

CIRUGIA DEL DUODENO

Discusión

Dr. OTERO.—En primer lugar, quiero felicitar al relator por su magnífico trabajo, que ha puesto el tema al día, ha definido claramente una serie de situaciones que se estudian en forma aislada, y nos ha estimulado a meditar sobre todo esos problemas, que presenta con nitidez e imparcialidad.

Quiero decir algunas palabras sobre el concepto que me he formado con respecto a la cirugía de la úlcera del duodeno, a través de mi experiencia que es ya bastante larga en el tiempo. Respecto a la mortalidad operatoria debemos decir que en el curso de estos últimos 20 años, no hemos tenido una sola muerte en la cirugía regular de la úlcera del duodeno; lo que es más, operamos estos enfermos con la seguridad de que marcharán bien. Esta mortalidad negativa puede ser obtenida por todos los cirujanos que se dediquen a esta cirugía.

Respecto a la morbilidad, tenemos que señalar un enfermo que hizo una crisis oclusiva varios meses después de la gastrectomía, y que se resolvió favorablemente mediante operación. Además, otro paciente hizo un absceso de pulmón imputable a la aspiración durante la anestesia. Este segundo paciente necesitó una lobectomía para curar su absceso. Los dos casos eran perfectamente evitables en sus complicaciones.

Refiriéndome ahora a la evolución alejada, que he seguido con gran dedicación, especialmente en una serie de 60 enfermos gastrectomizados todos por mí en el Servicio del Prof. del Campo, evolución alejada que hemos controlado por exámenes clínicos y radiológicos repetidos, y que nos han convenido totalmente de los excelentes resultados de la gastrectomía por úlcus. Hemos tenido postoperatorios inmediatos sin incidentes en la casi totalidad de los pacientes; mortalidad operatoria 0, y evolución alejada controlada excelente.

Con estos resultados, es comprensible que sólo aceptaríamos un tratamiento distinto si estuviésemos plenamente convencidos de su eficacia similar.

Yo no creo que la experiencia mundial y sus resultados de la cirugía no reseccionista, sea comparable a la excelencia de los resultados de la gastrectomía. No creemos que se pueda hablar de una terapéutica quirúrgica de elección admitiendo con esa expresión que esa es la terapéutica de base fisiológica racional. No creemos que los estudios respecto a la fisiopatología puedan fundamentar aún hoy una determinada terapéutica quirúrgica. El criterio que debe aplicarse en la elección de la terapéutica quirúrgica de la úlcera del duodeno, todavía debe ser un criterio pragmático, un criterio basado en los resul-

tados de la experiencia. Por lo tanto, nosotros no podemos de ningún modo abandonar la terapéutica quirúrgica que nos ha resultado segura y totalmente satisfactoria.

Se habla también de que ésta es una terapéutica mutilante, porque reseca una parte del estómago. Sostenemos que esta terapéutica no sólo no es mutilante, sino que es la única terapéutica capaz de rehabilitar al paciente a su actividad normal, y también a la plenitud de su salud, así como a la recuperación de su capacidad normal de alimentación y de nutrición.

Son estos enfermos casi siempre personas jóvenes, en la edad media de la vida, que necesitan estar totalmente sanos porque están en plena actividad. Lo que les impide trabajar es su lesión, que los incapacita. Y si nosotros le proporcionamos una recuperación integral de la salud, no veo en qué sentido se puede hablar de mutilación.

La mucosa gástrica por fortuna es extremadamente amplia, y además es capaz de realizar sus funciones vitales aun cuando sea reducida en un alto porcentaje. Tenemos algunos enfermos operados por úlcera extracardiaca del estómago, a quienes les hemos hecho una gastrectomía muy amplia, y que sin embargo han marchado perfectamente bien.

Nosotros no operamos con el criterio de reducir la secreción en un 70-80 % mediante una gastrectomía más o menos amplia, como se dice en el relato. Operamos para resecar ampliamente la región antral exitosecretora y el píloro, y también para conseguir una neoboca que evacúe suficientemente el estómago. La reducción de la secreción no va por cuenta de una resección más o menos amplia, lo cual es por otra parte fácil de obtener, sino que esa reducción de la acidez se debe, en nuestro concepto, a la exéresis del antro y del píloro que son los causantes de los trastornos patológicos. Este concepto está basado en los estudios clásicos de fisiología, de patología y de patogenia, que demuestran la repercusión del antro y del píloro sobre la secreción.

Pero es basado fundamentalmente en los resultados obtenidos, que nos hemos ido formando un determinado criterio, porque hemos visto que estas directrices se confirman plenamente con esos resultados obtenidos.

No puedo extenderme en consideraciones particulares respecto a las modalidades y problemas que plantea la úlcera penetrante de cara posterior. Los datos que aporta el Dr. Piquinela respecto a los riesgos e incidentes de las vías biliares y pancreáticas, nos alertan para redoblar nuestra vigilancia; pero en realidad no nos hemos encontrado hasta ahora frente a problemas insolubles por heridas de estas vías, heridas que no hemos tenido nunca, y tampoco nos hemos encontrado nunca frente a fistulas coledocianas o wirsungianas, hacia el fondo de la úlcera, fistulas que podrían plantear problemas realmente difíciles.

Sabemos por experiencia propia y ajena que hay duodenos extremadamente difíciles de liberar; sabemos también que los más grandes cirujanos de gastro duodeno han aconsejado detenerse frente a determinadas situaciones; pero en principio pensamos que en la inmensa mayoría de los casos de úlcera de duodeno son extirpables sin riesgos mayores, y que el límite frente al cual nos

detenemos, debe ser restringido en un porcentaje mínimo. La meta del cirujano debe ser la gastropilorectomía, para lo cual necesita conseguir duodeno sano más allá de la lesión, para cerrar el muñón con absoluta certeza.

El destino último de una gastrectomía por úlcera, depende fundamentalmente, a mi modo de ver, de la neoboca que evacúe perfectamente el estómago y que no tenga la menor interferencia de transito. La mayor parte de los sufrimientos postgastrectomía se deben a defectos de interferencias en la evacuación por la neoboca.

Estas son algunas de las ideas que queremos aportar al estudio de este tema. Agradecemos nuevamente al Relator haber planteado este problema en forma tan amplia y habernos traído a consideración una serie de hechos concretos bien estudiados, y también el aporte valioso del estudio jerarquizado de numerosos trabajos documentados, muchos de ellos no conocidos por nosotros.

