parte de estos tejidos cicatrizales. El colédoco y el mismo parénquima pancreático quedan así a salvo.

La operación de Navarro, marca una época en el tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica gastro yeyunal, porque ella resolvía el problema con mucho menos riesgo para la vida del enfermo, que el que significaba en ese tiempo una resección del tipo de las que se hacen actualmente.

Los resultados fueron muy satisfactorios, porque cuatro años después el Prof. Navarro aportaba cuatro casos con curas datando de tres y cuatro años. Este tipo de operación es conocida en toda la literatura mundial, con el nombre de operación de Devine; esta denominación no corresponde, porque el Prof. Navarro la describió tres años antes que Devine, en una Comunicación a la Sociedad de Cirugía de Montevideo, el 10 de noviembre de 1923, y fué publi-

cada posteriormente en los Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo, en 1924 (1).

Las operaciones atípicas, complicadas, de las que Steinberg tiene en su trabajo del S.G.O. una serie de 11 tipos esquemáticos, no tienen aplicación y deben ser desechadas.

Los esquemas adjuntos muestran las dos soluciones a elegir en los casos de úlcus péptico de la neoboca. El tiempo explorador de la operación, consiste en separar la anastomosis (de gastroenterostomía o de gastrectomía) del mesocolon, ciñéndose bien al estómago e intestino para evitar la herida de los vasos cólicos. Para esta separación deben combinarse las vías infra mesocólicas con la supramesocólica y la liberación completa de las asas yeyunales aferente y eferente. Una vez obtenida la liberación y con el yeyuno a la vista, se decidirá sobre la necesidad de reseca con el estómago, píloro y duodeno, las asas yeyunales aferente y eferente o sobre la posibilidad de realizar una operación más económica separando el estómago del yeyuno. Esta separación debe hacerse abriendo la anastomosis (que a veces se abre sola) y separada a tijera y a la vista, en el límite bien visible entre mucosa yeyunal y gástrica. La brecha gástrica será suturada sumariamente. La brecha yeyunal bien expuesta será avivada en sus bordes, reseca el anillo cicatrizal y reseca el úlcus y se cerrará la brecha previa determinación precisa de los puntos comisurales, por una sutura transversal al catgut cromado con puntos Schmieden. Esta sutura comenzará en cada comisura para unirse en el centro. En todos los casos esta sutura del yeyuno deja un diámetro amplio, más ancho que el resto de las asas aferente y eferente. Preferimos esta solución siempre que sea posible a la resección segmentaria del yeyuno porque se ahorra con ella el tiempo de hemostasis del mesenterio yeyunal, siempre laboriosa y expuesta a hematomas y se obtiene una sutura de la misma o mayor seguridad que después de resección segmentaria. En 1941 la vimos hacer por primera vez a Cames, en Rosario (República Argentina). Lahey la había preconizado antes y la técnica está representada en el *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 1943, Vol. 76, pág. 645. Santy, Chattot y Clert, que en 56 casos la apli-

(1) Alfredo Navarro. — Tratamiento de la Úlcera Péptica después de gastroenterostomía. Anales de la Facultad de Medicina, año 1924.

caron tres veces, pero aprovechando la brecha yeyunal para implantarla en la sección gástrica.

Esta solución que simplifica el acto operatorio está bien descrita y figurada por Balfour (Eusterman y Balfour, año 1936, págs. 815 - 817) y por Scringier.

Cuando la úlcera péptica asienta fuera del margen de la neoboca, sea en el asa aferente o eferente o en el borde mesentérico del asa yeyunal frente a la neoboca (32 % de los casos) la desinserción gastro yeyunal es fácil y la sutura de la brecha yeyunal cuenta con paño suficiente.

Realizada la gastrectomía amplia y la anastomosis gastro yeyunal, la lesión queda en el asa proximal, antes de la neoboca y la úlcera; bañada en el jugo duodenal alcalino, curará. Estes en 1932, demostró que la simple desconexión gastroyeyunal en caso de ulcus péptico post-gastroenterostomía (degastroenterostomía) cura la lesión.

Cuando el ulcus asienta en la margen de la neoboca (cara anterior o posterior o comisuras) la retracción de la pared yeyunal o su esclerosis, reducen el paño; no debe decidirse la resección segmentaria del yeyuno, sino después de su desinserción y de determinar a la vista si la sutura es posible, previo retoque de las zonas cicatrizales.

### FISTULA GASTROYEYUNOCOLICA

El método propuesto por Marshall para la fístula gastroyeyunocólica (resección en hemicolectomía derecha y transversa y gastroyeyunostomía e ileotransversotomía) pese a los buenos resultados obtenidos por el autor (14 casos con una sola muerte) es difícil que encuentre muchos cirujanos que la sigan.

Pfeiffer y Kent recomiendan el uso de la colostomía previa; esta colostomía se ubica entre el ángulo cólico derecho y la fístula. La fisiopatología del tránsito en la fístula gastroyeyunocólica explica las mejorías sorprendentes comprobadas en los enfermos. En efecto, tanto los síntomas como la radiología en la fístula gastrocólica indican que la comida no pasa del estómago al colon, pero que el contenido cólico refluye al estómago. Excluyendo el colon transverso por la colostomía, se suprime el reflujo y la

nutrición del enfermo debe mejorar inmediatamente. Consideramos este recurso, muy lógico y creemos que debe ser incorporado al plan terapéutico, en los casos de fístula gastroyeyunocólica, particularmente en los enfermos con grave déficit nutritivo (anemia, hipoproteinemia, edemas, ascitis, etc.). Su facilidad de ejecución, debe hacerlo preferir a las operaciones mutilantes (hemicolecotomía derecha o colectomía segmentaria). La seguridad que contiene el ano proximal permitirá en los casos de colon muy adherente, proceder a su liberación y cierre, sin necesidad de recurrir a la resección segmentaria del colon.

En las fístulas gastroyeyunocólicas de nuestra serie, se hizo en cuatro casos la resección gastroyeyunal; en un caso la separación simple del colon de la neoboca. En ninguno de los cinco casos las lesiones impusieron la resección segmentaria del colon. La brecha cólica fué tratada simplemente, resecaando los bordes esclerosos y suturando en dos planos transversalmente con catgut cromado fino y con lino o algodón.

En uno de los casos se hizo una apendicostomía como válvula de seguridad para impedir la distensión del colon suturado. Ninguna de las suturas del colon se complicó de fístula ni de peritonitis.

