

PRIMERA SESION PLENARIA

Martes 10 de diciembre



*Ocupan la Mesa los Dres. Juan E. Cendán Alfonzo, Domingo Prat,
Américo Agustoni y Anibal Sanjinés Bros*

RELATO:

TUMORES DE PAROTIDA

RELATOR:

Dr. HECTOR ARDAO

CORRELADORES: Dres. J. Nozar, J. F. Cassinelli, R. Leborgne,
J. A. Piquinela, H. Kasdorf (publicados en el tomo I, pá-
ginas 11 a 151).

DISCUSIÓN: Dres. M. A. Karlen, Dr. Leonardo P. A. Barletta
(Argentina) (este Congreso por no haber podido asistir
a la discusión nos entregó su aporte una vez terminada la
sesión plenaria).

CIERRE DE LA DISCUSIÓN: Dr. Héctor Ardao.

TUMORES DE PAROTIDA

Discusión

Dr. KARLEN.—Ya que el relator, a quien felicito vivamente por su brillante exposición, no se ha referido detalladamente a su casuística, voy a traer la de la Clínica del Prof. del Campo, completada con algunos casos de su clientela particular.

Tenemos 15 casos, de los cuales 8 masculinos. Las edades varían entre los límites extremos de 22 y 72 años, con un promedio de alrededor de 50 años. El tiempo de evolución antes de consultar, desde la aparición de la tumefacción hasta la consulta, era desde meses hasta trece años. El promedio de cuatro años cuando llegaron a la consulta, tiempo muy largo, se explica porque la pequeña tumefacción inicial, en general no causaba molestias.

El primer síntoma, en general estaba constituido por una tumefacción en la región parotídea. En un caso la consulta fue por parálisis facial antecediendo la tumefacción. Era un adenocarcinoma.

El dolor fue el síntoma inicial en dos casos; también estos fueron tumores malignos.

El crecimiento en general fue muy lento. Hubo dos casos de crecimiento brusco que confirmaron también la malignidad de la lesión.

La sialografía se practicó en dos casos. En uno se pudo demostrar que la lesión asentaba en el lóbulo profundo.

En dos casos hubo adenopatía carotídea dura, signo de tumor maligno.

El diagnóstico operatorio permitió comprobar el siguiente hecho interesante: cuando durante el acto operatorio se diagnosticó tumor mixto, o sea benigno, era confirmado luego por la anatomía patológica; y cuando por sus caractere se sospechaba un tumor maligno, en todos los casos se confirmó que efectivamente se trataba de tumores malignos.

Las operaciones realizadas fueron de tres tipos. El primero, que podríamos llamar operación-biopsia, se practicó en un caso en que se informó una adenitis tuberculosa por el diagnóstico por punción. Era un enfermo portador de lesiones pulmonares bilaterales, con parálisis facial y con dolor. Sin embargo, cuando se practicó la biopsia se comprobó que se trataba de un adenocarcinoma. En otro caso se practicó la extirpación intracapsular de un tumor situado en el prolongamiento cervical. Esto fue en 1951. El enfermo sigue bien hasta la fecha. No es esta la norma que se sigue en el Servicio, porque desde 1926 el Prof. del Campo preconiza la extirpación radical con conservación del facial.

De modo que la parotidectomía total, conservando el nervio facial, si es posible, es considerada la operación de elección en nuestra Clínica, salvo que hubiera una contraindicación. Las salvedades que hizo el Prof. Ardao en su relato, como por ejemplo la edad extrema, la caquexia, etc., también se hacen en nuestra Clínica.

Los diagnósticos histológicos que figuran en las historias clínicas son de tumor mixto, fibro-mixto-epitelial o fibro-mixto-condroide, o fibro-mixto-endotelio-epitelial, sin sospecha de malignidad actual en 7 casos. Todos ellos evolucionaron bien. Un caso operado por el Prof. del Campo hace veinte años, recidivó y está en estudio. En casos en que se sospechó la malignidad, algunos evolucionaron bien después de la parotidectomía total, con conservación del facial.

De los tumores malignos, un caso vivió ocho años después de la operación, y actualmente sigue bien. Otro caso, operado hace cuatro años, evolucionó bien también hasta la fecha.

En cuanto a los adenocarcinomas y carcinomas, uno falleció sin ser operado; es el caso que referimos, que tenía una lesión pulmonar bacilar bilateral. Un carcinoma sigue bien seis años después de la extirpación extracapsular. Un caso se perdió de vista después de practicársele la parotidectomía subtotal con conservación del facial. Otro tumor maligno extirpado en 1925 por los Dres. Lamas y del Campo, y que luego fue sometido a la curiterapia, evolucionó mal. Fue el primer caso de la serie de del Campo.

Dr. LEONARDO BARLETTA (La Plata).—Primeramente deseo felicitar al Dr. Ardao por su brillante relato, como asimismo a los correlatores. Luego de escucharlos no queda nada por agregar a no ser un aporte personal.

Sobre un total de más de 24.000 historias clínicas del Servicio del profesor Federico Christmann, de La Plata, hemos recogido 30 casos de tumoraciones de la parótida.

En cuanto al estudio anatómico quirúrgico, somos de opinión que se dan todas las disposiciones de la glándula referidas por el relator, es decir, la de Gregoir, Mc Warhiter y Rouvier y Costier. Pero, conviene recordar, para entender mejor esto, los estadios embrionarios de la glándula. Esta, luego de iniciarse de un brote bucal se dispone, como lo acepta el Prof. Ortiz Llorea y también el Prof. Lambre, de La Plata, en dos porciones, llámense o no lóbulos que dejan pasar entre medio al nervio facial y luego se unirán, ya sea por un istmo como dicen unos, por encima del nervio, o por varios mame-lones a través de la red anastomótica del facial, como dicen otros. Lo importante es que el nervio transeurre entre dos porciones de glándula en un plano de clivaje que será fácil o difícil para el cirujano.

Aceptamos también la concepción de Truffert, quien dice que la parótida por fuera no tiene cubierta aponeurótica sino sólo la fascia superficial y luego los demás planos cutáneos, mientras que las aponeurosis superficial y media del cuello, luego de cubrir la glándula submaxilar, se unen para formar el tabique intersubmaxilo-parotídeo y pasa hacia la cara interna de la parótida.

En cuanto al diagnóstico, diremos que excepcionalmente practicamos como complemento diagnóstico la punción, a no ser de tener el convencimiento de tratarse de una infección, como en un caso último que vimos, e hicimos el diagnóstico de tuberculosis, que actualmente va muy bien con tuberculoes-táticos. No hemos hecho experiencia con sialografías para el diagnóstico de los tumores parotídeos. No hacemos biopsia previa y más de una vez hemos llamado a nuestro lado en la Sala de operaciones al anatomopatólogo.

En cuanto al tratamiento, al principio realizábamos la resección extra-capsular, pero luego, guiados por la experiencia de los Centros especializados, seguimos la conducta de las resecciones parciales o totales con conservación del facial y en cuanto al cáncer, la parotidectomía radical que implica a su vez el vaciamiento ganglionar cervical.

Los casos que podemos referir son: 12 tumores mixtos; 1 cilindroma; 2 tumores mixtos malignos; 5 carcinomas; 2 cistoadenofomas; 3 tumores conjuntivos benignos; 1 tumor conjuntivo maligno; 3 tumores inflamatorios donde incluyo uno último con diagnóstico anatomopatológico por punción, de The.

CIERRE DE LA DISCUSION *

Dr. ARDAO.--Poco tengo que decir respecto a la estadística que ha presentado el Dr. Karlen, del Servicio del Prof. del Campo. Está dentro de lo que constituyen los resultados de los distintos tipos de intervención para tumores de índole variada.

En el momento actual, el pronóstico alejado del cáncer de la parótida en general es malo. Todas las estadísticas están de acuerdo en que el pronóstico del cáncer de la parótida, primitivo o secundario a la cancerización de un tumor mixto, cuando este diagnóstico puede ser hecho por la Clínica, el resultado del tratamiento, tanto quirúrgico como radioterápico, o de los dos combinados, es malo; es decir, con un 70 % u 80 % de recidivas, antes de los cinco años.

El problema del tratamiento del cáncer de la parótida en la fase clínica, no es quirúrgico ni radiológico. En el momento actual los resultados de todas las estadísticas así lo señalan.

Débase mencionar, simplemente a título de recuerdo, un tipo de cáncer de la parótida acerca del cual el médico general no tiene un concepto bien claro acerca de su frecuencia. Me refiero al cáncer secundario de la parótida originado por metástasis ganglionares en los ganglios parotídeos, de tumores epiteliales o melánicos de la cara, de las regiones vecinas y algunas veces a metástasis sanguíneas de epitelomas distantes, como puede ser el de la mama o del tiroides. A veces, pequeños epitelomas basales de la región temporal, de la región de la oreja, aparentemente una simple lesión costrosa, o bien pe-

* El Dr. Ardao no se refiere a la discusión del Dr. Barletta, pues ella fue incluida por Secretaría, pero no leída durante la sesión, por no haber podido concurrir a la misma el distinguido colega.

queñas lesiones que han sido extirpadas en una visita a consultorio, sin trascendencia alguna por parte del enfermo ni del médico, es la responsable —lo hemos visto más de una vez— de metástasis ganglionares que se presentan años o meses después en la región parotídea, como tumores primitivos.

Este tipo de tumor, por otra parte, es un tumor también de la misma significación pronóstica que el cáncer epitelial primitivo de la glándula.

No creo necesario abundar en estas cosas. Si alguno de los presentes tiene interés, he traído algunos diapositivos sobre este tipo de tumor.

Me resta solamente agradecer a las autoridades del Congreso el honor que me han conferido.

Nada más.

SEGUNDA SESION PLENARIA

Miércoles 11 de diciembre



*Ocupan la Mesa los Dres. Juan E. Cendán Alfonzo, Juan C. del Campo,
Iván Goñi Moreno y Aníbal Sanjinés Bros*

RELATO:

INDICACIONES QUIRURGICAS
Y RESULTADOS
DE LA GASTROPILORECTOMIA
EN EL ULCUS GASTRODUODENAL

RELATOR:

Dr. ORLANDO PEREIRA

CORRELADORES: Dres. G. A. Tobler, L. Zubiaurre y E. Capandeguy, W. Mescia, O. Bermúdez (publicados en el tomo I, págs. 155 a 248).