Dr. CHRISTMANN.— En primer lugar, deseo felicitar muy efusivamente al Dr. Piquinela y al grupo de sus colaboradores, Drs. Yannicelli, Marella, Priario y Mescia por sus magníficos relatos, que realmente ponen a punto la cuestión, y sobre lo que no tenemos la más mínima divergencia.

En segundo lugar, deseo apoyar algunos puntos ya mencionados, pero que quizá convenga destacar en alguna parte. El Dr. Piquinela se refirió en su relato a la parte anatómica, y destacó muy bien la contribución de los cirujanos uruguayos —cirujanos anatomistas— a la anatomía quirúrgica, que realmente es muy útil para nosotros recordarla actualmente, y ver cómo en las márgenes del Plata se han hecho cosas ya hace mucho tiempo y que hemos olvidado, siendo necesario volverlas a recordar y a reactualizarlas.

La expresión "duodeno difícil" me parece magnífica, y ya realmente ha hecho camino en las expresiones corrientes de los últimos años. En ese sentido, no reseamos, no nos preocupa mayormente resear la úlcera. Lo que nos preocupa siempre es resear el píloro. Si la úlcera está muy distante, generalmente la dejamos en su sitio pero hacemos la resección del píloro que nos parece muy importante. Hace muchos años, publicamos una experiencia, nuestra experiencia, con la operación de resección para obstrucción de esfínteres; y en ella se hace la antrectomía, naturalmente, dejando el píloro. Nosotros la asociábamos después a la gastrectomía corriente, y no hemos tenido muy buenos resultados. Desde entonces, y hace más de 15 años, no la usamos más.

Pero en aquellos casos de úlcera vecina al duodeno y que plantean un duodeno difícil, o una resección de úlcera difícil, nos extendemos todo lo posible en la resección, pasamos apenas el píloro, y ahí hacemos la resección muy próxima, casi encima de la úlcera. Y usamos la técnica después de haber usado numerosas otras, y nos parece muy buena. Pero eso sí, con una técnica de sutura que ya ha sido publicada y sobre la que no hay por qué insistir.

Actualmente, en esos casos hacemos siempre la antrectomía con el píloro o sin él si no podemos, y hacemos vagotomía agregada. Más recientemente hemos tenido alguna fístula terminal del duodeno, y la hemos tratado con el método de Welch, poniéndole un pequeño tubo que dejamos unos cuantos días. Pasado ese tiempo, se retira. Y en esas úlceras, en esas fístulas —contestaría

aquí una mínima divergencia con el doctor Priario—, nosotros no aspiramos; dejamos el tubo unos cuantos días, en el caso de la fístula que sigue; o en el caso de fístula primaria, efectuamos un simple avenamiento, pero sin hacer aspiración. Naturalmente protegemos con la pasta de aluminio, y al contrario, pasada una semana más o menos, provocamos el cierre de la misma haciéndole un tapón primero con alcohol y luego un tapón con vaselina. Así hemos logrado cerrar casi siempre. Tanto es así, que el concepto que tenemos es de que son prácticamente todas benignas. Las que son extraordinariamente malignas, difíciles y graves, son las que ha presentado el Dr. Tenca y que son las laterales.

En el trabajo del Dr. Yannicelli, queremos contribuir con nuestra opinión con respecto al páncreas anular. Hace alrededor de diez años, publicamos un caso con el Dr. Yaposnick de páncreas anular en el adulto. Al hacer la operación, porque el diagnóstico era preoperatorio, hecho por mi colega, ya conocíamos la opinión de casi todos los cirujanos de no hacer resección del anillo y limitarse a hacer una gastroyeyunostomía o enterostomía, para salvar el obstáculo. Sin embargo, durante el acto operatorio, a mí me pareció que la operación correcta en ese caso —era una señorita de 26 años— era hacer una resección de todo el anillo del páncreas, y la evolución fue perfecta. Y la hicimos en contra de la opinión que había leído en todos lados.

Actualmente, viendo especialmente el trabajo del Dr. Yannicelli, y lo que nos repite de la opinión generalizada de hacer la anastomosis, me doy cuenta que esa debe ser la indicación formal en el lactante y en el recién nacido y en las obstrucciones agudas por páncreas anular. Pero en la obstrucción crónica yo sigo creyendo que es mejor la resección del anillo. Naturalmente que con todos los recaudos que significa hacer una resección de tejido pancreático, que nos tiene que poner a cubierto de todas las posibles contingencias de pancreatitis asociada; pero con las medicaciones actuales, para prevenir la pancreatitis postoperatoria, me parece un apoyo más, que en aquella época no teníamos.

El Dr. Marella se refirió a las técnicas, y nosotros hemos hecho casi todas. Pero preferimos dejar la úlcera como acabamos de decir.

Con respecto a los divertículos duodenales, nos recuerdan un poco a las hernias epigástricas. Muy a menudo viene un enfermo con un trastorno epigástrico y viene exhibiendo una pequeña hernia epigástrica. Y nos place destacar que lo que interesa no es la hernia epigástrica, ahí a la vista, sino lo que puede haber debajo, es decir, la verdadera enfermedad. Y en los divertículos duodenales nos pasa lo mismo. Cada vez que nos muestran uno, buscamos dónde estará la enfermedad que trajo al enfermo, es decir, alguna vía biliar, úlcera, cáncer, hernia del hiatus o lo que fuera.

Recientemente, hemos operado un caso típico. Era una hemorragia, y como no habíamos visto: era una enferma con hernia del hiatus esofágico, y además un divertículo duodenal, con extraordinaria hemorragia. El estudio radiológico hecho un poco a la ligera, no reveló ninguna úlcera; sin embargo insistimos en que podía ser una úlcera. La operamos, y efectivamente así era.

La resección del divertículo la consideramos muy difícil; que yo recuerde la hemos hecho una sola vez. Era un caso donde toda la enfermedad residía en la vecindad del divertículo, en alteraciones en vías biliares. Fue una operación difícil, muy laboriosa, minuciosa, y muy grave, y la consideramos de excepción. Generalmente el divertículo no es la causa verdadera de lo que trae el enfermo.