Para los casos muy graves de fístula gastroyeyunocólica, con estenosis del colon, la situación de apremio puede ser resuelta separando el colon de la neoboca y suturando independientemente la brecha cólica y gastroyeyunal. Después de resección económica de los bordes cicatrizales; una cecostomía o apendicostomía o colostomía proximal complementaria, puede ser necesaria. Nuestro primer caso fué operado de este modo. Joyce y Rosemblat sugieren la misma conducta a propósito de un caso de fístula gastroyeyunocólica post-gastrectomía y multioperado.

James Moroney (1) aplicó en un caso de fístula gastroyeyunocólica en un enfermo caquético, una solución simplificada y con buenos resultados; el colon transversal fué seccionado a ambos lados de la boca y la continuidad del colon restablecida por sutura término-terminal, en tanto los orificios cólicos que quedaron en

---

(1) Moroney, J. — Some interesting gastroyeyunal lesions. *British J. of Surgery*, XXXV, N° 140, pg. 374, 376, 1948.

la fístula fueron suturados. El enfermo curó y 18 meses después se encontraba bien.

### MORTALIDAD

En 26 casos, 1 muerte (3,8 %). El caso de muerte lo fué por accidente anestésico y la operación fué un simple despegamiento con sutura de las brechas cólica y gastroyeyunal de un ulcus péptico con fístula gastrocólica. Balfour, en 1926, publica una serie de 99 casos de gastrectomía por ulcus gastroyeyunal con 37 % de muertes.

Maingot acusa una mortalidad del 5 al 15 % en las resecciones para ulcus péptico de la neoboca.

Finsterer en 1938, publica la serie personal más grande de 331 operaciones sobre estómagos ya operados; la mayoría corresponden a úlceras gastroyeyunales. La mortalidad es de 8,1 % para la resección por úlcera péptica postgastroenterostomía y de 23,5 % después de gastrectomía. 19 fístulas gastrocólicas le dieron 7 muertes (36,3 %), habiendo hecho en 6<sup>os</sup> casos el cierre del colon y en 13 la resección del colon, en uno o dos tiempos.

La importancia de la anestesia como factor de mortalidad está certificada por estas cifras: 19 casos con anestesia general, 8 muertes (42 %); 177 con anestesia local y espláncnicos (16 muertes, 9 %).

Holman y Chenoweth en 53 enfermos tratados por ulcus gastroyeyunal y sometidos a una o más operaciones, la mortalidad fué de 13 %.

Steinberg (1) en 73 gastrectomías para ulcus péptico (71 pacientes) tiene una mortalidad de 4,1 %; en 57 casos fueron comprobados resultados satisfactorios. 3 de los operados con curación operatoria, hicieron nueva úlcera; 2 de ellos por una anastomosis en Y y el otro por una operación de exclusión sin reseca la mucosa antral. Según el mismo autor, la mejor prevención para el ulcus péptico, es la gastrectomía amplia con anastomosis retrocólica a asa corta; en 339 gastrectomías realizadas por Steinberg con esta técnica y observadas de 1 a 24 años, ninguno volvió por ulcus péptico.

(1) Steinberg, M. E. Reoperative Surgery for recurrent peptic ulcerations. N° 32.

S. A. Doran (1), en un análisis de 38 casos de úlceras de la anastomosis gastroyeyunal, operados por el Prof. Morley (Manchester Royal Infirmary) acusa una mortalidad de 4 casos (10 ½ %). Esta cifra constituye un término medio entre la de Balfour (año 1926, 3,4 %), Lake (1937, 4 %) Waltan, (1934, 16 %), Alessandri (15 %) y la de Finsterer (1939, 72 %). Dada la completa bibliografía de este trabajo, esta selección de estadísticas hecha sobre las series más importantes, representa bien la mortalidad promedio por gastrectomía por úlceras pépticas de la neoboca.

En nuestras observaciones de ulcus gastroduodenal tratados por gastrectomía, con aparición de ulcus péptico en la primera gastrectomía, o con recidiva del ulcus péptico después de gastrectomía, la reoperación demostró que la exeresis gástrica había sido muy limitada. Más de 200 gastrectomías en las que se practicó una anastomosis retrocólica (excepcionalmente precólica) dieron solamente 3 ulcus pépticos; las 3 recidivaron y se le hizo una nueva gastrectomía más amplia,

Los otros 4 casos de ulcus péptico de nuestra serie, consecutivos a gastrectomía realizada en otra parte y que hicieron una úlcera de la neoboca, también tenían una exeresis gástrica muy económica. Consideramos, de acuerdo con Steinberg, que la diátesis ulcerosa no es un factor de úlcera yeyunal recurrente y que cada úlcera yeyunal y su recidiva tiene como base un tipo de operación inadecuada en su indicación o defectuosa en su técnica.

Cames (2) en su estadística de ulcus péptico postgastrectomía, da una mortalidad de 6,89 %.

Heuer (3) en un grupo de 45 enfermos tratados por úlcera péptica de neoboca (marginal ulcer) 27 fueron resecaos, con 20 buenos resultados, 4 resultados no satisfactorios y 3 muertes (mortalidad de 11 % en la gastrectomía para ulcus péptico de neoboca.

Lahey y Marshall (1943) en 46 resecciones gástricas sub-

(1) Doran, S. A. — The Surgical Treatment of Anastomotic ulcer. An analysis of thirty-eight cases. The British J. of Surgery. Vol. XXXV. N° 140, p. 377, año 1948.

(2) O. Cames. — Úlcera péptica post-gastrectomía. Anales de Cirugía. Rosario, R. A. Vol. XI, N° 3, pág. 194. Set. 1946.

(3) Heuer, G. J. — Treatment of peptic ulcer. Philadelphia, Lyppincot Co. 1944.

totales por úlcera gastroyeyunal, acusa una mortalidad de 4,4 %.

Santy, Chattot y Clert (1), en 56 gastrectomías amplias asociadas o no a enterectomía, tiene 7 muertes postoperatorias precoces (mortalidad 12,5 %. La mortalidad crece duplicándose o triplicándose en los casos con fístula gastroyeyunocólica.

Atwater, Butt y Prestly en 41 casos de úlcus péptico, con fístula gastroyeyunocólica, tienen 11 muertes (27 %).

Gray y Scharpe, en 49 casos de fístula gastrocólica por úlcus péptico de neoboca, acusan una mortalidad del 36,7 %. La importancia de la preparación preoperatoria resulta de esas cifras: 13 de los casos sin preparación, dieron 8 muertes (61 %); los 36 restantes, bien preparados, dieron 10 muertes (27,7 %).

Rife en 13 casos de úlcera con fístula, en los que se deshizo simplemente la gastroenterostomía, y se cerró las brechas, tiene 20 % de muertes.

Walters y Clagett (2) en 50 casos de fístula gastroyeyunocólica, tratados por varios procedimientos, y operando desde 1928 a 1937 en la Mayo Clinic, acusan una mortalidad de 32 %.