DISCUSIÓN: Dres. M. Miqueo Narancio, Félix A. Pereira (Argentina), Santiago Gorostiague (Argentina), H. Cosco Montaldo, M. Walterskirchen, Emilio Etala (Argentina), Ricardo Delgado (Argentina), A. Chifflet, I. Goñi Moreno (Argentina), G. Cottini (Argentina), J. E. Cendán Alfonzo.

CIERRE DE LA DISCUSIÓN: Dres. Walter Mescia, Oscar Bermúdez, Orlando Pereira.

INDICACIONES QUIRURGICAS Y RESULTADOS DE LA GASTROPILORECTOMIA EN EL ULCUS GASTRODUODENAL

Discusión

Dr. M. MIQUEO NARANCIO.—Voy a presentar la experiencia personal de los últimos seis años. El único mérito de esta presentación consiste en que todos los enfermos fueron estudiados por el mismo equipo médico, operados por el mismo cirujano, siguiendo las mismas directivas pre y postoperatorias y fueron todos intervenidos en el mismo lugar, en el Hospital Italiano de Montevideo. Además, los exámenes anatomopatológicos fueron hechos por el Dr. Cassinelli prácticamente en todos los casos.

La serie es pequeña; consta de 200 enfermos y 200 operaciones que nosotros hemos tomado como la primera que hemos efectuado. Marcamos allí que existe un porcentaje de 7 hombres por cada mujer (175 a 25). Resumiendo la edad en que los enfermos fueron operados —no tiene mayor importancia— hay un caso extremo de 81 años, dos de 20 y la mayoría entre 30 y 60; pero tiene importancia el tiempo transcurrido entre el comienzo de la enfermedad y la fecha de la operación.

Como ustedes ven en la lámina que se está proyectando, una cantidad grande de enfermos, el 50 %, sufrieron entre 5 y 10 años pese a que llevaron un tratamiento médico correcto en la inmensa mayoría de los casos, lo cual quiere decir en nuestra opinión que si el tratamiento médico fracasa es conveniente no demorar en demasía la institución del tratamiento quirúrgico.

En esta otra lámina, están marcados los síntomas principales. La dispepsia hiperesténica, pura o asociada a síndrome pilórico o a hemorragias de pequeña o mediana intensidad, fue el síntoma principal. Dentro de ese síndrome de dispepsia hiperesténica los dolores epigástricos y/o abdominales hicieron que fuera necesario separar de este grupo a unos 50 enfermos; hemorragias graves 22; etc.

Los diagnósticos de estos enfermos fueron exactos en 188 casos: inexactos en 11 y en discusión en 1. De los diagnósticos inexactos hay que anotar que en 2 casos el enfermo fue tratado como un ulceroso duodenal por un tiempo bastante largo y la intervención mostró que se trataba de un cáncer gástrico prepilórico.

El diagnóstico en discusión es un caso en el que el Dr. Cassinelli hizo un diagnóstico de úlcus gástrico crónico con cancerización superficial de la mucosa y en opinión de la Clínica de Pack en Estados Unidos no existía la tal cancerización superficial, sino que se trataba de un úlcus crónico benigno. La evolución dirá quién tenía razón.

La indicación operatoria es la siguiente: intratabilidad en 101 casos, considerando intratabilidad un tratamiento médico correctamente indicado y correctamente efectuado, o un tratamiento médico correctamente indicado pero mal efectuado por falta de cooperación del enfermo. No consideramos intratables los úlcus gastroduodenales mal tratados de entrada. Por estenosis 32 casos; hemorragias graves 30; perforación 20; cáncer o temor del mismo 14 casos; y con fines exploratorios 2, donde se demostró lesión.

El tipo de operación es la siguiente: se efectuaron 179 gastrectomías: parciales 152 y totales 2; con vagotomía 5; con colecistectomía 1; con colecistotomía 1; con esplenectomía 1; y por úlcus anastomótico 17; gastroenterostomía 7; con vagotomía 2; y sutura simple de perforación 2.

De esto se deduce que consideramos que la gastrectomía parcial es el procedimiento de elección para el tratamiento de todo úlcus gastroduodenal y que se acompañe o no de hemorragia de cualquier intensidad o de síndrome de estenosis pilórica. Consideramos, por el contrario, que la sutura simple de perforación es el tratamiento de elección en el úlcus perforado.

La mortalidad operatoria global es la siguiente: 200 operaciones con 10 muertes, lo que da un 5%. Es una mortalidad operatoria alta. No tengo tiempo de mostrar el estudio completo de estas mortalidades operatorias, pero creo que tengo el derecho a discriminar, suprimiendo de las mismas, los casos de reintervención después de otro tipo de intervención por úlcera gastroduodenal, que son 17, como han visto; los casos de las hemorragias masivas y los casos de las úlceras perforadas. Es decir, la gastrectomía parcial como procedimiento de elección en enfermos bien preparados y en enfermos operados en condiciones satisfactorias. Y en ese caso, por operaciones primarias electivas sobre 136 enfermos murieron 4, lo que da un porcentaje de 2.9%, que se encuentra dentro de las estadísticas mundiales, que oscilan entre el 1% y el 3%.

La morbilidad operatoria fue la siguiente: atelectasia o bronconeumonía de suficiente entidad como para hacer peligrar al enfermo, 14 casos; absceso subfrénico y fístula duodenal en 6; absceso de la herida en 5; ulceración en 4, etc. Hago notar una ruptura de bazo en dos tiempos. Eso nos ha pasado dos veces en que por inadvertencia, al presionar de más sobre los vasos cortos se ha producido un desgarró. En un caso, lo hemos podido solucionar en el mismo momento. En la hemorragia grave, hicimos una esplenectomía al día siguiente y la enferma salvó.

Como reintervenciones inmediatas hicimos: 8 drenajes de absceso subfrénico; de absceso parietal 5; un cierre de evisceración en 4 y una esplenectomía en 1.

No podemos presentar los resultados alejados, porque es muy difícil obtenerlos en este país, del conjunto de todas las operaciones; pero hemos tenido que reintervenir por afecciones gástricas, sólo 2 enfermos de esta serie:

uno era un enfermo con un úlcus duodenal sangrante gastroenterostomizado hace muchos años, al que le hicimos una degastrogastrectomía y el enfermo tuvo una úlcera perforada en un muñón gástrico dos años después. El otro caso, era una enferma en la que encontramos un fruncimiento del asa aferente —es falta nuestra, naturalmente— que curó con una enteroenterostomía.

Dr. FELIX A. PEREYRA (Buenos Aires).—Quiero felicitar, en primer término, al Dr. Pereira y a los correlatores por las brillantes exposiciones que nos hicieron escuchar. Este es un tema muy amplio, pero el tiempo me obliga a tomar muy someramente algunos de los tópicos que fueron abordados por el relator.

En primer lugar quería decir dos palabras sobre el problema del úlcus cancerizado. En el Servicio del Dr. Goñi Moreno, en cerca de 300 cánceres de estómago que habíamos operado hasta el año pasado, habíamos encontrado 19 que se originaban en úlcera. El Dr. Lazcano, que es nuestro patólogo, es muy exigente en catalogar estos cánceres como originados en úlceras y exige ciertas condiciones indispensables. Primero, que todo el lecho ulceroso esté reemplazado por tejido fibroso; que haya arteritis y periarteritis; que la cancerización se encuentre solamente en uno de los bordes de la úlcera y el acercamiento o adosamiento de la muscular y la muscularis mucosa en los bordes.

Creemos que todas las úlceras de estómago que no se curan de primera intención, que se hacen crónicas o que recidivan, y creemos que se curan de primera intención con tratamiento médico en un 60 % de los casos, creemos, digo, que ese otro 40 % restante deben ser operados, deben ser reseçadas, sin tener en cuenta el tamaño de la úlcera, porque ello no nos ha dado ninguna seguridad, y debe hacerse precozmente, porque se pueden cancerizar en cualquier tiempo de su evolución. No creemos que sea necesario que una úlcera sea muy antigua.

Otro tópico que se tocó fue el de la dificultad para el aumento de peso en los gastrectomizados. Nosotros hemos observado eso en casi todos los enfermos jóvenes, que se adaptan poco a poco a la gastrectomía. Por eso somos muy parcos y tratamos de hacer los tratamientos médicos en forma continuada, en los enfermos menores de 25 años.

Otro tema fue el del cierre simple o la gastrectomía en la úlcera perforada. Somos partidarios de la gastrectomía, siempre que se pueda hacer, dando por aceptado, por supuesto, que se debe estar en un ambiente quirúrgico con todos los elementos de anestesista, banco de sangre y con un equipo quirúrgico bien entrenado, naturalmente. Es claro que en ciertos ambientes, insistir en la gastrectomía podría llevar, quizás, a resultados contraproducentes.

Personalmente, he tenido oportunidad de seguir muchos perforados como Jefe de Guardia del Servicio de Haedo y después como Jefe de la Sala de Hombres del Servicio del Dr. Goñi Moreno, y he visto que la mortalidad no demuestra ningún aumento en los gastrectomizados, y la morbilidad es siempre mucho menor en el gastrectomizado que en el enfermo en el que se hizo cierre simple. Sobre el resto, no tenemos experiencia.

En las hemorragias masivas por úlcera, somos partidarios también de la gastrectomía precoz, antes de que el enfermo se decompense, y le damos mucha importancia a la edad de la úlcera y a la edad del enfermo, porque creemos que es mucho más difícil cohibir una hemorragia en un ulceroso viejo por la edad de su úlcera, por el tejido fibroso que se crea a su alrededor y además por la edad del enfermo, porque en general es un arterioescleroso en el que la elasticidad de sus arterias ha disminuido o ha desaparecido y la hemorragia, si el vaso es de algún calibre, muy difícilmente permitirá lograr la hemostasia total.