Dr. MAINETTI.— Si yo no fuese platense, diría amén al maravilloso relato del Dr. Piquinela. Pero como representante de la Escuela de Medicina de La Plata, quiero unirme al Prof. Christmann para felicitar al Dr. Piquinela y sus colaboradores por este relato lleno de experiencia, de sabiduría y de autoridad. Creo que en un tema tan complejo como la cirugía del duodeno, se ha abordado en una forma que nos ha dejado una gran enseñanza. Primero se ha fijado el concepto anatómico de la profundidad y de la fijeza del duodeno, y que el primer paso para hacer buena cirugía en caso de operaciones sobre el duodeno, es la movilización en su plano de fibrosis retroperitoneal del duodeno; es decir, un concepto embriológico y anatómico que hay que tener presente para hacer buena cirugía sobre el duodeno, aunque sea una incisión sobre el duodeno. Este punto en que insistió el Prof. Piquinela, hay que destacarlo, porque es muy frecuente cuando se visitan clínicas quirúrgicas, ver operar sobre el duodeno con mala movilización. De modo que no es una redundancia insistir en la movilización amplia del duodeno para hacer una cirugía eficaz en tónicas fuera del vientre y en tónicas que no tengan tensión. El problema del duodeno difícil, y a éste se le ha considerado un término feliz, y al cual nos adherimos, creemos que existe sobre todo en los obesos, y que en la úlcera duodenal, que es donde con más frecuencia se habla de duodeno difícil, si se tienen en cuenta algunos conceptos de técnica, en primer lugar la movilización del duodeno de que hablamos, y operar todos los ulcerosos haciendo la movilización del duodeno páncreas a la Kocher, amplia; y en segundo lugar si se tiene en cuenta al resear la úlcera sin tocar el cráter, sin separar la pared posterior del duodeno y usándolo sólo para la sutura la pared anterior, los tres principios fundamentales de M., que me complace en repetir porque en general el procedimiento de N. ha sido mal comprendido; pero haciendo bien los tres principios fundamentales de N., muchos duodenos difíciles resultan fáciles.

Personalmente, desde hace 20 años los duodenos difíciles los cierro con el procedimiento de N., y nunca he tenido complicación, aun en úlceras callosas de la cara posterior del duodeno, de casi 5 cms. de diámetro. He visto complicaciones y fístulas de otros cirujanos, y aun en el mismo servicio, pero porque el método se había hecho mal. He visto hasta desinserción de papila; pero en esos casos es porque el cirujano ha intentado separar la pared posterior del duodeno del páncreas. En el concepto de N. es fundamental no tocar el cráter ni la pared posterior. Y suturar la brecha a expensas de la pared anterior.

En cuanto a la vagotomía y las operaciones de drenaje, yo he hecho alguna operación con buen resultado; pero en general las he hecho asociado a

otra patología; por un ejemplo un enfermo que tiene una litiasis biliar, que es viejo, y tiene úlcera de duodeno. En la misma operación le he hecho colecistectomía piloroplastia y vagotomía. Tengo algunos enfermos que andan bien; todos nos hemos entusiasmado con esta operación de la vagotomía y del drenaje del estómago. Pero aun en Estados Unidos donde hay unos 10.000 enfermos operados con vagotomía y antrectomía y operación limitada, ya se ven muchos fracasos. Y los he visto personalmente: el mes pasado vi en una clínica tres úlceras pépticas, en enfermos tratados con antrectomía, vagotomía y piloroplastia. Puedo decir que a partir de 1950 no he operado más úlceras pépticas en mis enfermos gastrectomizados. Todas las que he operado a partir de 1950 de la neoboca, son enfermos que llevan más de 15 ó 20 años de gastroenteroanastomosis u operaciones previas de hacía 20 años. De modo que para hablar de resultados en cirugía gástrica, se necesitan por lo menos de 10 a 15 años. Y todavía creo que la gastrectomía es soberana. En mi experiencia las úlceras duodenales de los individuos jóvenes, con acidez alta, con hemorragia o con perforación, se les hace gastrectomía subtotal, $\frac{3}{4}$ y vagotomía.

Otra cosa interesante que he visto en una de las proyecciones, es la aspiración sin colocar apósito en el vientre, lo que me parece muy útil para poder controlar.

Y algo que podría agregar, teniendo en cuenta los casos presentados de yeyunostomía, es que muchos fracasos de las duodenotomías exploradoras, sobre todo cuando se hace cirugía de la papila, se deben a que no se descomprime el duodeno después de la operación, y como método de descompresión está la intubación gástrica o la intubación nasogastroduodenal. Pero mucho mejor en los casos complejos es la gastrostomía de descompresión profiláctica.

Dr. CENDAN ALFONZO.—Ante todo quiero asociarme calurosamente las felicitaciones que ha recibido el relator y los correlatores por la excelente forma en que han desarrollado el tema que tuvieron que presentar. En especial el relato del Prof. Piquinela, sobre un tema difícil de resumir y de incluir en él todo lo que se conoce, me parece que será motivo de consulta para el futuro.

Quiero referirme ahora sólo a un pequeño problema, y es el relativo al tratamiento de las fistulas duodenales laterales. Hemos visto que se hizo referencia a su gravedad, perfectamente conocida, y queremos recordar que en 1940, con Otero, estudiamos el tema y lo presentamos en la Sociedad de Cirugía, en una época en que la aspiración continua prácticamente no se utilizaba en nuestro medio, y donde la mortalidad era prácticamente del 100 %. Logramos con la aspiración continua excelentes resultados. Pero no es cuestión de decir sólo con la aspiración continua. Ello tiene que ser realizada en condiciones determinadas. Me estoy refiriendo en este momento exclusivamente a las fistulas duodenales laterales. Creo que la aspiración continua, y mantengo la opinión que teníamos en esa época, no debe ser realizada con tubo dirigido a la zona de una fístula, sino que debe ser realizada en superficie. El problema de la fístula duodenal es fundamentalmente, fuera de lo que se refiere a la

pérdida de líquido, un problema de digestión de la pared, y esa digestión puede y debe ser evitada mediante la aspiración realizada en superficie, en la zona de salida. Rápidamente se ve disminuir el cráter con la aspiración bien conducida. Naturalmente la supresión de apósitos es absolutamente necesaria, manteniendo seca toda la zona. Pero hay otro elemento fundamental, y es el que la gravedad de estas fistulas laterales, se basa fundamentalmente en la pérdida del jugo duodenal. Es decir, que no se puede pensar en la curación con aspiración continua si no se asegura ese gradiente. Y ese gradiente sólo se puede asegurar de dos maneras: o bien mediante la intubación, haciendo pasar una sonda de tipo E hasta por debajo de la zona fistulosa, y en lo posible lo más lejos, o de lo contrario mediante una yeyunostomía a través de la cual se reintegran los líquidos que el enfermo pierde por aspiración y que permite la alimentación.

Creemos que cuando se consigue la intubación o mediante yeyunostomía se pueden evitar gastrectomía que a veces suelen ser muy difíciles en estos enfermos.