La cita de estas cifras confirma los límites asignados por Maingot a la mortalidad de la gastrectomía por úlcus péptico. Atribuimos nuestra serie feliz de 25 gastrectomías consecutivas por úlcus péptico de la neoboca (4 con fístula cólica) sin ninguna muerte, a la coincidencia de varios factores entre los que nos parecen de mayor importancia:

1º No habernos enfrentado a la necesidad de reseca colon;

2º La ausencia de complicaciones pulmonares en parte atribuible a la elección de anestesia (raquí o local en su mayoría y a la aplicación de las medidas profilácticas de rutina. [Larghero (3)].

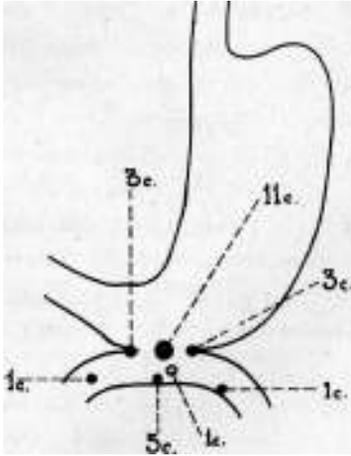
3º A la aplicación, en el 50 % de los casos, de una técnica simplificada que da mayores seguridades en la sutura del yeyuno y reduce en 30 minutos, por lo menos, la duración de la operación.

(1) Santy, P., Chattot, R. y Clert, J. — Les conditions d'apparition de l'ulcere post-operatoire (62 observ.). Lyon Chirurgical, Tº 41, pág. 138, 1946.

(2) Walters y Clagett. — American Journal of Surgery. Tº 46. pág. 94, oct. 1939.

(3) Larghero Ybarz, P. — Profilaxis de las complicaciones pulmonares postoperatorias. Temas de Cirugía de Urgencia. Monteverde y Cía. Montevideo, 1944.

LOCALIZACION DE LA ULCERA PEPTICA (en 25 casos)



La localización ha sido figurada sobre un esquema de gastroenterostomía, pero los 25 casos corresponden a 19 úlcus post g. c. y 6 post gastrectomía. 11 veces el úlcus péptico estaba sobre la cara anterior de la anastomosis, 3 veces en la comisura D y 3 veces en la I, 5 veces en el borde mesentérico, frente a la neoboca, 1 vez en el asa aferente, 1 en la eferente y 1 en la cara posterior.

ESQUEMAS DE TACTICA Y TECNICA

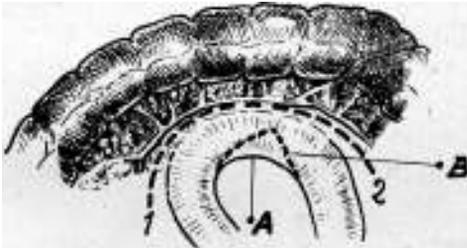


Fig. 1. — Esquema del abordaje inframesocólico. Incisión del mesocolon entre la arcada cólica y la unión gástrica. La arcada está más alejada en los puntos 1 y 2; es más fácil pasar a este nivel al piso supra-mesocólico, y terminar sin riesgo, la separación de la parte media de la arcada. A) aspecto cuando hay poca retracción del yeyuno; B) forma en ángulo del yeyuno, en casos de gran fibrosis.



Fig. 2. — El mesocolon y la arcada cólica han sido liberados; el índice abraza la anastomosis por detrás y la atrae hacia abajo. La línea cortada señala las adherencias del estómago al asa eferente, que deben renovarse a fin de que la unión gástrica quede estrictamente limitada a la neoboca.

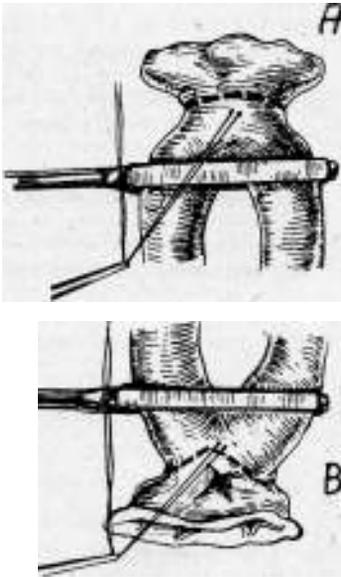


Fig. 3. — A) Tipo de lesión limitada, que deja parte de la circunferencia del yeyuno poco retraída y se presta a la desinserción gastroyeyunal sin resección del yeyuno. B) Lesión fibroso retráctil más marcada, pero que permite aún la desinserción.

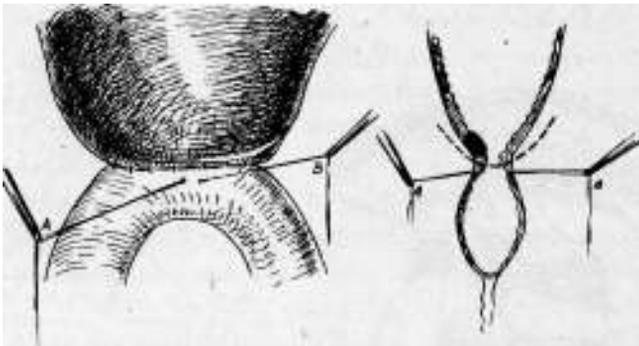


Fig. 4. Antes de proceder a la desinserción, se toma con asa de hilo, en las caras anterior y posterior del yeyuno, y en puntos opuestos. De este modo, una vez hecha la desinserción, los hilos A y B traccionados, convertirán la brecha yeyunal en transversal.

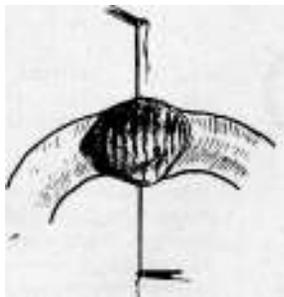


Fig. 5. — Aspecto de la brecha yeyunal. Las asas de hilo traccionados permite una sutura simétrica.

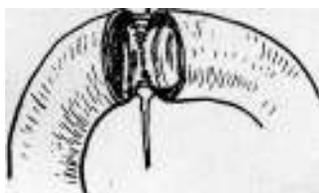


Fig. 6. — En caso de que el ulcus sea pequeño y situado, en el borde mesentérico, o en las asas, la misma operación de desinserción es posible (casos excepcionales)

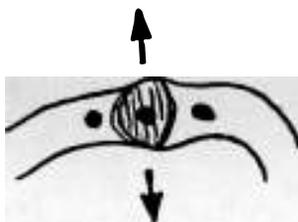


Fig. 7. — Aspecto habitual del yeyuno reparado, después de desinserción sin resección del asa anastomótica.