Dr. SANTIAGO GOROSTIAGUE (La Plata).—Deseo felicitar al relator y a los correlatores por las interesantes comunicaciones expuestas, y contribuir en forma muy sintética dando el criterio que impera en el Servicio de Cirugía del Prof. Christmann con respecto al tratamiento de la úlcera gastroduodenal.

La indicación operatoria está supeditada al estudio clínico del enfermo, a su régimen de vida y al resultado del tratamiento médico, si es que alguna complicación no lo impide. En estas condiciones, fracasado el tratamiento médico, somos intervencionistas, mucho más en la úlcera gástrica, salvo en enfermos desnutridos, en anémicos o en enfermos con hipoproteïnemia.

La presencia de complicaciones (hemorragia, perforación o síndrome obstructivo) refuerza esta indicación quirúrgica. Después de haber hecho nuestra experiencia con la amplia gastrectomía, iniciamos en el año 1948 el uso de la vagotomía. Examinando los resultados alejados desde hace años procedemos a la gastrectomía subtotal midiendo lo que dejamos en el estómago y no lo que resecamos, dejando 6 cms. de estómago por la curvatura menor y 12 cms. por la mayor. Resecamos, con el estómago, el píloro y una porción de la primera porción duodenal toda vez que la acidez, medida en acidogramas seriados, no sea muy elevada. Si el enfermo es joven, con elevado valor de acidez, asociamos a una gastrectomía más moderada, con piloroantrectomía, una vagotomía doble abdominal.

En los casos sometidos a este plan tuvimos resultados muy buenos, sin recidivas, sin trastornos funcionales. La vagotomía como única operación no la practicamos más para tratar la enfermedad ulcerosa; si la usamos, la asociamos a la píloroplastia o a la pílorogastrectomía.

La oportunidad operatoria: cuando el tratamiento médico no logra la curación, lleva al enfermo en mejores condiciones físicas y psíquicas al acto quirúrgico.

En cuanto a técnica, desde hace 20 años efectuamos la técnica de Reichel-Polya-Baneroff, con la maniobra de Hofmeister-Finsterer reglada por Christmann, usando sutura doble perforante y seromuscular con catgut cromado doble 0, con asa corta y precolónica. Usamos clamps de plandelinas; cierre duodenal a la manera también reglada por Christmann, salvo en casos de úlcera duodenal callosa, penetrante en el páncreas, en que usamos otras técnicas o nos resignamos a la resección para exclusión.

Hasta mayo de 1955 se habían operado en el Servicio del Dr. Christmann 649 úlceras gastroduodenales, 248 operadas por el Jefe y 401 por los colabo-

radores. En 600 oportunidades se usó el Reichel-Polya-Baneroff, con la maniobra de HofmeisterFinsterer; en 12 el Péan-Billroth y sólo 20 resecciones para exclusión.

Si a setos casos se suman las operaciones de los distintos colaboradores que tienen Servicios fuera del de Christmann y la clientela privada de muchos de nosotros, el número de operadon alcanza la cifra de 1.570 hasta 1955. De allí corresponden al Jefe, en la clientela privada, 224 casos, y el resto a los demás cirujanos. Todos éstos han usado la misma técnica y el mismo plan quirúrgico.

Voy a decir ahora que este método, simplificado pero al mismo tiempo exacto y minucioso, permite operar con rapidez y sin pausa, con el concepto de que simplificación y perfección son sinónimos. El cirujano no debe apurarse; tampoco debe perder tiempo en maniobras dubitativas o inútiles. Así evitará shock, prolongación de la anestesia, etc.

Como conclusiones, consideramos: 1º) no obstante que muchos ulcerosos gastroduodenales presentan trastornos funcionales de orden psíquico, no siempre influenciados por el tratamiento quirúrgico, con mayor frecuencia en las afecciones orgánicas son tributarias de la cirugía; 2º) que la inmensa mayoría de los casos tratados quirúrgicamente curan, como lo demuestra el estudio del postoperatorio alejado, que para nuestra casuística figura en el trabajo presentado al II Congreso Argentino de Gastroenterología el 13 de abril de 1953; 3º) esta conducta constituye un tratamiento profiláctico para las complicaciones ya mencionadas; 4º) con frecuencia suele atribuirse un mal resultado al tratamiento quirúrgico, cuando en esencia corresponde a una mala indicación o a un error diagnóstico; 5º) algunos malos resultados son la consecuencia de fallas técnicas, que deben superarse con el perfeccionamiento; 6º) existen enfermos con indicación quirúrgica de orden económico-social; creemos que eso es una realidad; 7º) de acuerdo con nuestra experiencia, el tratamiento quirúrgico, a pesar de la mutilación que causa, constituye una real necesidad en la terapéutica del ulceroso gastroduodenal hasta tanto no se descubra un tratamiento etiológico.

Dr. HOMERO COSCO MONTALDO.— Como cirujano voy a referirme especialmente al procedimiento de sustitución en la gastropilorectomía por úlcus.

El Dr. Bermúdez no ha efectuado sustituciones y expresa de manera categórica: "No la hemos realizado ni tenemos intención de hacerlo". De mi parte, convencido del valor del reemplazo en la moderna cirugía gástrica, he procedido de manera contraria, realizando estas nuevas técnicas.

Considero que debo exponer en este Congreso las sugerencias recogidas en la cirugía de reemplazo.

Un cambio fundamntal en las técnicas de la gastroenterostomía se inició en 1951 con Moroney, al reactualizar el reemplazo del colon transversal en la gastrectomía total; y en 1952 con Henley al aconsejar el injerto yeyunal en las gastrectomías totales y también en las gastrectomías parciales.

Analiqué estadísticas y llegué a la conclusión de que la interposición del yeyuno es menos riesgosa que la del grueso. La sustitución del yeyuno se apli-

en tanto a las totales como a las parciales, y en consecuencia, antes de realizar el reemplazo en las parciales, fui modificando la técnica empleada en las totales, de tal manera que en las primeras gastrectomías totales practicaba el método de la esófago-yeyunostomía con anastomosis en Y, pensando poder hacerlo por medio de una ligadura cerca de la anastomosis esófago-yeyunal. Esto lo practiqué en una oportunidad, satisfactoriamente.

Luego, siguiendo la orientación actual, practiqué el método de la gastrectomía ligadura, cuya primera serie fue presentada a la Sociedad de Cirugía. Entonces, por lo tanto, con una nueva incisión ya estaba practicado el reemplazo. De esta manera fue que practicamos el reemplazo en las gastrectomías parciales.

Tengo enfermos que llevan de operados 3 meses, 6, 7, 8, 11, 12 y 16 meses.

Esa técnica me impresionó realmente porque sus resultados son sugestivos, y consistía en practicar en la gastrectomía total el reemplazo con la parte de intestino delgado con dos estrechamientos, de tal manera que los alimentos pasaban del esófago al segmento excluido y luego por la enteroanastomosis. De esta manera perfeccionaba el método del injerto yeyunal, puesto que no había sección de elementos vasculares. Entonces, propongo como una técnica de reemplazo interesante para el futuro, justamente en las gastrectomías parciales, el reemplazo yeyunal con estrechamiento de las dos asas.

Esta técnica ofrece evidentes ventajas; conserva el duodeno en el circuito digestivo; el Billroth II pierde las ventajas fisiológicas; la absorción de proteínas, grasas, azúcar y vitaminas se cumple en malas condiciones. El pasaje del quimo no mantiene la función hormonal del duodeno y de estímulo de la secreción gástrica y pancreática, y la evacuación gástrica encuentra un órgano no preparado.

El yeyuno, en esta técnica, interpuesta, cumple esa función. La interposición yeyunal al evitar la gastroyeyunostomía del Billroth II suprime el sufrimiento postgastrectomía ligado al síndrome de asa aferente y al síndrome de asa eferente.

Es evidente que las técnicas se orientan mejorando los resultados obtenidos.

Para terminar, es necesario destacar que una nueva y promisoriosa etapa se ha iniciado en la cirugía gastroduodenal a partir de 1950, con el impacto de las modernas técnicas del reemplazo y que los cirujanos jóvenes deben aprender a familiarizarse con ellas para no verse sorprendidos ni superados por los progresos incesantes de la cirugía actual. De acuerdo con estos conceptos, y como estímulo a los cirujanos, propongo que en el próximo Congreso se incluya el siguiente tema: La cirugía de los reemplazos en la gastrectomía.

Dr. MAX WALTERSKIRCHEN.— Felicito al relator por su interesante trabajo y a los correlatores por sus éxitos. Son las felicitaciones de quien vivió intensamente los problemas del tema en el Servicio de Finsterer. Siempre parece que ya no hay nada que añadir a lo que se ha dicho y escrito de la cirugía del úlcus gastroduodenal, pero siempre resurgen las discusiones científicas alrededor del importante tema. Parece que hay en realidad varias

posibilidades operatorias para resolver exitosamente los problemas del ulcus gastroduodenal. En cinco minutos no es posible desarrollar nuestra experiencia al respecto y por esto quiero solamente expresar algunas conclusiones.

1) El buen éxito de la cirugía del ulcus gastroduodenal es no solamente el resultado del conocimiento de sus bases teóricas sino también de una habilidad manual que aumenta con el **ejercicio práctico**. Siempre recuerdo como evolucionaron mis primeros cinco estómagos no tan bien como los siguientes a pesar que todos fueron ejecutados según la misma técnica hasta en sus detalles. No hablo aquí de la mortalidad operatoria, a pesar que la mortalidad también disminuye en todas las mayores estadísticas en relación con el aumento de ejercicio, sino de las molestias postoperatorias inmediatas y alejadas, que muchas veces son evitables por una **mejor técnica**.

II) Durante las últimas semanas y meses oí como muy capacitados gastroenterólogos en sus conferencias adjudicaron a la resección del estómago no empleado una mortalidad de 10 % y hablaron del 70 % de los operados que sufrirían del síndrome del dumping. Basándose en estas cifras que sin duda alguna no están conformes con los resultados obtenidos por cirujanos de experiencia, ningún gastroenterólogo estaría dispuesto a aconsejar al enfermo respecto al tratamiento quirúrgico de su sufrimiento y de los relativos riesgos. Por esta razón hay que poner importancia en las **cifras correctas** en todos los ambientes. La mortalidad de la resección del estómago por ulcus tiene que moverse entre los 1 y 3 % y el síndrome del dumping tiene que ser una rareza. En el Servicio de Finsterer casi no se habló del dumping.