Dr. COTTINI.— Yo quiero decir unas palabras, no en defensa sino hablando de la experiencia que en el Servicio de Julio Diez tuvimos bajo su dirección, con una operación que cayó en descrédito, en forma que no se merecía. Me refiero a la operación de Finsterer. Esta operación la consideramos muy buena, muy útil, pero como bien dijo el relator es una operación que debe formularse cuando no se cierra la puerta a otra intervención; vale decir, no hacerla como último recurso, porque entonces sí la operación de Finsterer carga en su pasiva con la cantidad de muertes y de dehiscencias que no se ven cuando la operación de Finsterer se planea o se plantea de entrada ante el estado actual de un duodeno difícil. Nosotros tenemos gran experiencia con la operación de Finsterer, y realmente estamos muy satisfechos. Es verdad que esta operación tuvo su aplicación en un momento en el que todavía no existían las modernas operaciones que actualmente están derivando la atención de todos los cirujanos. Y a este respecto suscribo la opinión del Dr. Mainetti; la operación de vaguectomía con antrectomía asociada a vaguectomía, es una operación que en este momento va a ser motivo de discusión, dentro de un año o dos, en Buenos Aires, donde todavía tenemos muy exigua experiencia al respecto. Sólo nos podemos llevar por la experiencia foránea, que como dijo Mainetti ya llega a una cifra de 10,000 casos operados; pero bien dijo el colega que ya se están viendo las recidivas.

Desde 1952 en el servicio no hemos visto más las úlceras pépticas, y eso de que el enfermo intervenido de estómago es un paciente que sigue a su cirujano; y si así no fuera recibiríamos las úlceras pépticas de otros servicios, como en otra época sucediera. Por eso hay que ser muy cautos, y para valorar una operación debe transcurrir un tiempo prudencial. Creo que el tiempo transecurrido con la vaguectomía asociada a antrectomía, todavía no nos exime de decir cuál es mejor o peor. Y suscribo la opinión de que gastrectomía amplia perfectamente realizada, en manos entrenadas, es una gran operación que no debe desde ya ser desplazada, como en algunos centros quirúrgicos se pretende.

Dr. ABEL CHIFFLET.—La lectura del relato de Piquinela nos muestra un material científico abundante que traduce un esfuerzo que todos debemos agradecer. Consignó el valor docente que se proponía por su exposición clara y ordenación de los capítulos, lo que nos lleva a felicitarlo afectuosamente.

El relato se va a incorporar al conjunto de legados que nuestra generación va dejando para las venideras en los tomos del Congreso, y bien podemos los contemporáneos de Piquinela, sentir con satisfacción esta incorporación.

Nuestra experiencia en cirugía del duodeno puede resumirse, por orden de frecuencia, en los siguientes:

- 1) Úlceras duodenales.
- 2) Duodenotomías y papilotomías transduodenales.
- 3) Liberaciones del ángulo duodeno yeyunal en regastrectomías y algunas gastrectomías.
- 4) Anastomosis biliodigestivas.
- 5) Duodenoyeyunostomías.
- 6) Resecciones duodenales, divertículos.

La cirugía del duodeno es, según el relator, difícil, cargada de morbilidad postoperatoria y de cierta mortalidad. Los cirujanos temen al duodeno. Muchas complicaciones se producen por el mismo temor que limita la acción franca y decidida sobre el órgano y que la ata demasiado a técnicas operatorias standardizadas. Debemos operar en actitudes de seguridad en base al conocimiento de directivas generales básicas. Adaptar la técnica, el gesto operatorio en cada instante a la circunstancia que se nos ofrece, guardando los nombres propios de técnicas favoritas para hacer nuestra educación, pero no para imitarlos con fidelidad. Operamos las úlceras duodenales, siguiendo directivas generales y cuando terminamos la operación, a veces podemos darle el nombre de un cirujano que aconsejó lo que podría considerarse la técnica seguida.

Daremos algunas de las directivas que rigen la cirugía del duodeno.

1º) **Conocer bien la anatomía de la región.**— El duodeno tiene relaciones con diversas estructuras cuya lesión operatoria puede tener extrema gravedad (vena porta y venas mesentéricas, colédoco, arterias hepática y mesentérica superior, páncreas). En estas lesiones más que en la propia operación sobre el duodeno puede estar la gravedad de esta cirugía. Deseamos insistir especialmente en las dilataciones y atricciones sobre el páncreas y las lesiones sobre sus canales de mucho mayor gravedad que la cirugía de exéresis pancreática amplia bien conducida.

2º) **Saber movilizar el duodeno.**— Dice muy bien Piquinela que el duodeno es un órgano profundo y relativamente fijo, por lo que consideramos plausible que haya dedicado buena parte del relato al estudio de las maniobras de liberación.

Debemos disponer de duodeno antes de incindirlo, para poder luego cerrarlo bien y sin riesgos para las estructuras vecinas.

3º) **Reconocer la línea de conexión duodeno pancreática.**— Este reconocimiento es indispensable para evitar agresiones sobre el tejido glandular, que pueden ser graves. Además, debe estar bien individualizada para que al realizar cualquier sección sobre el duodeno quede un margen suficiente para hacer la sutura, evitando así cierres precarios.

4º) **No actuar sobre el duodeno distorsionado por una liberación incompleta.**— La liberación de la primera porción por úlcus duodenal es, a menudo, desigual y produce torsiones. La sección en ese estado puede ser irregular y aun helicoidal y obliga a cierres defectuosos que pudieron evitarse con una liberación simétrica y un corte perpendicular.

En las duodenotomías de la segunda porción, la liberación duodenal hace perder la disposición regular al órgano y una incisión no se realiza en la dirección deseada. Al hacer el cierre y normalizar el órgano en su posición la línea de sutura queda en una dirección no prevista, denunciando el error de trazado de la sección. Esta sutura irregular puede provocar, infundíbulos y estrechamientos, que originan complicaciones.

5º) **Evitar maniobras rudas, en especial con el duodeno abierto.**— El duodeno tiene paredes de muy poca consistencia que exponen al desgarramiento en las maniobras. Cuando ha sido abierto, la mucosa se evierte y si no se actúa con suavidad pueden producirse lesiones extensas, que dificultan una reparación correcta. Es más difícil maniobrar la pared duodenal que una pared arterial y los errores de técnicas matan tanto en una como en otra cirugía.

Maniobras suaves, sin apuros, en la profundidad de un duodeno ulceroso adherente, es mejor consejo que ir a aprender en los libros técnicas especiales. En las heridas operatorias laterales del duodeno la tranquilidad, buena exposición y la suavidad, permiten una correcta sutura, mientras que la angustia y los tironeos conducen al desastre.