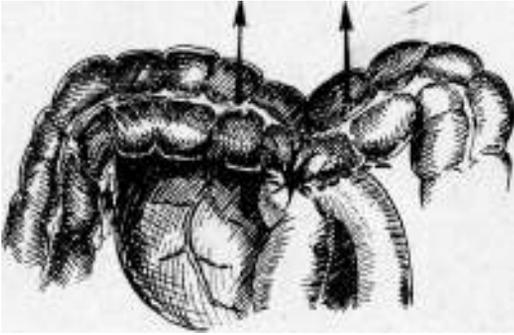


Fig. 8. — ULCERA PÉPTICA. COLON TRANSVERSO ADHERIDO.

Con o sin fístula yeyuno cólica. Aspecto del conglomerado colo-gastro-yeyunal. Haya o no fístula yeyuno cólica, el despegamiento del colon debe ser hecho con vistas a

conservar lo más posible su integridad. La línea de puntos señala, sobre el yeyuno y al ras de su pared el plano del despegamiento,

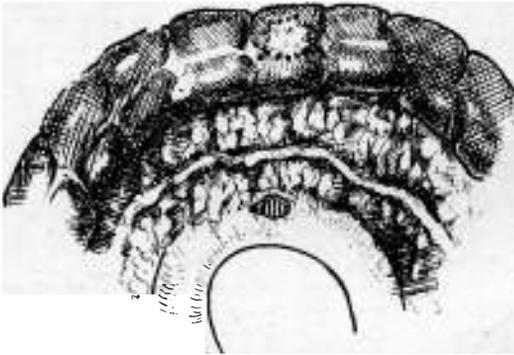


Fig. 9. — Adherencia cólica sin perforación; la pared del colon, fibrosada, forma el fondo de la úlcera. Sobre el yeyuno ha quedado el contorno de la lesión.

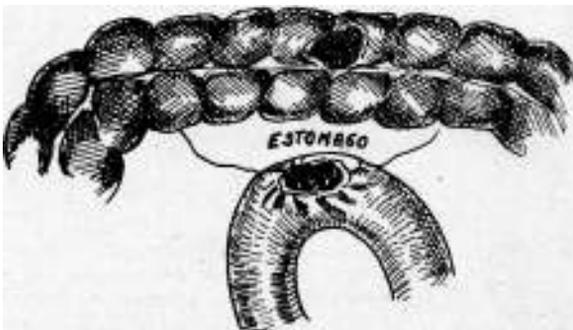


Fig. 10. — Fístula yeyuno cólica. El despegamiento coloyeyunal, ha sido hecho en el buen plano; tanto el colon como el yeyuno quedan con un orificio rígido. La reparación de la brecha cólica debe ser realizada resecaando el anillo, suturando

transversalmente y haciendo una cecostomía de seguridad. Cuando además de la perforación existe una estrechez del colon por fibrosis, la sutura no da seguridades, hemos convertido la perforación en colostomía.

ESQUEMA DE CONDUCTA SEGUN LA MAGNITUD DE LA LESION YEYUNAL

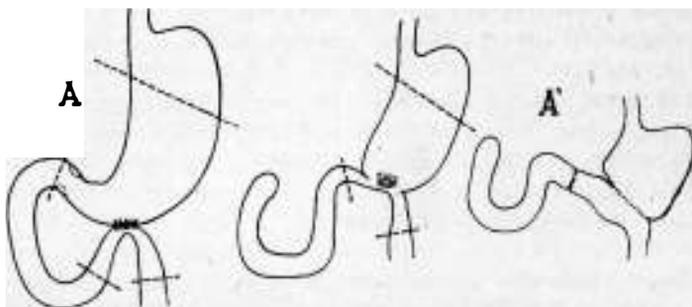


Fig. 1. — Ulcus péptico de g. e. como de gastrectomía, con estrechez esclerosa del yeyuno. La conducta debe ser: gastropiloro duodenectomía y yeyunectomía. Restablecimiento del tránsito por anastomosis yeyunal término terminal y gastroyeyunostomía (Hoffmeister Finsterer) más abajo de la anastomosis.

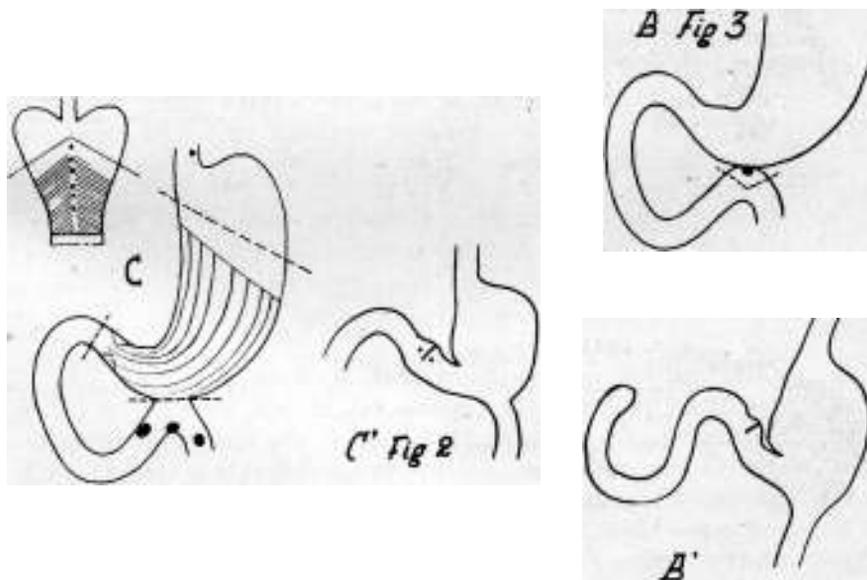


Fig. 2. — Ulcus péptico de g. e. como de gastrectomía, con poca retracción esclerosa del yeyuno. Desinserción gastroyeyunal, sutura de la brecha yeyunal y resección del estómago en la amplitud que corresponde al tratamiento de la úlcera en general. Hoffmeister Finsterer hacia abajo de la reparación del yeyuno; cuando la úlcera asienta en el asa eferente o aferente o frente a la neoboca, ella queda en el asa proximal a la sutura (ver esquema C' fig. 2).