III) A base de favorables resultados inmediatos y a base del hecho que hemos encontrado desde el 90 hasta el 98 % de los gastrectomizados curados, tratamos con la resección parcial del estómago también los casos de **gastritis** acompañada de molestias, aliviados pero no curados por el tratamiento médico y de una hiperproducción de ácido gástrico. En estos casos la gastrectomía y preferiblemente la **gastroduodenostomía** dan los mismos buenos resultados.

IV) Por la misma razón creemos que el tratamiento quirúrgico del ulceroso no tiene que ser limitado a los casos que presentan complicaciones. Creemos que las buenas posibilidades a curarlos que presenta la cirugía permita tratar quirúrgicamente todos los enfermos de un ulcus sea **gástrico** o **duodenal**, quienes desde años sufrieron repetidas veces y quienes por razones sociales o por su inclinación no pueden o no quieren someterse a un régimen que los obliga a repetidas curas, a varias restricciones y hasta los estorba en el ejercicio de la profesión.

V) La resección de los dos tercios del estómago seguida de una típica gastroyunostomía es una procedimiento probado que da un excelente resultado. Nosotros hemos realizado un **procedimiento** algo diferente según el enfermo. Así hemos hecho un gran porcentaje de gastroduodenostomías ya sea en forma término-terminal o Billroth-Pean o término-lateral según Haberer. Los dos permiten una resección más económica. Creemos que en los casos difíciles en el duodeno, los procedimientos de exclusión propuestos por Finsterer con o sin pilorrectomía dan un muy buen resultado. En los casos difíciles del tercio oral del estómago hemos usado la gastrectomía paliativa distal a la

úlcera según Kelling-Madlener con el mismo éxito. Hay que saber que lo que se llama un caso difícil no es solamente determinado por el estado patológico sino muy esencialmente también por la experiencia del operador.

VI) En el postoperatorio inmediato hemos usado muy raras veces la sonda permanente y el lavaje gástrico. No desconocemos la ventaja que dan estos procedimientos al enfermo, pero no hemos encontrado necesario hacerlo sistemáticamente.

El postoperatorio alejado tiene la mayor importancia. Tan es así que no solamente el cirujano sino también el médico que dirige el postoperatorio alejado tienen en sus manos el futuro bienestar del enfermo. El enfermo ulceroso queda después de la operación un enfermo ulceroso sin úlcus. Como tal es nervioso e influenciable y tiene que saber que fue operado no para quedar sometido a un régimen sino para ser completamente curado de su úlcus. El postoperatorio tiene que ser dirigido con esta sugerencia y acompañar al enfermo a la vida normal. El alimento blando que los operados precisan, tienen que preparar ellos mismos y no una cocina especializada. Ellos tienen que aprender nuevamente a masticar con conciencia y paciencia y por esto tienen que tener una dentadura arreglada.

VII) Para terminar, me parece interesante mencionar que operé una cantidad de ulcerosos quienes antes y después de la guerra sufrieron de su úlcus. Pero durante la guerra y el servicio militar no sintieron nada a pesar de la vida irregular, muchas veces sin dieta y en el frente con situaciones angustiosas que llevaron. Esto parece que da luz sobre la psicología del ulceroso. Estos hombres parecían liberados de su tensión al estar incorporados en una gran comunidad que los privó de su libertad y de su preocupación. Para el modo de ser de estos enfermos el último era el más importante.

Dr. EMILIO ETALA (Buenos Aires).—Queremos felicitar al señor relator y co-relatores por sus brillantes trabajos.

Simplemente vamos a hacer algunas consideraciones sobre ciertos hechos clínicoquirúrgicos o clínicopatológicos.

Hay una serie de problemas, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de la úlcera duodenal y en la úlcera gástrica, que en realidad vale la pena enfocarlos individualmente, con el objeto de aclarar algunos hechos.

Desde el punto de vista de la indicación quirúrgica de la úlcera duodenal, todos estamos de acuerdo —y lo han dicho muy bien los relatores— en cuáles son ellas. Desde el punto de vista de las indicaciones quirúrgicas de la úlcera gástrica, hay todavía algunos problemas no bien resueltos, y por eso vamos a mostrar algunas observaciones que ponen en evidencia las dificultades diagnósticas y a veces terapéuticas de estos problemas.

En la úlcera gástrica nosotros acostumbramos a hacer la indicación quirúrgica y practicar esta terapéutica, en todos los casos de úlcera de pared posterior de bulbo, de pequeña curva, de antro, de pared posterior de cuerpo gástrico y de gran curva de estómago. También practicamos la extirpación en las úlceras que tienen por su aspecto radiológico o su aspecto endoscópico, cierta sospecha de malignidad, que ya es por todos conocido.

Pero en las úlceras de pared posterior, de antro y de pequeña curva, donde es difícil establecer el control radiológico y endoscópico, porque en ese sentido no hay nada que hacer, es muy difícil establecer si realmente es un enfermo que va a la curación o no, o si hay una serie de alteraciones de tipo inflamatorio o mamelonar que son bastante frecuentes, que dificultan el diagnóstico radiológico e imposibilitan el control exacto.

(Exhibe láminas y placas.)

Aquí tengo un caso de úlcera pequeñísima de pared posterior de antro perfectamente visible en el examen radiológico con compresión dosificada y que aparentemente tiene el aspecto de una lesión benigna. Con ese diagnóstico la hemos operado. En el acto quirúrgico se demostró que había un tumor en la zona antral, pared posterior de antro, siendo difícil asegurar si es un proceso puramente benigno o si es maligno. Es que en estos casos de úlcera de pared posterior de antro, las lesiones hiperplásicas o hiperplásicas-atróficas o atrófico-hiperplásicas, son tan importantes que son de difícil interpretación no solamente para el cirujano antes de abrir la pieza, sino después de haberla abierto y también para el patólogo. Aquí se ve la enorme lesión que rodea la úlcera, que tiene todas las características de benignidad, que se aseguró que era benigna por el examen histológico y como pueden apreciar también por el corte macroscópico de la lesión.

Otro caso semejante en que la duda diagnóstica se establece no solamente antes de la operación, sino durante el acto quirúrgico. Como ustedes pueden ver, hay un pequeño nicho de pared posterior de antro, que se ve en las cuatro imágenes radiográficas.

Por supuesto que no todos los casos de retracción en caracol de las úlceras de pequeña curva son lesiones benignas. Hemos tenido oportunidad de ver, como ustedes también habrán podido observar, que existen lesiones ulcerosas de pequeña curva que provocan retracción, y hemos podido observar en un caso una úlcera de antro con otra úlcera en pequeña curva, que seguida la evolución ulterior con tratamiento médico, se comprobó que la úlcera alta había desaparecido y que la lesión aparentemente iba retrogradando, hasta provocar una retracción en caracol, como se puede observar en la última radiografía. Este tipo de lesión no asegura, de ninguna manera, que este proceso, a pesar de ser retractivo, fibroso, como es característico de las lesiones benignas, sea realmente de carácter benigno. El estudio histológico demostró que se trataba de un proceso maligno.

Decimos que habitualmente no acostumbramos a hacer el test terapéutico de lesiones que ya sea por su ubicación topográfica o por sus características radiológicas, ofrecen sospechas de malignidad. Tenemos este caso, padre de un médico, con una lesión de tipo nicho en platillo de pequeña curva, vecino al ángulo, en que la lesión primitiva es sospechosa de malignidad. Este señor no descó intervenir, a pesar de la indicación quirúrgica, y podemos observar en la radiografía sacada a los tres meses que ese nicho había mejorado. Había concurrido a otro médico que le indicó tratamiento dietético, y efectivamente el enfermo mejoró clínicamente, subjetivamente, y desde el punto de vista radiológico se ve cómo había disminuído el nicho. Se ve en la radiografía, ade-

más, cómo ha desaparecido prácticamente el nicho después de ocho meses de tratamiento. El enfermo había aumentado ocho kilos de peso; sin embargo, a pesar de eso, ustedes ven que dos meses después reaparece el nicho que se ve en la última radiografía y que deja de tener las características anteriores, para transformarse en un nicho con caracteres netamente neoplásicos, que la pieza operatoria demuestra perfectamente bien.

El estudio histológico demostró que existía una lesión neoplásica, que se ve tanto en la lesión ulcerosa, como en el ganglio vecino a la lesión. Quiere decir, entonces, que el test terapéutico tiene un uso limitado; cuando hay sospecha de malignidad, no hay que hacer test terapéutico.

No acostumbramos a abrir la pieza durante el acto quirúrgico, o abrir el estómago para hacer el diagnóstico directo, porque eso puede traer inconvenientes de implantación celular si es lesión neoplásica, y entonces hacemos directamente la visión endoscópica durante el acto quirúrgico, ya sea por un peritoneoscopia, o mejor todavía, con un rectoscopia infantil. De esta manera, evitamos la implantación celular en el tejido vecino al estómago, como se podía hacer abriendo el estómago y dejando que el jugo gástrico salga al exterior, lo cual trae el consiguiente peligro de la diseminación celular neoplásica.

Dr. RICARDO DELGADO (Argentina).— Voy a hacer uso de la palabra para felicitar al relator y co-relatores por los trabajos presentados, y también para expresar mi profunda satisfacción de encontrarme entre ustedes, en un país al que tanto le debemos por nuestra liberación. Asimismo, quiero felicitar a los organizadores del Congreso.

En cuanto al tema, vamos a decir algunas palabras sobre nuestra experiencia, ya que vivimos en un medio infectado de ulcerosos, a tal punto que es la cirugía más frecuente.

La circunstancia de controlar, casi simultáneamente, cuatro Servicios —el Hospital Español desde 1933, Jefe de Servicio en el Hospital Ferroviario, en el Hospital Rosario y en el Hospital Centenario— me ha proporcionado una experiencia numerosa, que no es personal, sino también de los colaboradores, y que llega a 2.000 gastrectomías.