6º) **La salida del líquido duodenal en el campo operatorio.**— El líquido duodenal no es infectante, pero puede ser irritante y en especial es desagradable verlo salir en el campo operatorio. Nos interesa muy poco, de modo que para cuidar las otras directivas, no dudamos en abrirlo para actuar a cielo abierto. En la gastropiloroectomía, seccionamos a veces transversalmente el duodeno para luego proceder a su liberación, evitando así desgarramientos duodenales, falsas rutas, lesiones vecinas, torsiones, etc. En las lesiones del colédoco terminal y de la papila abrimos el duodeno sin temor, como única forma de diagnóstico y de tratamiento.

7º) **Resecar bordes irregulares y mal nutridos y segmentos mal irrigados.** En el muñón duodenal muy diseccionado se presentan, a veces, bordes violáceos que no tienen aptitud de cicatrización o bordes irregulares que hacen defectuosa la sutura. Deben researse esos bordes para planear la reparación duodenal, cualquier recurso que sea, con paredes sanas.

En las vecindades del ángulo duodenoyeyunal hemos tenido isquemias en la cirugía del úlcus yeyunal. Confirman las conclusiones a que conduce el estudio de la circulación de esa zona, obligando a resear sectores bien delimitados para hacer anastomosis en paredes sanas.

8º) **Sutura cuidadosa.**—Tal vez sea innecesario insistir en detalles de la sutura, pero debemos llamar la atención en el hecho que el duodeno tiene en varios sectores, hojas peritoneales independientes de la pared y que al realizar la sutura duodenal puede tomarse esta hoja y dejar sin suturar el plano seromuscular visceral.

Las suturas deben ser a puntos paralelos, simétricos, evitando irregularidades y grandes hundimientos que son responsables de necrosis que conducen a la fistulización. Las jaretas constituyen un recurso riesgoso porque no presentan a los bordes en posición de mejor cicatrización. Suturas que no satisfacen verlas en el cierre de algunos muñones duodenales y aún en métodos aconsejados por cirujanos de escuela.

9º) **Reponer el duodeno en su topografía natural.**—Terminada la sutura, el duodeno que fue movilizado previamente y modificado en su posición en el curso de la operación, debe ser colocado en su posición normal, para evitar acodaduras que, dificultando la evacuación, provoquen distensión de la zona operada y falla de la sutura.

El muñón duodenal de la 1ª porción debe ser llevado a su lugar en el flanco.

En las duodenotomías sobre segunda porción, las maniobras de liberación dejan una verdadera asa de duodeno exteriorizada del lecho peritoneal perivisceral, que debe reintegrarse suavemente a lo que fue su posición anatómica. En las duodenoyunostomías sobre tercera porción puede producirse una verdadera hernia del duodeno a través del mesocolon ascendente, que debe reducirse.

10) **Evitar contacto con drenajes.**—La formación de una colección líquida sobre la zona de una sutura intestinal expone mucho al fracaso de la sutura. Para mantener el ambiente seco puede ser indispensable un drenaje al exterior.

Cualquiera que sea el material de drenaje, debe evitarse el contacto con la sutura colocándolo en la logia, que puede ser lugar de una colección y aislando el duodeno por el epiplón duodenocólico o aún por el epiplón mayor.

Dr. BERMUDEZ.—Adhiero a las calurosas felicitaciones recibidas por el relator y sus colaboradores por la intensa y consciente labor que han realizado en este relato sobre la patología y cirugía de todas las afecciones del duodeno. El Dr. Piquinela ha insistido sobre el peligro —a propósito del duodeno difícil— biliopancreático, en dos grupos de situaciones fundamentales. El duodeno difícil cuando se practica la cirugía en frío y el duodeno difícil frente a la hemorragia, especialmente me refiero a la hemorragia importante o masiva.

Cuando realizamos nuestro correlato en 1957, en el Congreso Uruguayo, insistimos sobre dos puntos. El primero, que nuestra impresión sobre la frecuencia mucho mayor de las complicaciones graves y de la mortalidad, en las exéresis por duodenos difíciles, por úlceras posteriores, por úlceras penetradas, crateriformes, con vecindad o con inclusión de los elementos biliopancreáticos. Es evidente que muchos de estos malos resultados, en nuestro medio por lo

menos, en instituciones mutuales, pasan completamente inadvertidas. Por eso ha hecho bien el Dr. Piquinela al insistir en estos aspectos, y al insistir sobre el carácter docente para los cirujanos jóvenes. Esta cirugía del duodeno difícil no es siempre emprendida en nuestro medio por cirujanos capacitados para solucionar todas las situaciones que se le presentan en el campo operatorio. Como la cirugía biliar difícil, es emprendida muchas veces por cirujanos que se ven en serias situaciones y son incapaces de resolverlas. Y muchos de esos fracasos, como ha dicho el Dr. Mainetti, se deben precisamente a la falta de medios para realizar una técnica correcta en este despojamiento duodenal.

Insistíamos también en esa oportunidad, y lo ha hecho con mucho énfasis el Prof. Piquinela, en la importancia del balance lesional. Es quizá lo más importante para resolver una situación, y sobre todo para tomar una determinación, antes de emprender maniobras quirúrgicas que obliguen luego a operaciones de emergencia. Ese balance lesional no es fácil; ese balance lesional es muy a menudo subestimado por los cirujanos jóvenes, y a medida que nos vamos envejeciendo, si bien no le tenemos miedo al duodeno, la tenemos cada vez más respeto en estas situaciones difíciles.

Tanto ha valorado este balance lesional el Dr. Piquinela, que ha escrito un magnífico capítulo que me complace en destacar, sobre la exploración previa del duodeno. En consecuencia, cuál es nuestra posición actual? El Dr. Marellanos ha expuesto todos los procedimientos empleados para solucionar el cierre de un muñón duodenal difícil. Nosotros hemos empleado muchos de ellos. Hemos operado muchas úlceras duodenales difíciles. Nos ha ido bien en la mayor parte de las veces; hemos tenido algunas complicaciones. No nos hemos entusiasmado con los éxitos. El hecho de que existan tantos procedimientos, indica las vicisitudes que viven los cirujanos para resolver estas situaciones. De modo que nuestra posición actual es la siguiente: cuando después de un balance lesional previo, correctamente realizado, por cirujanos capacitados, se llega a la conclusión de que existe un serio peligro de complicación iliopancreática por la vejez, por la incorporación de estos elementos al complejo lesional, creemos que debe mantenerse lo que decía el Dr. Piquinela, repitiendo las palabras de Guellette, que la úlcera duodenal como afección benigna debe merecer un tratamiento que sea benigno. En consecuencia, cuando estamos en esta situación acompañamos al Dr. Christmann. Creemos que corresponde el abandono de la lesión para evitar peligros mayores, y realizamos en esos casos la gastrectomía supraleSIONAL que nos asegure un cierre correcto del duodeno supraleSIONAL, y una gastrectomía amplia, no otras operaciones de derivación, acompañada o no según los casos, según los enfermos, la edad y el contenido gástrico de la gastrectomía o no.