## BIBLIOGRAFÍA

1. ATWATER (J.-S.), BUTT (H.-R) and PRIESTLEY (J.-T.). — La fistula gastroyeyunocólica considerada en relación con sus aspectos nutritivos y ciertos aspectos quirúrgicos. — Anales de Cirugía. 2: 385, 1943.
2. BALFOUR (D.-C.). — The occurrence and management of Gastrojejunal ulcer. *Annals of Surgery*, 84: 271-280, Agosto 1926.
3. BALFOUR (D.-C.). — *Annals of Surgery*, 94: 489, 1931.
4. BARTELS (R.-N.). DULIN (J.-W.). — Gastric Resections for peptic ulcer. *Surgery* 21: 496-511, 1947.
5. BUFALINI (M.). — Reinterventi per ulcera peptica recidiva. *La Clinica Chirurgica. Nuova Serie. Anno XII (XXXIX) 58*, 1936.
6. CAMES (O.-J.). — Ulcera péptica post gastrectomía. *Anales de Cirugía, Rosario (R. A.) Vol. XI*, p. 194, 1945.
7. DEVINE (H.-B.). — Basic principles and supreme difficulties in gastric surgery. — *Surg. Gyn. and Obst.* 40: 1-6, enero 1925.
8. DORAN (S.-A.). — The Surgical Treatment of Anastomotic Ulcer an analysis of thirty-eight cases. — *The British J. of Surgery. Vol. XXXV, N° 140*, p. 377, año 1948.
9. ESTES (W.-L.-J.). — Advanced Gastrojejunal ulcer. — *Annals of Surgery*, 96: 250-257, Agosto 1932.
10. EUSTERMANN (G.-B.) y BALFOUR (D.-C.). — The stomach and duodenum. Philadelphia, W. B. Saunders Co. págs. 958 y 814, 1935.
11. FINSTERER (H.). — Results of repeated operations upon the stomach specially for gastrojejunal ulcers. *Surg. Gyn. and Obst.* 68: 3341346, 1938.
12. GARCIA LAGOS (H.). — *Boletín Soc. Cir. Mont. T° III*, 1932.
13. GOSSET. — *Congrès Français de Chirurgie*, p. 31, 1931.
14. GRAY HOWARD (K.), AREL SHARPE WENDEL (S.). — Preoperative management of gastrojejuno colic fistula. — *Archives of Surgery* 2: 850, 1941.
15. HABERER (H. von). — *Deuts. Med. Wochens N° 43*, 1927.
16. HABERER (H. von). — *Congreso Int. Cirugía*, 1939.
17. HOLMAN (C.) y CHENOWETH (A.). — The problem of treatment of Secondary peptic ulcer. — *Surg. Gyn. and Obst.* 75: 314-322, 1943.
18. JOYCE (T.), ROSENBLATT (M.-S.). — Fístula gastroyeyuno cólica post-gastrec omía. — *Anales de Cirugía*, vol. 5, N° 7, p. 286.
19. LAHEY (F.-H.), SWINTON (N. W.). — Gastrojejunal ulcer and gastrojejuno colic fistula. *Surg. Gyn. and Obst.* 61: 599-612, noviembre 1935.
20. LAHEY (F.-H.). — Diagnostic and management of gastrojejunal ulcer and gastrojejunal fistula. — *Surgical Clinics of North America*, 20: 767-780, junio 1940.
21. LAHEY (F.-H.), MARSHALL (S.-F.). — The surgical management

**BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY**

- of some of the more complicated problems of peptic ulcers.  
Surg. Gyn. and Obst. 76/6: 641, junio 1943.
22. LARGHERO YBARZ (P.), BOSCH DEL MARCO (L.-A.), MEROLA (L.), GIURIA (F.). — Ulceras gastroduodenales perforadas. 95 observaciones. — Sociedad de Cirugía del Uruguay. Boletín de la Soc. de Cirugía del Uruguay, Tº XVIII, Nº 1, p. 14-54, 1947.
23. LARGHERO YBARZ (P.). — 170 gastrectomías por ulcus gastroduodenal. — Día Médico Uruguayo, 1948.
24. MARSHALL (S.-F.) — (Lahey Clinic). Anales de Cirugía. Vol. 4: p. 632, mayo 1945.
25. MAYO (W.-J.). — Gastrojejunal ulcers (pseudo jejunal ulcers). Surg. Gyn. and Obst. 10: 227-229, marzo 1910.
26. MORONEY (J.). — Some interesting gastroyeyunal lesions. — British J. of Surgery, XXXV, Nº 140, pp. 374-376, 1948.
27. NAVARRO (A.). — Tratamiento de la úlcera péptica después de gastroenterostomía. — Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo, 1924.
28. PFEIFFER (B.-B.) and KENT (E.-M.). — The value of preliminary Colostomy in the correction of Gastrojejunocolic fistula. — Annals of Surgery, 110: 659-668, october 1939.
- 29) RIFE (S.-C.). — Gastrojejuno colic fistula. — Annals of Surgery, Vol. XL: 73, 1938.
30. RODNEY MAINGOT. — Technique of Gastric operations. — Oxford Med. Publications.  
SCRINGER (F. A. C.). — A technic for the management of gastrojejunal ulcers with or withoutgastrocolic or jejunocolic fistula. Ann. Surg. 104: 594-600, Oct. 1936.
32. STEINBERG, (R.). — Reoperative Surgery for recurrent peptic ulcerations. — Surg. Gyn. and Obst. 84: Nº 6, p. 1029, june 1947.
33. VASCONCELOS (E.). — Tratamiento quirúrgico de úlcera de estómago y duodeno. — Editorial Renascença, San Pablo, Brasil, 1947.
34. WALTERS, (N.) and CLAGETT (T.-O.). — Gastrojejunal ulcer and gastrojejunal colic fistula. — American Journal of Surgery 46: 83-93 y 94-102, octubre 1939.

**Dr. Carlos Stajano.** — La comunicación del Profesor Larghero y el Dr. Carrera es no una comunicación sobre asuntos limitados, sino que es un verdadero trabajo de conjunto sobre la úlcera péptica, abundando una serie de puntos capitales que por sí solos cada uno merecería una comunicación. Es tan interesante lo que se ha dicho, pero dado lo avanzado de la hora no corresponde otra cosa que decir tres o cuatro cosas básicas que se pueden comentar en el breve espacio de tiempo que se dispone.

Por lo pronto, el problema de la úlcera péptica como lo dicen muy bien los comunicantes, es una complicación que surge no solamente por

defectos técnicos sino por defectos de indicaciones operatorias o por limitaciones de extirpación, haciendo gastrectomías pequeñas. Todo el mundo está de acuerdo hoy en que la gastrectomía por úlcera gastro-duodenal debe ser amplísima, cuanto más amplia mejor y así se cree disminuir considerablemente el número de úlceras pépticas.

Hace unos años cuando la gastrectomía era una operación excepcional por lo peligrosa de entonces, y por los medios restringidos de la época, los cirujanos hacían la gastroenterostomía hasta en el ulcus de la pequeña curva. La gastroenterostomía era acusada de responsabilidad de muchas úlceras pépticas.