Nosotros tenemos por principio no operar los enfermos agudos, es decir, el enfermo que presenta una úlcera de poco tiempo, al que siempre rechazamos. Creemos que la cirugía, en esto como en tantas cosas, es la técnica de los saldos; que no debe operarse enfermos que tengan una indicación de orden médico, sino que la cirugía debe quedar para los fracasos de la medicina. Muchos enfermos, con un buen tratamiento y con paciencia del médico, pueden curar y no tienen por qué ser sometidos a una operación. Esto nos da, como consecuencia, el que recibamos enfermos que ya han hecho la prueba médica, que ya saben lo que es el tratamiento médico y que si fracasan ya tienen hecha su prueba y vienen con otro espíritu a la operación; están dispuestos a soportar la operación y el tratamiento postoperatorio y todo lo que les imponemos. No creemos que la operación termine con la enfermedad. El enfermo operado debe someterse a cierto rigorismo en su parte psíquica y en su parte física y alimenticia para que el resultado operatorio sea suficientemente bueno.

Cuando el enfermo viene, puede ocurrir que su sintomatología física sea lo que prime o que prime en él una abundancia de sintomatología psíquica. Si la sintomatología psíquica no es muy abundante, siempre tratamos de hacer psicoterapia, y creo que cualquier médico experimentado puede hacer la psicoterapia para el caso simple, para el común de la gente que cree que su problema espiritual es el mayor del mundo; para el que cree que la situación económica es muy afligente, y cualquier médico está en situación de demostrarle que su situación es una cosa sin importancia, y puede tranquilizarlo en esa forma.

Si el enfermo, por el contrario, presenta un cúmulo de problemas psíquicos que rebasa la posibilidad del médico, entonces no tenemos tiempo ni paciencia, ni técnica para ocuparnos de ese enfermo, por lo que lo delegamos a algún médico psicosomático, que lo atenderá correctamente.

Si después del fracaso reiterado, si es posible, del tratamiento médico, el enfermo pide la operación, entonces nosotros lo operamos. Es decir, que habitualmente operamos los enfermos recidivantes del tratamiento médico.

La operación, realizada por grupos quirúrgicos —no es una estadística personal la que yo presento— nos ha dado el 3 % de mortalidad. Es una mortalidad un poco alta; hay estadísticas más bajas, pero debo decir que dentro del grupo quirúrgico de los distintos hospitales, hay muchachos que se están formando y que la estadística de mortalidad tiene que ser más alta por eso.

Los resultados operatorios son bastante satisfactorios. Problemas de los presentados aquí, los hemos tenido, pero no con una importancia en frecuencia ni en intensidad, que puedan ser afligentes. Por ejemplo, diarreas postoperatorias, habitualmente son controladas por el tratamiento médico y son para mi concepto, debidos a fenómenos de evacuación de ansa, y debidos a algunas ingestiones intoleradas, por ejemplo de leche o de glúcidos, o a la abundancia del aporte líquido global. Cuando se corrigen las indicaciones alimenticias y del ritmo alimenticio, esos problemas habitualmente no tienen trascendencia, no tienen importancia, y no pasan de algunas pequeñas cosas.

Hemos tenido que operar, en cambio, dos enfermos con fenómenos persistentes y prolongados de "dumping", que eran debidos, contrariamente a lo que se ha dicho aquí, a fenómenos de asa eferente, eferentitis, con dilatación de asa eferente, por fenómenos de obstáculos plásticos por debajo de la anastomosis.

Estos enfermos han debido ser reintervenidos; en un caso tuvimos que hacer resección de la anastomosis y las cosas se acondicionaron bien.

El resultado alejado es imposible darlo. En el año 1937, publicamos nuestro libro sobre la vida del gastrectomizado, y ya en aquella oportunidad, con un número mucho menor nos fue imposible controlar a la gente después de cinco años, porque no se la encuentra, o no contesta o no se sabe dónde vive. No podría ser yo serio si dijera algo del resultado alejado, porque no lo conocemos; no tenemos una organización apropiada ni una cultura apropiada de la gente, para colaborar en estos estudios.

La estadística de úlceras pépticas se refiere fundamentalmente a un período de pocos años. Sin embargo, hemos visto algunas úlceras pépticas de

quince o veinte años de operadas, y esto nos hace pensar que posiblemente otros cirujanos operen algunos enfermos nuestros que nosotros suponemos que siguen bien.

La técnica empleada ha sido casi siempre la de Hofmeister-Finsterer. Desde hace más de quince años la hacemos precólica, con asa intermedia, ni corta ni larga. Los resultados operatorios son muy buenos. Posiblemente la tolerancia de la precólica se deba a que hacemos también intubación sistémica en el postoperatorio, y no tenemos que quejarnos de ningún trastorno; cuando el mesocolon es muy abundante, es grueso, apelmazado, hacemos resección del mismo.

En definitiva, la experiencia quirúrgica nuestra es bastante satisfactoria en cuanto a la gastrectomía por úlcera, de estos enfermos que presentan fenómenos no muy recientes.

Quiero referir dos casos de úlceras pépticas agudas, podríamos decir, que se han presentado en un postoperatorio bastante inmediato. Uno de ellos, que lo tenemos en el Servicio con la segunda úlcera péptica, hizo la primera dos meses después de la gastrectomía y la segunda úlcera péptica ha sido operada hace pocos días, cuatro meses después de la primera. Es la segunda observación que vemos de esta tenacidad de úlcera y de tendencia a hacer úlceras pépticas, y que naturalmente relacionamos —la técnica y la indicación han sido las mismas— con ciertas condiciones de tipo somático que puedan favorecer esta patología tan reincidente.

Dr. ABEL CHIFFLET.—Todos nosotros hemos leído o hemos oído a los relatores; creo que está de más felicitarlos. Yo diría que más importante que lo que se dice, es el estado mental de quien lo dice. Los relatores han dicho honestamente lo que piensan y a consecuencia de eso ha surgido de este conjunto de relatos, un ambiente, un estado ambiental de comprensión del problema llegando a una conclusión que está muy bien que se diga en una sala de cirujanos, de que para tratar a un enfermo con una úlcera gástrica o duodenal, más que ser un operador hay que ser un cirujano; cirujano como debe ser un cirujano.

Nosotros creemos que las úlceras del estómago deben ser prácticamente todas operadas. No creemos que sea muy frecuente la transformación maligna, pero creemos que con diagnóstico clínico y radiológico de úlcera, se está a veces frente a un neoplasma y que hay neoplasmas que evolucionan durante mucho tiempo, neoplasmas que mejoran con el tratamiento inerte, y que sólo el tratamiento quirúrgico nos puede poner a cubierto de una evolución que haga imposible la cirugía con pretensión de curarlos.

Consideramos que el ulceroso del duodeno es un enfermo que debe ser operado en determinadas circunstancias; cuando se presentan las manifestaciones de lesión persistente. No hay que operarlo verde, y en ese sentido tienen razón los médicos; pero no hay que esperar que caiga, y en ese sentido podemos decir que algunos de los malos resultados quirúrgicos, son imputables a los internistas, que han mantenido al enfermo demasiado tiempo. Ni verdes ni demasiado maduros, y para seguir con la comparación que ha sido tan

utilizada en ciertos ambientes: ni verdes ni maduros, y sin desconocer el árbol, que muchas veces la cosecha es necesaria no por el requerimiento del tratamiento de la fruta, sino para salvar el árbol, que sufre la influencia de esa fruta innecesariamente presente.

Pero nos vamos a referir a dos o tres puntos. Dice el Dr. Bermúdez: las técnicas más perfectas no aseguran la curación absoluta. Completamente de acuerdo, y en ese sentido en desacuerdo con las manifestaciones del doctor Vasconcellos, que poco tiempo atrás, ha dicho en Montevideo que con técnica perfecta no hay malos resultados.

El Dr. Vasconcellos decía que él operaba mucho porque habían muchos enfermos que en Brasil pedían la operación. Consideramos no aceptable la posición de operar porque el enfermo lo pida. El médico está por arriba del conocimiento del enfermo, y debe ser él quien debe aconsejar al enfermo lo que debe hacer, de acuerdo con sus conocimientos. Y además diremos no operar al que pide, sino pensar mucho, como lo dice muy bien el Dr. Pereira, ante el enfermo que quiere operarse porque por razones económicas no puede hacer el tratamiento. Hay, como él lo dice, además del problema económico, un problema de orden psicológico, que es fundamental al considerar el enfermo.

Para la perforación, el tratamiento incruento, ha dado muy buenos resultados. Por razones especiales hemos tenido que hacerlo en alguna oportunidad. Creemos que tiene sus indicaciones, pero de ese tratamiento incruento yo diría lo siguiente: se plantea una vez que el enfermo está en un Servicio quirúrgico capacitado para operarlo, no en la casa, para después no saber qué hacer si fracasa el tratamiento incruento. Y en segundo lugar, tratamiento incruento no es aspiración continua; tratamiento incruento es un trípode constituido por aspiración continua, antibióticos y equilibrio humoral, porque el perforado que no es tratado desde el punto de vista humoral, es un enfermo cuyo tejido sufre el efecto nocivo del contenido gástrico y hace una perforación iterativa si no se le trata correctamente. Es decir que hay que sacarse la idea de que es aspiración; es aspiración, antibióticos y equilibrio humoral.

La estenosis pilórica creemos que a veces puede tratarse por la simple gastroenterostomía y usábamos antes decir que sobre todo en la mujer, sobre todo en el viejo y sobre todo cuando la estenosis es de larga data, la gastroenterostomía puede ser eficaz. Nuestra experiencia no ha estado de acuerdo con esta afirmación; hemos tenido enfermos viejos o viejas estenosis pilóricas a los cuales les hicimos hace muchos años gastroenterostomías, y que nos hemos visto obligados a operar últimamente a consecuencia de la complicación de la úlcera yeyunal.

Consideramos que la gastroenterostomía como tratamiento de la úlcera gástrica o duodenal, sólo se justifica cuando se reúnen dos o tres de esos tres integrantes, es decir, mujer, vieja, antigua estenosis pilórica.