Frente a la hemorragia el problema es distinto. Creo que en principio la única manera de obtener una hemostasis frente a una hemorragia masiva, lo ideal debe ser la exéresis de la lesión para hacer una correcta hemostasis. Esto, desde luego, plantea situaciones de excepción y que hacen imposible esa exéresis. Pero hay que recurrir a todos los procedimientos posibles, y aquí la úlcera duodenal de afección benigna se ha transformado, por el carácter de la hemorragia, en una enfermedad grave que exige mayores riesgos y que uno

puede imponerle al enfermo mayores riesgos, para salvar su vida. No tengo experiencia sobre lo que se ha dicho, de hacer en casos de hemorragia la derivación gástrica y la vaguectomía o la fibroplastia. No entiendo cómo en una hemorragia masiva, en un enfermo con anemia aguda, que está sangrando masivamente, se puede evitar esa hemorragia o un desenlace fatal, simplemente por la vaguectomía y la derivación, sin hacer una hemostasis, aunque sea directa sobre el lecho ulceroso.

En lo que respecta a las fístulas duodenales laterales, concuerdo con el Dr. Priario en la extraordinaria gravedad. Solamente estoy en desacuerdo en la intubación con sonda de Cantor. Creo que lo primero a hacer en una fístula duodenal lateral, sobre todo cuando es incontinente, es tratar de llevar una sonda al yeyuno, pero dónde? a la primera asa yeyunal, allí donde la gastroenteroanastomosis vierte el contenido gástrico. La sonda de Cantor inicia sus orificios lejos del extremo y tiene una zona larga de orificios; para llegar a la primera asa yeyunal se necesita una cantidad de sonda grande; el intestino se abarquilla en forma retrógrada, y uno está vertiendo el alimento por lo menos a dos metros del ángulo duodenoyeyunal, y eso en un caso personal me ha provocado una diarrea intensa que me obligó a suprimir la sonda.

Estoy de acuerdo con lo que ha dicho el Dr. Cendán de la desgravitación del duodeno; creo que hay que recurrir precozmente a la yeyunostomía de alimentación, y de acuerdo con lo dicho por el Dr. Marella, a la desgravitación por la yeyunostomía retrógrada. No tenemos experiencia en nuestro país; conozco sólo un caso del Dr. Roglia, tratado por gastrectomía.

Dr. PALMA.—Yo felicito cordial y calurosamente al Prof. Piquinela y a todos los que han participado con sus correlatos y contribuciones a este tema, que ha sido realmente admirablemente tratado en este Congreso. Vamos a aportar simplemente un pequeño detalle utilizado en nuestra Clínica, ya casi de rutina en los últimos años. Me refiero a la cirugía del músculo de Treitz, que es muy importante en la fijación, en la funcionalidad y en la movilización del duodeno. El músculo de Treitz va a ser considerado en una próxima comunicación de la Sociedad de Cirugía, y su indicación de sección la establecemos en siete intervenciones fundamentales; una de ellas es en la cirugía del duodeno. No hay en muchos casos buena movilización del duodeno, si no efectúa el reconocimiento y la sección del músculo de Treitz. En la gastropilorectomía, cuando se secciona el cabo proximal del duodeno, se altera profundamente la fijación, la funcionalidad del órgano, y el músculo de Treitz, activo de fijación y de función del duodeno, entra en difusión y dificulta enormemente la evacuación del duodeno. De tal manera que en la gastropilorectomía se considera en el servicio a nuestro cargo, que la sección del músculo de Treitz es esencial para la buena evacuación del duodeno y evitar complicaciones de diverso tipo.

Pero en los casos en los cuales se necesita una movilización amplia del duodeno, la sección de este músculo permite además de los ya señalados, la movilización de la cuarta y tercera porción, cambiando su relación con la pinza aórtico-mesentérica, y dando una gran movilidad a la primera y segunda

porcion, que permite efectuar una cirugía mucho más radical y mucho más segura, puesto que la movilización del duodeno en tanto sea hecha en los planos de elivaje correspondiente, conservará integralmente su vascularización, su innervación y la integridad de sus paredes mucosa y muscular, no sufre en lo más mínimo con un amplio desplazamiento. Esto permite en muchos casos hacer la gastropilorectomía con una gastroduodenostomía, aun en casos de úlcera del duodeno, aunque desde luego esta es una indicación no frecuente. Generalmente en la úlcera del duodeno preferimos efectuar la gastroyeyunostomía a asa corta anexo peristáltica, cuyo funcionamiento, vuelvo a decir, está facilitado por la sección del músculo de Treitz.

En lo que se refiere a los casos de úlcera del duodeno, con gran reacción fibroesclerosa, perforados en páncreas, etc., esta amplia movilización del duodeno permite disponer de un gran paño para el cierre de la sección de duodenotomía, disponiendo de la cara anterior y sobre todo de toda la superficie convexa de la cara externa derecha del duodeno. Esto hace que la inmensa mayoría de los casos en nuestro servicio nos pronuncemos, aun en las úlceras con gran fibroesclerosis de vecindad y perforadas en páncreas, por la excres, salvo excepciones, seguidas de cierre y gastroyeyunostomía. Excepcionalmente efectuamos la vagotomía.

Dr. FERREIRA.-- Quiero adherir igualmente y en idénticos términos, a los conceptos laudatorios que hemos escuchado de los preopinantes en lo que respecta al relato del Dr. Piquinela y sus colaboradores. Alguna opinión personal, no totalmente coincidente con la del Dr. Piquinela, me impulsa a hablar; se trata de pequeños matices. Pareciera que el Dr. Piquinela es un poco escéptico sobre la entidad compresión duodenal por compás aórtico mesentérico. Más aún, pareciera que a estos enfermos hubiera que roturarlos como neurópatas o sicópatas. Tengo la impresión, a través de alguna experiencia, que los neurópatas hacen compresión de compás aórtico mesentérico, por deficiencia de alimentación, por adelgazamiento, como lo puede hacer cualquier otro enfermo, aunque no tenga ningún inconveniente desde el punto de vista psíquico. En ese sentido cuento con algunas observaciones, trabajando como he trabajado hasta ahora en un hospital neuropsiquiátrico de una población de más de 3.500 enfermos, donde existen muchos pacientes en estado de negativismo, que se han presentado con cuadros de compresión duodenal por compás aórtico mesentérico; uno de los casos fue publicado a raíz precisamente de un descenso significativo en el peso. Mujeres que han perdido 30, 40 ó 50 kilos de peso; y la ptosis visceral ha llevado a la compresión del compás aórtico mesentérico y en algunas circunstancias me ha obligado a la intervención.