Yo tenía en el Hospital Italiano desde el año 1909 una sala muy chica de hombres pero tuve que operar allí más úlceras pépticas que las que operé en el resto de mi actividad quirúrgica. En la clínica, recuerdo haber operado alguna que otra, en cambio en aquella época en corto espacio, recuerdo los nombres de los enfermos y las complicaciones de las intervenciones azarosas a que tenían que ser sometidos los enfermos con úlceras pépticas, consecuencias de gastroenterostomías contraindicadas.

No voy a hablar de la sintomatología y de todos los puntos de que habló el Dr. Carrera, pues no hay tiempo para ello.

El segundo punto importante a destacar, es la repetición de la úlcera en la neoboca. Se han tocado una serie de puntos todos ellos importantes. pero se omite un factor al que yo le doy enorme importancia. Me refiero a las úlceras pépticas de origen focal dentario. Son complicaciones gástricas de embolias sépticas de origen focal. La úlcera aguda como consecuencia es más frecuente de lo que se cree. Si esa úlcera se desarrolla en un medio propicio, en un medio hiper-ácido, esa úlcera aguda se hace crónica.

3º El factor boca es importantísimo en la evolución del post-operatorio inmediato o tardío. Omito consideraciones.

Me interesa llamar la atención e insistir, en lo referente al tipo de operación, y a la anastomosis.

Cuando estaba en el Hospital Pasteur (1936), ya dejé de hacer en la gastrectomía la anastomosis transmesocólica. Había visitado Brasil y había visto a varios cirujanos, (a Montenegro, a Vasconcellos); Vasconcellos hacía la anastomosis transmesocólica; Montenegro, la anastomosis precólica. Yo no me atreví, en un primer momento, a romper con los moldes de los cirujanos de mi ambiente, y de mi país, con los cuales yo había aprendido, y entonces llegué a limitar la anastomosis precólica a los casos de neoplasmas gástricos. ¿Por qué? Porque habíamos visto una cantidad de enfermos con recidivas tumorales por cánceres, haciendo la fístula gastroyeyunocólica, englobando en la recidiva el mesocolon, haciendo participar al mesocolon y al colon. Entonces pedí a mis asistentes que no hicieran transmesocólicas en los cánceres. Y todas fueron precólicas. Las recidivas como todo el mundo ha observado tienen evoluciones más largas y la complicación del mesocolon y abertura en el colon es

mucho más tardía, cuando por magnitud de la lesión llega a él. Los enfermos hacen una larga evolución mejor. En la úlcera gástrica, gastro-duodenal, hemos suprimido radicalmente la gastrectomía y unión transmesocólica. Hacemos en la úlcera, pues, también la anastomosis precólica, en el 100 % de los casos.

No comprendemos como se sigue haciendo todavía la gastro-anastomosis intestinal, transmesocólica, con un concepto anatómico, queriendo imitar a la naturaleza y a la anatomía normal. Si ya fuera un caso o dos, o pocos, pero es el 100 % de los casos que evolucionan en forma extraordinaria. Por otra parte, con ese tipo de anastomosis la intervención es más sencilla y más rápida. No tenemos complicaciones técnicas cuando tenemos que hacer anastomosis yeyunal en un estómago chiquito residual, que dejamos allí cerca de la cúpula frénica. La anastomosis precólica es tan sencilla y tan fácil y sobre todo da un resultado extraordinario con gastrectomías amplísimas, que no comprendemos por qué se sigue haciendo la transmesocólica. En el neoplasma no se debería discutir, tiene que ser desterrada, a mi juicio. En las úlceras, ya que el problema de la úlcera péptica persiste a pesar de las amplias gastrectomías. En el caso de una úlcera péptica post-gastrectomía nunca el problema será tan complejo, ni será tan difícil, ni será tan grave, como en el caso de una úlcera péptica en el "carrefour" transmesocólico, donde el mesocolon participa, toda la arcada vascular se infiltra y el colon se abre, elevándose la mortalidad tres veces más que las úlceras pépticas corrientes con participación del colon. La operación de reconstrucción, post-operación de una recidiva péptica, de una gastrectomía, será mucho más fácil también.

En fin, estos son los puntos salientes, y gruesos, sobre los que yo deseo insistir, insistiendo en el hecho de que la gastrectomía y la reconstrucción por vía transmesocólica creo yo, que pasará a la historia, que no tiene por qué hacerse, que posiblemente se va a suprimir y se suprimirá y con ello toda esa terrible complicación de la úlcera gástrico-yeyunocólica, terriblemente grave, tanto en el neoplasma, descartada completamente, así como en la úlcera.

Esta comunicación muy densa abarca toda la patología; por eso, yo no me atrevo a insistir. No hablo del diagnóstico clínico ni radiológico, de la úlcera péptica. En el Hospital Maciel, llevo control de placas y piezas de los enfermos ulcerosos tratados. Todos conocimos casos desconcertantes bajo todo punto de vista. La úlcera péptica más rara, la causa de error, será multiplicada por 20, en cuanto a diagnóstico clínico y radiológico y en las mejores manos. La gastroscopia puede aportar en manos especializadas su contribución diagnóstica muy valiosa. De la técnica y de la táctica quirúrgica en la úlcera péptica, no tengo nada que decir, porque me parece que no hay una técnica única, sino que cada caso requiere recurrir a todos los recursos que la experiencia ha dado y que el acto quirúrgico permite aplicar en cada circunstancia especial para el tipo de la úlcera péptica, atípico por excelencia.

Yo, por mi parte, agradezco al Prof. Larghero su valioso aporte al tema.

**Dr. H. Lorenzo Lozada.** — Yo también como el Dr. Stajano no voy a tocar más que algunos puntos de todo lo que se ha expuesto en este hermoso trabajo; en realidad como un homenaje a los autores voy a hacer un comentario; porque no se puede comentar en toda su extensión y mucho menos en el tiempo que tenemos.

En primer lugar, por la experiencia que uno tiene de la práctica gastro-enterológica, hecha en gran número de casos, uno ha visto exactamente lo que han visto ellos: que la úlcera péptica se presenta mucho más a menudo en la gastroenterostomía que en la gastrectomía. Pero aún sin llegar a la úlcera péptica uno tiene la impresión que los operados de estómago con gastroenterostomía o gastrectomía, que vuelven a sufrir, tiene a menudo cosas que se podían haber arreglado en la primera operación. Quiere decir que hay en general defectos de indicación, defectos de técnica, resecciones muy escasas, sobre todo esto último, las resecciones muy pequeñas en los que sufren después de la gastrectomía. Me parece muy frecuente, sobre todo cuando sufren de *ulcus péptico* en gastrectomía, que casi siempre esos enfermos tengan resecciones muy económicas.