El Dr. Pereira se refiere al problema de los inconvenientes de la transfusión. Indudablemente que la transfusión tiene sus inconvenientes. Es necesario montar buenos dispositivos y buenos centros de transfusión sanguínea; es preciso que los centros del interior dispongan de las comodidades y equipos necesarios para hacer bien la transfusión. Pero hay una razón de transfusión

sobre la cual yo quiero llamar la atención: es la transfusión que se hace en gran cantidad cuando el enfermo dejó de ser un hemorrágico para pasar a ser un parenquimatoso. El enfermo que empieza a sangrar en cierta cantidad, es en primer lugar un enfermo con anemia aguda, y en ese momento la restauración de esa cantidad de sangre que perdió, lo transforma en un sujeto absolutamente normal; pero si el médico espera para llamar al cirujano dos o tres días, el cirujano no tiene un anémico agudo, sino una víctima de esa anemia aguda que ha actuado sobre el parénquima hepático, sobre el corazón, sobre el cerebro, etc., etc., y ese enfermo está en malas condiciones para recibir la gran transfusión sanguínea. Por esta razón, cuando los médicos hacen sus estadísticas sobre los enfermos que sangraron y que posteriormente pasaron al cirujano con malos resultados, nosotros decimos: malos resultados, debidos a ustedes, que nos pasaron no anémicos agudos sino parenquimatosos.

Sonda postoperatoria. La sonda postoperatoria es útil porque mantiene vacío el estómago; es útil porque saca la bilis, que es el irritante más nocivo que hay para la mucosa gástrica. En este sentido, somos partidarios de utilizarla; pero es nociva porque saca líquido, es nociva porque irrita mecánicamente la sutura gastroyeyunal, y es nociva porque le saca elementos salinos y en especial elemento sodio, indispensables desde el punto de vista humoral e indispensables para que se inicie el peristaltismo yeyunal descendente.

Por esta razón nosotros somos pareos en el uso de la sonda; la utilizamos en el acto operatorio, la sacamos precozmente (ocho, diez o doce horas) y estamos dispuestos a aplicarla cuantas veces sea necesaria si existe una retención gástrica.

La leche no la usamos en el postoperatorio. La leche es el mejor de los alimentos para el sujeto normal y exige como condición fundamental para ser utilizada por el sujeto, que la coordinación de los distintos elementos del tubo digestivo sea normal. En el gastrectomizado muy a menudo incoordinado, ese proceso no se produce.

Somos partidarios de la hemostasis directa; somos partidarios de la exploración directa de la viscera; somos partidarios del corte entre la úlcera y el píloro, en las úlceras duodenales dificultosas; hacemos la oral total con anastomosis transmesoecólica; y, en fin, la comunicación del Dr. Capandeguy es de un extraordinario interés desde el punto de vista de la fisiopatología de gastrectomizados.

Creemos que no se debe hablar de patología del asa aferente y del asa eferente; que se debe hablar de la patología de la incoordinación funcional de una nueva situación creada. Por esa razón la exposición del Dr. Delgado demostrando que un síndrome muy parecido a lo que se puede encontrar en un síndrome de asa aferente lo encontré con lesiones del asa eferente, confirma nuestra creencia de que esos enfermos sufren porque existe falta de coordinación entre un tránsito digestivo que del estómago pasa al asa eferente, que es vía de tránsito, y un sistema diverticular que en el momento oportuno de la digestión debe echar su contenido de naturaleza pancreática y biliar.

Por esa razón nosotros creemos que en lugar de hablar de síndrome de asa aferente —como criterio mecánico— o de asa eferente, se debe hablar de síndrome de incoordinación, debido a uno u otro de los sistemas.

Dr. IVAN GOÑI MORENO (Buenos Aires).— Ya se ha dicho mucho y bueno en esta reunión; es poco lo que se puede agregar, pero deseo agradecer a mi amigo Cendán Alfonso, el que me haya invitado a ocupar un sitio en esta Mesa Directiva, honor que creo se dedica no a mí sino a mis colegas argentinos presentes.

El Dr. Orlando Pereira nos ha hecho un espléndido relato, y lo mismo los correlatores. Hemos aprendido muchas cosas y habría mucho que decir sobre úlcera gástrica y duodenal. Pero la úlcera gástrica y la úlcera duodenal son dos úlceras distintas, tanto en su etiopatogenia, como en su evolución y en su tratamiento. Por lo tanto, la indicación operatoria debe ajustarse a cada modalidad y a cada tipo, y a cada momento en que se sorprende la evolución de la úlcera.

En las úlceras duodenales hay que ser muy cauto en la indicación y no operar nada más que las úlceras callosas del duodeno. En las úlceras gástricas, en cambio, en cuanto se hacen crónicas, la indicación operatoria está de inmediato presente, porque son úlceras que se cancerizan con frecuencia. Nosotros hemos tenido una experiencia bastante amplia en este sentido, y el Dr. Lazcano, nuestro anatomopatólogo, ha encontrado el 6 % de cancerización en úlceras crónicas de estómago resecaadas. Tal vez la proporción sea mayor si se tiene en cuenta que muchos estómagos con úlceras crónicas que son resecaadas, no van al examen anatomopatológico.

Voy a tocar solamente dos puntos de vista técnicos: el de las úlceras muy altas de la pequeña curvatura gástrica, que son poco frecuentes, pero que ofrecen problemas muy delicados. Si se encuentra una úlcera callosa muy alta de la pequeña curva gástrica hay que enlazar primero el esófago, hay que abrir el estómago, hay que ver la úlcera, hay que hacer biopsia, una, dos o tres veces, porque el tratamiento es muy distinto. No se puede indicar una operación de Kelling-Madlener si no sabemos que esa úlcera es benigna. Si esa úlcera es maligna, cosa que muchas veces en el examen anatomopatológico por congelación no se puede establecer, entonces la mejor operación es la de Rudel-Smidel. Nosotros ya tenemos hechos tres cosas. Consiste en hacer una resección invertida, resecando ampliamente toda la zona con la lesión, dejando el antro y haciendo una anastomosis esófagoeyunal término lateral, con anastomosis del asa aferente al antro abierto, y luego una derivación de Roux. Esta es una operación muy fisiológica porque conserva el antro, y esta conservación del antro es la mejor protección contra el síndrome de agastria.

Si la úlcera es benigna y tenemos la seguridad de que así lo sea, entonces hacemos la operación de Kelling-Madlener. En las úlceras callosas de duodeno, el problema técnico que se presenta es muy delicado. El Dr. Bermúdez ha sido muy explícito en ese sentido; habría muy poco que decir, sólo que comparto la mayoría de sus opiniones. Yo creo que esta es una cirugía que debe hacerse ampliamente abierta. En primer lugar hay que localizar la úlcera, hay que saber si está o no cerca de la vía biliar principal, qué relaciones tiene con el páncreas, etc. Ante la menor dificultad yo no trepido en abrir el colédoco e introducir un bñiqué. Esta es una maniobra ya descrita por varios autores. Ello nos permite saber si la papila está o no está en la

segunda porción del duodeno. Yo tuve una vez la desgracia de resecar una úlcera de duodeno con la papila abierta al lado de la úlcera en el bulbo duodenal, y la operación reparativa que traté de efectuar con un ansa de intestino delgado, dio buen resultado durante pocos días. Luego se hizo una fístula, el enfermo perdió jugo pancreático, no se pudo controlar y murió.

Yo les tengo mucho temor a las úlceras callosas del duodeno, pero no hago la operación de exclusión de Finsterer, porque he reoperado dos enfermos con fístulas, operados por otros cirujanos (resección-exclusión) y he podido resecar perfectamente la úlcera del duodeno. Creo que no nos debemos quedar demasiado cortos ni irnos demasiado lejos.

En conclusión, creo que la cirugía de estas úlceras crónicas se debe realizar a cielo abierto, como el maestro Finsterer ya lo había indicado hace tantos años, y que la mayor parte de los malos resultados operatorios en el postoperatorio inmediato de esta cirugía, se deben a que el cirujano no ve bien lo que hace y no pone los elementos bien al descubierto.

Dr. GULLERMO COTTINI (Buenos Aires).—Debo hacer llegar mi felicitación al relator y co-relatores. La circunstancia de exponer en último término, me permite ser algo más breve, pues comparto enteramente los conceptos vertidos por el Dr. Chifflet, al cual le hago llegar también mis plácemes por su exposición.

El Dr. Pereira ha hecho un magnífico relato, pero nos trae a consideración estadísticas extranjeras, las cuales son muy atendibles. Creo yo que la cirugía en esta parte del continente, en lo que a cirugía gástrica se refiere, ha alcanzado un alto nivel, a punto tal que ya podemos regirnos por nuestras estadísticas y más aún no podemos compararnos en el sentido estadístico, porque nuestros enfermos son latinos; nuestros enfermos tienen un tipo alimenticio distinto, un modo de vida distinto. Es cierto que Bockus dice que el 80 % de los enfermos pueden curarse con el tratamiento médico, pero es penoso, en cambio, para nosotros, tener que aceptar que nuestros enfermos difícilmente puedan curarse, en el 80 % de los casos, con el tratamiento médico, porque en nuestro medio sigue siendo la úlcera gastroduodenal un problema social. Nuestro hombre de campo, nuestro jornalero, no puede llevar un tratamiento como desearíamos, desde el punto de vista científico, desde el punto de vista oneroso, desde el punto de vista de su comprensión para seguirlo, económico, etcétera. Es así que tenemos ante nosotros un problema muy amplio, que debemos adaptar a nuestro medio y podemos, con el alto nivel alcanzado en cirugía, hablar de nuestros operados y de nuestras cifras estadísticas, porque si bien en materia de cirugía en otro orden, podemos aprender todavía mucho, no es jactancia reconocer que en esta parte del continente (me refiero a Sudamérica) podemos también dar nosotros nuestras directivas.

El Dr. Pereira ha hablado del tratamiento médico y del tratamiento quirúrgico. Considero que no pueden ni deben oponerse, por cuanto todo enfermo quirúrgico es antes un enfermo tratado médicamente; antes y después. No voy a ahondar más, porque deseo hablar sobre dos puntos que no han sido tocados en este ambiente.