De manera que entiendo que esta entidad existe, y a mi modo de ver la vinculo directamente con el adelgazamiento.

Otro aspecto del relato que quisiera comentar, es con respecto a lo dicho por el Dr. Yannicelli, en cuanto a la conducta que sigue con la brida de La en los casos de mal rotación intestinal. Nosotros tenemos algunas observaciones en adultos, y hemos comprobado la existencia de la brida de La que see-

cionamos, pero además de eso creo que es una buena norma indicar la apendicectomía concomitante aunque el enfermo no tenga un proceso del apéndice, porque quien ha operado un enfermo con una mala rotación intestinal, y ve la ubicación que tiene el ciego, debe tácitamente imaginarse lo que será ese enfermo en un futuro, cuando haga una apendicitis, qué problema va a tener el cirujano.

Quería agregar ese detalle al relato del Dr. Yannicelli, que también me ha parecido excelente, como los demás.

Dr. YANNICELLI.—Estoy completamente de acuerdo en hacer la apendicectomía en el caso de encontrar una mala rotación y la posición del ciego en otro lugar que la habitual. Es una precaución que debe tenerse y que nosotros hacemos. En la rapidez con que tuve que hacer el correlato, no lo mencioné, pero prácticamente lo hacemos cuando encontramos un ciego en mala posición.

La fijación que se hace a lo Noble para evitar, precisamente, la mala rotación o la posibilidad del vólvulo del ciego, en general en el recién nacido y en los primeros días no es necesario, porque la tendencia plástica del peritoneo crea ya unas adherencias que en los pocos casos de esa afección que han fallecido por algún otro motivo y que han sido después necropsiados, han revelado la existencia de adherencias que prácticamente han fijado en la posición que el cirujano ha reintegrado al abdomen, esas vísceras. De manera que estoy de acuerdo en hacerlo en edades mayores; pero en general en el recién nacido no es imprescindible hacerlo.

Dr. PRIARIO.—Al profesor Christmann quiero decirle que nosotros hacemos la aspiración externa, dado que las veces que hemos intentado hacer la aspiración intraduodenal exclusiva, no hemos tenido éxito. Se ha derramado líquido hacia el exterior, y por lo tanto el enfermo estaba en inminencia de hacer una maceración de su piel. Por esa razón hacemos sistemáticamente aspiración continua en la forma que mostramos.

Al Dr. Cendán desearía decirle que conozco sus trabajos; hemos conversado con el Dr. Cendán sobre estos problemas, y ello figura en la bibliografía. Por supuesto, no me he podido referir en particular, dado el tiempo de que disponía.

En cuanto a la aspiración en superficie que realiza el Dr. Cendán, la impresión que nosotros sacamos de nuestros casos es que siempre se derrama líquido y que nunca puede protegerse bien la piel del paciente. Posiblemente el dibujo que proyecté no sea lo suficientemente feliz. El tubo de goma grueso no llega a la profundidad ni a las vecindades de la fístula del duodeno, sino que solamente tiene por finalidad atravesar la pared músculo aponeurótica del abdomen y recoger en el fondo el líquido que surja, así como un manual iría recogiendo el agua que viene de las vecindades.

Respecto a lo referido por el Dr. Cendán, de la pérdida del gradiente duodenal, lo mencionamos en el trabajo; no hicimos referencia en la parte hablada.

Al Dr. Bermúdez debo decirle que reconozco que la sonda de Cantor tiene muchos orificios y en un momento uno puede colocarla en una zona que no desea. Pero me parece que es extremadamente difícil o casi diría imposible, poder pasar una sonda a las asas yeyunales a través de una zona donde está el proceso inflamatorio agudo, donde está la fístula, donde no hay prácticamente peristaltismo, y una sonda que no tenga una bolsa que le permita la remoleada.

El único caso en que nosotros tuvimos oportunidad de ver que la sonda de Cantor pudo pasar las primeras asas yeyunales y llegó allí en forma eficaz, fue usando el procedimiento preconizado en nuestro medio por el Prof. Larghero, llamado procedimiento de la sonda a remolque.

Dr. PIQUINELA.—Yo agradezco en forma muy particular las felicitaciones que se han hecho llegar por el trabajo realizado, y muy especialmente agradezco a los correlatores la colaboración que me han prestado, así como a las personas que presentaron trabajos, contribuciones y participaron en la discusión.

Naturalmente que la consideración pormenorizada de todos los comentarios que se han hecho, podría llevarnos muy lejos. Nos vamos a ocupar solamente de algunos. El Dr. Bermúdez se ha ubicado exactamente en el estado de espíritu que ha tenido el relator, al insistir sobre algunos aspectos, dado que tengo la impresión que la cirugía duodenal, sobre todo en nuestro medio y dentro de ciertos ambientes quirúrgicos, puede ser efectuada por cirujanos cuya juventud no les ha permitido aún tener la experiencia adecuada en problemas de orden táctico y técnico, que son a menudo una sorpresa quirúrgica, un hallazgo operatorio y que, por consiguiente, si no se tiene un bagaje determinado de conocimientos pueden resultar poco menos que insolubles o tremendamente riesgosos en ese momento.