El segundo punto que quería tocar por ser yo en nuestro medio uno de los que se ocupan de ello, es la gastroscopia, en este diagnóstico. Es sabido que el *ulcus péptico* tiene un diagnóstico difícil de todo punto de vista; aún mismo del punto de vista radiológico muchas veces todo lo que se consigue es topografiar un dolor en un asa o neoboca sin poder decir que hay un nicho en tal lugar; sólo puede topografiarse el dolor. De manera que me parece que si hay procedimientos a agregar y a dar más luz, conviene ponerlos en uso; no es que sea superior o inferior a otro procedimiento; es un diagnóstico difícil en que hay que poner en juego todos los procedimientos y éste es uno más.

A veces úlceras pépticas difíciles de diagnosticar radiológicamente o que del punto de vista radiológico sólo se localiza dolor en la neoboca, cosa que no alcanza para decir que el enfermo tiene un *ulcus*, puede ser visible la úlcera en la gastroscopia. En infinidad de casos la gastroscopia no permite verlo porque el *ulcus péptico* está más a menudo en el asa que en el lado gástrico o en otros casos la gastroscopia no permite verlo, pero sin embargo permite ver cosas agregadas, lesiones gástricas formidables, completando el cuadro, de lo que pueda tener el enfermo; puede permitir ver cuerpos extraños a nivel de la boca, cosa imposible de ver en la radiología. Me parece que es un procedimiento que no está de más hacerlo en el diagnóstico de un enfermo difícil como es el que lleva el *ulcus péptico*.

Respecto al capítulo que se tocó de la fístula yeyuno-gastro-cólica, felicito al Dr. Carrera porque ha hecho notar en forma insistente de que es casi un capítulo diferente del otro, porque son enfermos extraordinariamente más graves y a ese punto quería referirme; recién hace poco que pude explicarme cuál era la causa de la desnutrición en esos enfermos. Siempre me había llamado la atención que enfermos que no tenían

gran diarrea o diarrea de hacía poco, llevaban desnutrición de muchos años. Precisamente hace poco he podido leer algún trabajo de origen alemán en donde se pone de manifiesto que lo que produce la desnutrición no es el pasaje de la comida al colon y la pérdida del circuito en parte, que no pasa por el intestino, pero en realidad no es así: en las placas se ve que la comida hace todo el recorrido, hay una enfermedad del delgado muy importante, una verdadera enteritis que es la que en realidad provoca el estado de desnutrición; no precisa diarrea, necesita materiales irritantes que mantienen esa enteritis y que es curable; pueden ver como uno de esos enfermos que citó el Dr. Carrera con las iniciales F. U. y que yo lo conozco, repuso su estado general después de operado; si fuera una enfermedad del delgado irreversible no se explicaría la mejoría por la colostomía previa que suprime funcionalmente el colon y que suprime el factor de irritación que mantiene la enteritis que es a su vez factor permanente de la desnutrición y la avitaminosis y que no las tiene el enfermo por la diarrea.

Por último me voy a referir a que en el Servicio que yo actúo hemos practicado por dos veces (Prof. Roglia) y se puede traer este asunto con poca experiencia porque nadie tiene muchos casos en nuestro medio, en ulcus péptico, vagotomías; es una de las indicaciones más fáciles ajustándose a las indicaciones que se dan para la vagotomía. El trastorno motor secundario es uno de los obstáculos principales para hacer una vagotomía sin derivaciones, por ejemplo, a un enfermo que lleva una úlcera del duodeno con hiperclorhidia, y a veces hay que hacer una segunda operación. Pero el ulcus péptico es un caso especialmente adecuado siempre que la neoboca funcione; ya hay derivación, hay que buscar la indicación, porque hay ulcus péptico en que por estenosis secundaria no funciona.

Uno de los casos fué seguido poco tiempo porque el enfermo desapareció y no supimos nada de él; se siguió bien los dos primeros meses. El otro que lleva seis meses ha sido controlado permanentemente y ha desaparecido el sufrimiento que tenía y que era casi permanente antes de la operación; ese enfermo tuvo su ligero trastorno motor pero muy tolerable; por su neoboca, el pasaje de la comida hacia abajo se hacía fácilmente. El muñón gástrico es más grande por la dilatación por parálisis de la vagotomía. Pero fué evidente una cosa: que el dolor desapareció; puede ser que la vagotomía no sirva para otra cosa, pero para suprimir el dolor en estos dos casos se vió evidentemente que los suprimía desde el momento de la operación. Se ha alimentado bien después y han repuesto su estado general. De manera que traje esta cuestión de la vagotomía como contribución más, por estos dos enfermos que nosotros hemos podido ver; no sé si alguno más de los presentes tiene casos de tratamiento del ulcus péptico por ese procedimiento.

**Dr. Domingo Prat.** — La comunicación que nos han presentado los Dres. Larghero y Carrera, muy interesante, muy completa y con muy

buenos resultados terapéuticos, pero la hora es ya muy avanzada, de manera que trataremos de reducir nuestros comentarios lo más sintéticamente posible. Me voy a referir a la frecuencia de ulcus péptico; se ha dicho que el ulcus péptico que era una consecuencia de la gastroenterostomía, fué el inconveniente que se le criticó más vigorosamente a esta operación que provocaba tal complicación y los partidarios de la cirugía radical del estómago, la gastrectomía, le adjudicaban esta fundamental complicación y casi todos los cirujanos estaban convencidos que realizando la cirugía radical o gastrectomía, en el ulcus, la úlcera péptica desaparecía; pero no ha sido así, al contrario, yo diría que hemos visto bastantes úlceras pépticas consecutivas a la gastrectomía y que vamos a ver más aún. Se acepta que cirujanos de experiencia han tenido dos o tres por ciento de ulcus péptico en la gastroenterostomía y que los mismos cirujanos que no estaban muy entrenados y que cometían faltas en su técnica operatoria, tenían una proporción semejante y aunque se creyó primitivamente que la gastrectomía suprimiría el ulcus péptico iterativo; pronto se comprobó que esta complicación se producía igualmente o en mayor proporción, del 3 al 4 %, luego del 7 al 10 % y hay quien acusa el 20 %. Hay estadísticas de cirujanos de renombre que tienen ulcus péptico en una proporción elevada, porque realizaban la gastroenterostomía practicando la exclusión pilórica orgánica, a lo Willems, que cerraba el píloro con una lonja aponeurótica y entonces era común y corriente la aparición del ulcus péptico; por eso hubo muchos ulcus pépticos en cirujanos que realizaban este método y se pudo comprobar entonces, que la cirugía radical no ha respondido a esa esperanza de que iba a disminuir o hacer desaparecer totalmente el ulcus péptico con la gastrectomía.