El Dr. Bermúdez nos ha hecho un magnífico corelato, a quien hago llegar mis sinceras felicitaciones por su exacto enfoque del asunto y por esta síntesis extraordinaria sobre la que hay que meditar profundamente, síntesis que comparto enteramente.

Quiero hablar de una situación que el Dr. Bermúdez mencionó en su corelato, y es que cuando se opera un ulceroso duodenal hay que valorar muy bien qué es lo que se puede hacer y no ir directamente con la idea preconcebida. Pertenezco a un Servicio, donde actúo desde hace cerca de veinte años, con el Prof. Julio Díez, en donde somos reseccionistas, donde tenemos nuestra inclinación natural a efectuar la resección, la gastrectomía subtotal con anastomosis; pero sin embargo hay que hacer siempre antes una valoración de lo que se puede hacer con el duodeno. Es así que el duodeno no puede ser tratado en forma sistemática y decir: somos partidarios del Billroth I o partidarios del Billroth II. Hay una operación —no pretendo desenterrarla porque está en el ánimo de todos ustedes— que ha salvado muchas vidas y que seguirá salvando, que es la operación de exclusión de Finsterer. Es una operación que en nuestras manos nos ha dado buen resultado, porque conceptúo que la hemos realizado cuando estábamos oportunamente a tiempo de efectuarla. Desgraciadamente, la operación de exclusión de Finsterer se realiza muchas veces como último recurso, cuando en realidad debe iniciarse la intervención en el momento de la valoración del tumor inflamatorio inextirpado o con grave riesgo de vías biliares.

Para hablar de estadísticas, diré que sobre más de 1.500 gastrectomías en el Servicio del Prof. Julio Díez, se llevan realizadas 80 resecciones de exclusión de Finsterer, con 3 muertes por peritonitis postoperatoria. Vale decir, que estamos en condiciones de poder dar datos estadísticos.

Otro aspecto que no ha sido tocado hoy en esta sección, de la cual guardaremos un magnífico recuerdo, porque muy poco más puede decirse luego de lo escuchado hoy, es sobre una temible y grave complicación de las úlceras, que felizmente se ve menos porque se ha dejado de hacer la gastroenterostomía posterior. Me refiero a la fístula gastroyeyunocólica postoperatoria. Esta fístula es una temible complicación cuyo tratamiento muchas veces quita la tranquilidad del cirujano, después de correctamente realizada. Varias son las operaciones —no las pasaré en revista— pero solamente quiero referirme a una de ellas, realizada por Julio Díez, que se denomina exclusión funcional segmentaria del colon transversal, sobre la cual haré una proyección, que seguramente hará más breve su explicación.

Se puede realizar en uno o dos tiempos; sabemos positivamente cuáles son los fundamentos que rigen esta grave complicación. La intervención consiste en hacer una exclusión desfuncionalizante, una anastomosis de ambos cabos del colon transversal, una exclusión funcional y la anastomosis colónica. Sabemos positivamente que la mejor operación es la exclusión del trayecto fistuloso, la anastomosis yeyunoyunal, etc., etc., pero no siempre se pueden realizar, y quien se haya visto en estas contingentes, sabrá las dificultades técnicas que debe abordar el cirujano. Si no se puede efectuar esta operación por ese mismo tumor inflamatorio, se puede hacer en dos tiempos efectuando primeramente una cecostigmoidostomía. Esta operación pone también a

cubierto de que si la úlcera se reactivara, se puede en otro tiempo, en mejores condiciones, efectuar la operación de Von Haberer, de la que somos partidarios.

Dr. JUAN E. CENDAN.—Me voy a referir al tratamiento no operatorio de la perforación gastroduodenal. Sobre esto diré sencillamente --porque ya lo hemos establecido bien en un trabajo publicado en la Sociedad de Cirugía-- que el tratamiento médico de la perforación gastroduodenal es un excelente procedimiento, pero que no debe ser un procedimiento de elección ni mucho menos. Ha sido perfectamente establecido por el Dr. Chifflet hace un momento que tiene que ser realizado en un medio quirúrgico y donde la vigilancia permanente del enfermo se realice personalmente por el cirujano que lo trate, para decidir en cualquier momento la intervención, en caso de que las circunstancias lo obliguen a ello. Esto, cuando se hace como tratamiento de elección. Cuando es como tratamiento de necesidad, en los casos que están por encima de las posibilidades de una intervención, las cosas son distintas.

El otro problema a que me quería referir era respecto a la cirugía por reemplazo. Creo que la cirugía por reemplazo es una excelente cirugía en los casos en que está indicada, como en el cáncer gástrico y de las lesiones difusas del estómago que requieren en la gastrectomía total; por el contrario, no debe ser ni siquiera planteada en el caso del úlcus gastroduodenal.

CIERRE DE LA DISCUSION

Dr. WALTER MESCIA.—Sobre la presentación del Dr. Etala de una lesión que nos mostró que tenía un carácter radiológico de benignidad, queremos decir que estamos absolutamente de acuerdo. El hecho de que un estómago tenga un acaracolamiento en la pequeña curva que traduce una retracción, no excluye la posibilidad de su carácter maligno. Nosotros hemos observado en estudios hechos comparativamente, la anatomía patológica hecha por el Dr. Cassineli y la radiología, que muchas veces se encuentra sobre todo en la submucosa un tejido fibroso que es el que explica todo este síndrome de retracción y mismo las imágenes de falso nicho o de rigidez. De manera que en ese sentido el hecho de la retracción no permite afirmar que la lesión sea benigna.

En lo que tiene que ver con el Dr. Delgado, que ha hablado de las diferentes patogenias del síndrome del "dumping", estamos absolutamente de acuerdo también. En realidad el "dumping" se desarrolla sobre un terreno general, que es el de trastornos neurovegetativos, pero a su vez puede obedecer a distintos tipos de trastornos, del asa eferente, del asa aferente, es decir, de todo ese complejo funcional, o puede obedecer a trastornos de tipo inflamatorio.

En lo que se refiere al Dr. Chifflet, nosotros también estamos absolutamente de acuerdo. Creemos que la sonda gástrica representa cierto traumatismo. Hemos visto que a veces la sonda gástrica podría hacer sangrar. Es evidente que cuando uno aspira o el enfermo está incomodado, sobre todo si se le aspira, nosotros creemos que la aspiración sistemática oral cada tres

horas no debe hacerse; pero cuando el enfermo siente la distensión epigástrica, uno aspira y ve salir el líquido, se tienen descos de seguir con la sonda gástrica.

Es decir, que nosotros, en realidad, en nuestros enfermos, durante las veinticuatro o cuarenta y ocho horas que siguen a la operación, retiramos la sonda.

En lo que se refiere a la leche, hemos visto intolerancia a la leche; pero, sea porque somos demasiado parcos en recomendar la leche, o porque usamos muchas veces leches desecadas, no hemos visto grandes accidentes por la leche. Hemos visto, eso sí, en el síndrome del "dumping", que aparece después de la operación, muchas veces una gran intolerancia a la leche.

Dr. OSCAR BERMUDEZ.—En primer término, deseo agradecer a todos los congresales, en forma muy especial a quienes se han ocupado de nuestro trabajo, los aportes de enseñanza que han hecho.

El Dr. Miqueo nos ha traído una estadística personal que es muy importante, precisamente por ser numerosa, por ser personal y por venir de un cirujano a quien conocemos como muy hábil en esta cirugía. De modo que no tenemos en cuenta, como él lo ha hecho notar muy bien, ese porcentaje de mortalidad porque él está gravado por una serie de operaciones que han debido ser realizadas en condiciones en que los resultados forzosamente tienen que estar expuestos a complicaciones serias, tales como las reintervenciones por úlcus postoperatorio y las operaciones en plena hemorragia.

Los colegas argentinos nos han traído la experiencia de una escuela que desde hace muchos años nos está dejando sus enseñanzas. El Dr. Gorostiague, trae una amplia estadística de la Clínica del Prof. Christmann. Estamos al respecto, en un todo de acuerdo. Lo mismo con el Dr. Pereyra, con el Dr. Etala, con el Dr. Delgado, a quienes agradecemos esa amplia experiencia que tienen en esta cirugía, que indudablemente significa un aporte valioso para nosotros.

En forma especial yo quisiera contestarles al Dr. Chifflet, al Dr. Cosco y al Dr. Goñi Moreno.

El Dr. Chifflet se ha referido —y en todo lo demás estamos de acuerdo— a la aspiración gástrica postoperatoria. Tiene mucha razón cuando dice que la aspiración gástrica sustrae gran cantidad de flúidos, líquidos, metabolitos. Pero nosotros en veinte años de cirugía gástrica realizamos sistemáticamente la aspiración; lo hacemos en unos enfermos por veinticuatro y cuarenta y ocho horas, y nunca hemos tenidos que lamentar esa pérdida de líquidos. Indudablemente, esa pérdida, en un enfermo bien controlado, puede ser repuesta por vía parenteral, mientras que la persistencia de una colección intragástrica, como lo dije anteriormente, en un estómago que está privado, por la exéresis, de su poder contráctil, que no controla su distensión, que está privado de su antiséptico normal y además que tiene un reflujo de un líquido agresivo, coloca a la sutura en condiciones de hacer complicaciones.

Es cierto lo que dicen algunos autores y que realizan algunos cirujanos en nuestro medio: la aspiración intermitente cuando el enfermo está molesto. Lo hemos visto, pero ¿qué apreciamos en esas oportunidades? Que cuando

el enfermo está molestado y se le hace aspiración, se retira alrededor de un litro. ¿Cuánto tiempo ha estado ese litro de líquido gravitando? De modo que si a nosotros nos ha dado muy buen resultado; si no tenemos nada que lamentar de este procedimiento; y si no tenemos, sobre todo, que inculparnos de haber desmetabolizado al enfermo por esa aspiración, la seguiremos realizando porque no tenemos ningún motivo para abandonarla.