En segundo lugar, quiero señalar que la razón del relato es, en el enfoque que se le ha dado, en otro aspecto, la convicción del relator, que aparece reafirmada por la discusión, de que a pesar de un cambio de orientación en la terapéutica, la gastrectomía sigue siendo en nuestro ambiente por lo menos —veo que lo mismo pasa en la Argentina— la operación más a menudo practicada en el tratamiento de la úlcera del duodeno. Es la opinión de que participamos; en 172 úlceras duodenales cuyas historias hemos revisado para elaborar este trabajo, hemos hecho 152 gastrectomías, es decir, en su inmensa mayoría. Nos explicamos perfectamente que en manos de un cirujano como el Dr. Mainetti, cuya habilidad es muy conocida, y tenemos entendido que él además asocia desde hace tiempo siempre una vaguectomía subdiafragmática, obtenga los magníficos resultados que obtiene. Pero es indiscutible que otros cirujanos, procediendo con un criterio distinto y sin el bagaje de experiencia y de tecnicismo que él tiene, sobre todo cirujanos jóvenes, se encuentren en situaciones en que una resección podría ser extremadamente riesgosa. En esas circunstancias, lo que el relato busca es orientarlos en el sentido de que sepan reconocer y valorar las dificultades, y que decididos a intervenir, puedan, antes que exponer la vida del enfermo con una resección, resolver la situación

con una operación menos riesgosa. Máxime que todos ustedes en la discusión están de acuerdo con un principio que todavía cuestionan los reseccionistas cada vez menos numerosos, a todo precio; y es el principio de que la resección de la úlcera no es condición absolutamente fundamental para que la úlcera cure, si el resto del procedimiento operatorio tiene en cuenta los principios que todos saben para dejar al enfermo en condiciones de que esa úlcera duodenal abandonada, cure.

El otro aspecto al que me quiero referir, está dicho en el relato, pero naturalmente no me puedo extender ahora sobre ello; y es el problema apasionante de la úlcera duodenal con hemorragia. Justamente lo que se ha dicho en el curso de la discusión, concuerda con el criterio que nosotros tenemos; son los casos en los cuales aun en presencia de duodenos difíciles, hay que llevar la indicación de resección a límites más extremos, aun haciéndole correr al enfermo un riesgo suplementario, justificado por la hemorragia. No obstante, creemos necesaria una clasificación —nosotros hemos adoptado últimamente y lo tenemos aquí, pero no voy a leer la serie nuestra clasificada según la clasificación de Dorton, que ha aparecido hace aproximadamente un año— dado que hay a propósito de úlceras llamadas hemorrágicas una tremenda confusión de términos, entre úlceras que están sangrando en el momento de la intervención y que son en general las menos, úlceras que tienen antecedentes de hemorragia reciente pero que han dejado de sangrar en el momento en que se interviene, y úlceras que han sangrado semanas o meses antes y que no pueden ser llamadas úlceras sangrantes, sino úlceras con antecedente hemorrágico.

En todos nuestros casos, menos en cuatro, hemos hecho gastrectomía. En un caso en que nos ayudó hace algunos años, en una época muy linda de recordar, en que éramos cirujanos de guardia del Maciel, el Dr. Marella, hicimos una gastrectomía por exclusión, cosa que no haríamos hoy, sin abordaje directo de la zona sangrante; era una úlcera de segunda porción de duodeno. Y ese enfermo curó su hemorragia y parece haber curado su úlcera, 11 años después de la operación.

Por otra parte, una estadística que yo señalo en el relato y que también pensando en los jóvenes los exhorto a leer, la de Rotenberg, muestra un número impresionante de curaciones de úlceras que sangran en el momento de la operación, con una simple operación de derivación.

En estos últimos meses, en cuatro casos solamente, frente a más de 70 gastrectomías en hemorragias, con buenos resultados, nosotros hemos hecho en situaciones extremadamente graves de enfermos muy mayores, con un gran riesgo quirúrgico, vaguestomía y piloroplastia, pero con acción directa sobre el fondo ulceroso sangrante, porque se trataba de cuatro casos en que había hemorragia en el momento de la operación. La había también en ese caso de gastrectomía por exclusión, pero aunque me fue bien entonces, no estoy dispuesto hoy, frente a la misma situación, a proceder de la misma manera.

Celebro mucho la coincidencia de ustedes en el aspecto anatómico y en el aspecto de movilización del duodeno, en que han insistido varios de los que participaron en la discusión. Y en ese sentido creo que es muy interesante.

como siempre, la contribución que hace el Dr. Chifflet, señalando una serie de puntos, que indiscutiblemente tienen gran trascendencia. Y me alegra mucho oírle lo que dijo al final, que traduce la posición que tengo en este momento, pero no la que tenía hace poco, y que se refiera a reintegrar a su forma primitiva al duodeno después de haberlo movilizado, antes de cerrar. Yo no lo hacía hasta hace algún tiempo, sobre todo en cirugía biliar; no he tenido ningún accidente imputable a ello, pero después de una reintervención en que observé una movilidad que yo había provocado en la primera operación, muy grande, he adoptado corregir y fijar las cosas como estaban antes de realizada la movilización, acompañando plenamente también en eso al Dr. Chifflet.

Finalmente me referiré a las palabras que pronunciara el Dr. Palma. Le agradezco y me interesa mucho el concepto que señala del músculo de Treitz.

Es interesante, no en gastrectomía donde no tengo experiencia a ese respecto y espero desde luego con interés la comunicación de la Clínica del Prof. Palma, pero sí en cuanto a la cirugía del ángulo duodenoyeyunal; yo veo que se comete a menudo un error, que ya lo señalaba Chifflet en sus trabajos sobre cirugía del ángulo duodenoyeyunal, que menciona el Dr. Palma, cuando habla de la trascendencia que tiene para la movilización del duodeno, la sección del músculo de Treitz. El músculo de Treitz es una estructura retroperitoneal, mucho más profunda de lo que generalmente se cree; muy a menudo se corta solamente el peritoneo, es decir, el pliegue peritoneal mesocoloyeyunal de Mayo, que se forma por tracción, y se cree haber movilizado por sección del músculo de Treitz, el duodeno. En realidad es una estructura mucho más profunda, mucho más posterior, con inserción en la cara posterior y no en el borde superior, de la cuarta porción, que sólo se puede seccionar actuando más profundamente.

El Dr. Ferreira me debe haber leído un poco apurado, porque me atribuye justamente lo contrario de lo que yo dije. Algún cirujano joven se sorprendió de que yo incluyera el tema de la duodenoyeyunostomía en un capítulo o en un relato de cirugía del duodeno. La he incluido fundamentalmente por entender que aun cuando las patogenicias de tipo mecánico, han perdido parte de la frondosidad primitiva, algunos casos quedan que obedecen a ella. Y estos casos, entre otros, benefician de una duodenoyeyunostomía correctamente hecha. Y en apoyo de esa tesis cito dos trabajos recientes, norteamericanos, en que se procura establecer con precisión el cuadro clínico radiológico de la dilatación del duodeno o de la estenosis por compresión aórtico mesentérica, cuyo tratamiento es la duodenoyeyunostomía.

Señores: les quedo muy agradecido y reconocido por el homenaje que me han hecho a propósito de un trabajo que supone esfuerzo, pero que ha sido realizado con gusto y la mayor dedicación que nos ha sido posible.