Hoy día que la práctica de la gastrectomía es realizada por cirujanos de gran experiencia y otros que no la tienen, como ha ocurrido con la gastroenterostomía; vemos que la aparición del ulcus péptico es relativamente frecuente y eso que posiblemente muchos casos de esta complicación no son conocidos ni publicados.

En lo que respecta a la anestesia en cirugía gastroduodenal, de acuerdo con mi experiencia, me permito establecer que considero la anestesia por gases, la anestesia de elección que es una anestesia excelente con la que el cirujano trabaja con toda tranquilidad; el enfermo está perfectamente cuidado por el anestesista, generalmente no hay complicaciones aunque a veces se mencionen muertes bruscas que son inexplicables y en ese sentido diría, que hemos ganado mucho, porque la operación de la gastrectomía se realiza con la anestesia por gases en hora y media o dos horas, con toda tranquilidad, sin apuros de ninguna clase y el enfermo tiene al día siguiente un post-operatorio excelente, y sin riesgos mayores. Por eso, pediría a los colegas que me escuchan que ensayen esta anestesia en la cirugía gástrica y creo que se van a sentir cómodos y quizás antes de, mucho tiempo la adopten como la de elección; me parece que es lo mejor que hay.

En lo que respecta a la anastomosis post-gastrectomía debemos establecer cuál hemos de practicar, si la anastomosis precolónica o retrocolónica, transmesocolónica. Indudablemente, la precolónica es mucho más sencilla, más práctica y ahorra tiempo en su realización y quizás esté menos expuesta a complicaciones, pero indudablemente, es menos fisiológica que la transmesocolónica. Se consideró una conquista técnica en la cirugía gastroduodenal, la reducción y acortamiento del asa yeyunal aferente y con la anastomosis precolónica el asa aferente es sumamente larga; muy a menudo se produce una estasis en esa asa y el círculo vicioso. Sabemos que la disposición iso o aniso peristáltica del asa, parece no tener importancia, pero la vuelta o bucle que se le hace hacer al asa cuando se le dispone de derecha a izquierda, puede provocar trastornos y ya hemos tenido en el Instituto complicaciones de oclusión, por haber dispuesto el asa aferente en la pequeña curva con torsión y han habido también complicaciones de úlcus péptico, de manera que aunque estamos haciendo esa anastomosis precolónica de preferencia en el cáncer, donde está perfectamente justificada porque como se trata de una hipoclorhidia o anaclorhidia, está completamente justificado esta anastomosis anterior, pues en los casos de úlcus se expone mucho más a las complicaciones.

Estos comentarios demuestran nuestras vacilaciones en cuanto a la técnica y creemos muy posible que pronto volveremos a la realización de la anastomosis lógica.

Es verdad que en la anastomosis precolónica en caso de producirse el úlcus péptico de la neoboca no tiene el peligro de la fistulización en el colon, eso se evita perfectamente porque la anastomosis está en un plano anterior; pudiera producirse pero, generalmente eso no se observa, de manera que en cuanto a esa complicación ya se ve la diferencia fundamental entre las dos anastomosis. Por éstas consideraciones me parece que posiblemente antes de mucho tiempo, voy a volver a la transmesocólica en el úlcus, porque creo que es más fisiológica y he visto en la precolónica una serie de complicaciones, que quizás otros cirujanos no han tenido ocasión de observarlas, aunque se use una técnica correcta y que en otros casos marcha perfectamente y con resultados muy buenos.

Establecidas estas consideraciones creo que el temible inconveniente de la cirugía gástrica es precisamente el úlcus péptico, ya sea en la neoboca ya sea en cualquier otra parte y que si bien estamos convencidos hoy día de que ésta gastrectomía tan amplia significa un exceso de tratamiento y casi una exageración terapéutica porque no conocemos aún la verdadera causa etiopatogénica del úlcus, sin embargo la experiencia nos autoriza a realizar resecciones amplísimas y paradójicamente decimos, que cuanto más amplias sean mejores serán los resultados, porque reducen más la hipoclorhidia. Creo que es posible que en un momento dado, nos veamos detenidos en nuestra práctica quirúrgica actual con un nuevo progreso científico y terapéutico y nos digan: "Bueno cirujanos, no realicen más gastrectomías, porque ésto se acabó, ya no se necesitan más operaciones de esta clase para curar las úlceras".

Pero mientras no se produzca esa feliz solución, esa gastrectomía amplia, amplísima que nos pone a cubierto del ulcus péptico se seguirá practicando.

Si queremos una comprobación de todo esto, no hay más que leer el último trabajo de Santy en el Lyon Quirúrgico donde presenta una colección de casos operados, con resecciones amplias, donde se dejó un estómago residual dice él a una pequeña naranja y sin embargo, en esos casos, ha visto reproducirse las úlceras pépticas. Se ha ocupado especialmente en estos casos, del quimismo gástrico, cosa que generalmente no hacemos; operamos al ulceroso gástrico haciéndole la gastrectomía y lo largamos porque decimos que este enfermo es ya un hipoclorhídrico o anaclorhídrico, y eso no es cierto, porque si el examen se hace con histamina, se va encontrar en algunos de estos pacientes, una hiperacidez pronunciada, es lo que ha llevado a Santy a establecer en los casos de estómagos resecados al máximo, donde reseca la gran curva hasta la implantación de los vasos cortos y sin embargo estos mismos enfermos llegan a la hiperclorhidia y pronto son pacientes con ulcus péptico iterativo post gastrectomía.

Quiere decir, que aunque realicemos grandes resecciones no tendremos todavía la seguridad completa de suprimir el ulcus péptico y entonces conviene agregar el otro elemento de terapéutica preventiva hacer la vagotomía por vía abdominal, porque realmente a un enfermo con resección de estómago, por vía abdominal, no se le puede abordar por vía torácica para efectuar la resección del vago; pero en este caso se podía agregar la vagotomía, con la finalidad de suprimir la recidiva del ulcus iterativo.

Eso será posiblemente una comprobación de futuro, de futuro, próximo, probablemente, pero esperemos a ver lo que nos depara el porvenir de esa cirugía.

Dr. CARRERA.

Yo quiero agradecer en primer término a los consocios que se han ocupado de esta comunicación y lamento en realidad que no esté el Profesor Larghero, quien con mayor autoridad habría dado más jerarquía a la discusión. De cualquier manera agradezco a los Profesores Stajano y Prat y doctor Lorenzo por la contribución que han hecho de su experiencia sobre esta afección con motivo de esta comunicación.