Por otra parte, hacemos la aspiración en una forma muy especial, porque la efectuamos haciendo ingerir líquido al enfermo, y está perfectamente probado que esa deglución es un estimulante del metabolismo y a favor de ella se restablece mucho más pronto la permeabilidad del medio.

El Dr. Goñi Moreno se ha referido a los distintos tipos de evolución. Muy de acuerdo; es evidente que la úlcera duodenal es una úlcera completamente diferente a la úlcera gástrica en su comportamiento, y ya lo dice Gutman en su libro cuando expresa que la úlcera duodenal se comporta como una bestia salvaje y la úlcera gástrica como un animal doméstico ante los tratamientos médicos. Personalmente, como cirujano, si yo tuviera una úlcera de duodeno no complicada, me haría efectuar tratamiento médico. De modo que estamos completamente de acuerdo.

Sobre los ulcus gástricos complejos del estómago, también estamos de acuerdo, si bien es cierto que yo he dicho que no he realizado esas operaciones, pero que indudablemente son una solución.

En lo que respecto a la úlcera callosa del duodeno, no tengo absolutamente nada que agregar sino agradecerle las felicitaciones por lo que ha dicho con respecto al relato.

Al Dr. Cosco deseo contestarle en forma muy especial, porque me ha hecho el reproche de que yo he sido demasiado categórico en rechazar la sustitución o el trasplante en las gastrectomías parciales por ulcus, sin haber realizado esa operación. Es verdad; yo no he realizado estas operaciones, no porque me haya faltado oportunidad de hacerlas, sino porque siempre me he resistido un poco a ensayar técnicas quirúrgicas cuando dispongo de técnicas que me proporcionan resultados extraordinariamente satisfactorios. Nosotros no tenemos que reprocharnos nada de las gastrectomías parciales con anastomosis gastroyeyunal o gastroduodenal.

Es cierto que yo no tengo experiencia; es cierto que a veces es peligroso dejar que el razonamiento rebase los hechos. Yo he procedido aquí, para escribir lo que he escrito, en parte por razonamiento, en parte también por experiencia; no mi experiencia personal, pero es que nosotros, los cirujanos, debemos de utilizar la ajena.

Del punto de vista del razonamiento personal, nadie me puede negar a mí que el trasplante de un asa es una operación mucho más peligrosa, que es una agresión operatoria mucho más grave, que coloca a un asa yeyunal trasplantada en las mismas condiciones, en un mismo ambiente químico y mecánico que en el que está el asa yeyunal en la gastroenteroanastomosis.

Digo que hemos utilizado la experiencia ajena, y esa experiencia ajena muestra que ya se han empezado a publicar muchas complicaciones de los trasplantes: las yeyunitis del asa trasplantada; las hemorragias; las dehiscen-

cias y el úlcus péptico. Yo me pregunto si esa frecuencia en estas complicaciones es tan grande en los procedimientos de que disponemos. Evidentemente no, y hasta puedo invocar la propia experiencia del Dr. Cosco, que hemos visto toños en la Clínica en que realizó sus operaciones. Evidentemente, los resultados que él ha obtenido, para mí, personalmente, no son alentadores, porque ha tenido yeyunitis, ha tenido hemorragias, ha tenido complicaciones por la elevación del asa y la rotación del asa, complicaciones vasculares, y ha tenido que reoperar.

De modo que yo no necesito de mi experiencia personal para formarme criterio sobre el valor de un procedimiento, y mientras no se complete el estudio de la suerte de la evolución de un asa trasplantada, mientras yo disponga de procedimientos como los que tenemos hasta ahora, con los resultados que obtienen todos los cirujanos en el mundo, yo no emplearé un procedimiento que considero agresivo.

Dr. ORLANDO PEREIRA.—Quiero agradecer a las autoridades del Congreso, a los médicos y colegas argentinos que han acompañado estas jornadas y a los médicos y colegas que han hecho uso de la palabra para hacer comentarios sobre el relato y co-relatos presentados; a todos ellos les agradezco y prácticamente es la primera vez que enfrente una respuesta de esta naturaleza en un Congreso.

A los Dres. Miqueo, Percyra, Gorostiague, Cosco Montaldo, Walterskirchen, Etala, Delgado, Chifflet, Goñi Moreno, Cotini y Cendán, a todos ellos mi agradecimiento por haberse ocupado del relato.

Entiendo —lo dije ya en el primer Congreso de Cirugía— que para los cirujanos del interior el fin debía ser que el tema fuera capaz de ser fermentario de futuras actividades; de servir, por lo menos, de estímulo para continuar pensando sobre el problema. En ese sentido, cuando se propuso este tema, entendimos que podía ser útil por su practicidad y porque es un tema que siempre está en vigencia.

De todos los colegas que han hablado, evidentemente no hay una mayor oposición, salvo de detalles, con la tesis sentada por el relato o co-relatos; hay, simplemente, detalles de concepto. Por ejemplo, hay quien insista que el tratamiento dietético es el tratamiento de la úlcera duodenal o de la úlcera gástrica. Consideramos que se ha pasado por alto toda aquella constelación que hacíamos nosotros en la fisiopatología. No creo que el tratamiento dietético sea el tratamiento adecuado. Hay países y pueblós extranjeros que comen comidas distintas de las nuestras y curan sus úlceras espontáneamente, con tratamiento adecuado, medicamentoso o simplemente con reposo o cambio de posición. Entiendo que hablar de tratamiento dietético, es un enfoque parcial; amplio, pero siempre parcial.

Considero, por otra parte, que se llega a ciertas cosas cuando se habla todavía del úlcus gastroduodenal, y cuando se parte de la base de que úlcera gastroduodenal y úlcera gástrica, en su fisiopatología, son distintas, en su marcha clínica también y en su transformación futura también lo son. De manera que prácticamente no es lo mismo, aunque se mantiene el mismo rótulo. Yo creo que se deben separar y así lo hicimos constar.

La revelación más importante que se ha hecho hasta ahora, es afirmar que la úlcera gástrica debe ser operada. En eso todo el mundo está de acuerdo. La diferencia ha existido sobre el momento y número. Se han dado porcentajes: un 60 % no se opera. Es un porcentaje útil; da una idea en el sentido de que más de la mitad de las úlceras no deben ser operadas. Eso es importante y es la tesis que yo planteaba en el comienzo del relato. Hablábamos de que los malos resultados, eran debidos a malas indicaciones. Un dato aportado por un colega fue el siguiente: en el Servicio creo que del Dr. Christmann o Goñi Moreno se opera un 40 % de úlceras gástricas.

Se ha hablado de la vagotomía y de los riesgos que presenta. Entendemos que la vagotomía en la úlcera de estómago está absolutamente contraindicada. Las estadísticas muestran que la vagotomía hecha como operación única, sin derivación, sin gastroenterostomía asociada, para el úlcus duodenal provoca en seguida la recidiva gástrica; la formación de úlcera gástrica. ¿Por qué? Porque entelteece el ritmo, anula prácticamente la actividad gástrica y permite que actúen más los mecanismos formadores de la hipersecreción; el antro sigue actuando porque la vagotomía no lo frena y entonces aparece el úlcus por encima. Se anula el mecanismo iónico.

Se ha hablado de una cosa que es importante y sobre la que no tenemos un concepto similar al expuesto; hace poco tiempo apareció una estadística del tratamiento profiláctico del cáncer diciendo que en el curso de la cirugía gastroduodenal se manosean elementos, se desprenden células que van por la corriente sanguínea, generalmente venosa, y que eso es el causante de la diseminación de la metástasis. Proponen para eso el cuidado extremo y finalmente se llega a proponer el uso de drogas anticancerosas, antimetástóticas, que podrían terminar con ese problema.

En ese trabajo se llega a la siguiente conclusión: abrir una pieza operatoria para tratar de ver la lesión, es peligroso. En nuestro medio, el doctor Chifflet ha hablado y ha insistido sobre la falta del riesgo que hay en la cirugía gastroduodenal, en la abertura de la pieza, ¿en base a qué? En base a que toda la vida hemos estado manejándonos en esas condiciones, sin tener en cuenta la posible y la segura movilización de células cancerosas. El problema es el siguiente.

Entendemos que el concepto de embolización de células cancerosas ha sido un poco modificado: no debe seguir pesando en la misma proporción. El hecho de que se embolice una cantidad de células determinadas (8, 10, 15 ó 20 por campo) no quiere decir que fatalmente el enfermo haga metástasis por esa razón. De manera que no me siento muy temeroso de abrir la pieza para comprobar de visu si la lesión es o no pasible de necesitar una gastrectomía ensanchada.

Se ha dicho que no se hizo referencia a estadísticas nacionales. Entendemos que los distintos resultados obtenidos en los diferentes medios que consultamos (Uruguay y Brasil, en la frontera, y también tuvimos ocasión de ir a Porto Alegre y San Pablo) eran prácticamente imposible de comparar y de exponer en el Congreso.

Para terminar, quiero agradecer nuevamente a las autoridades del Congreso la oportunidad que me han brindado y a quienes han colaborado en la consideración de tema que conceptúo tan importante.

TERCERA SESION PLENARIA

Jueves 12 de diciembre



*Ocupan la Mesa los Dres. Juan E. Cendán Alfonso
y Anibal Sanjinés Bros*

RELATO:

ORIENTACIONES ACTUALES
EN EL TRATAMIENTO DE LAS LESIONES
DE LOS GRUESOS TRONCOS ARTERIALES.
LOS SUBSTITUTOS DE ARTERIAS

RELATOR:

Dr. PEDRO LARGHERO YBARZ

CORRELADORES: Dres. E. Zerboni y J. R. Pollero, J. A. Folle, C. H. Ormaechea, J. L. Roglia, E. Palma (publicados en el tomo I, págs. 251 a 412 con excepción del correlato del Dr. E. Palma, entregado a Secretaría en el día de la sesión y que se publica a continuación).

DISCUSIÓN: Dres. D. Grinfeld (Argentina), R. Praderi, L. A. Praderi, H. Cosco Montaldo, J. C. Abó, R. J. Rodríguez Martínez, A. Sanjinés.

CIERRE DE LA DISCUSIÓN: Dres. José L. Roglia, Pedro Larghero Ybarz.