

SOBRE EL FUNCIONAMIENTO Y COMPLICACIONES DE LA ANASTOMOSIS GASTRO INTESTINAL EN LA GASTRECTOMIA Y GASTROENTEROSTOMIA (*)

1ª PARTE

Dr. D. Prat

La patología del tubo digestivo y en particular la cirugía gastro duodeno yeyunal ha dado lugar siempre a discusiones sobre su técnica y sus complicaciones y dado que algunos distinguidos consocios de la "Sociedad de Cirugía del Uruguay", han presentado comunicaciones sobre el síndrome doloroso y obstrucción del asa aferente en la gastrectomía, dehiscencia del cabo duodenal, síndrome de dumping, etc; por lo que consideramos de interés ocuparnos de este interesante tema de patología digestiva a fin de dedicarle la atención y el estudio que merece tan importante problema quirúrgico.

Iniciaremos nuestro comentario con el análisis del funcionamiento de las bocas anastomóticas gastro intestinales, cuestión que tuvo palpitante actualidad en los tres primeros lustros de este siglo. Se discutía entonces, si un estómago gastro enterostomizado se evacuaba por el píloro o por la neo boca y si ésta funcionaba estando aquel permeable; existían las opiniones más contradictorias sobre el funcionamiento de la anastomosis y el píloro, a pesar de la intensa práctica de la gastroenterostomía y de la competente experiencia de los técnicos para resolver este problema.

Algunos cirujanos sostenían que a pesar de la G. E. los alimentos seguían pasando por el píloro, si éste no presentaba un obstáculo orgánico; para otros, la mayor parte, afirmaban

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía, el día 30 de junio de 1954.

que los alimentos pasaban sólo por la neo boca y había quienes sostenían, que la neo boca no funcionaba o que se cerraba si el píloro era ampliamente permeable.

Hartel había establecido ya que por la boca de la G. E. se iniciaba el pasaje del contenido gástrico, pero en general, el estómago puede utilizar indistintamente el píloro o la boca anastomótica para su evacuación y aun cuando aquel no presente una estrechez o un cierre completo, la anastomosis seguirá funcionando siempre. Se había llegado a establecer también, que en algunos casos la neo boca realizaba una evacuación rítmica semejante a la normal pilórica, como si tuviese un esfínter y eso lo pudimos comprobar también en nuestra práctica, pero en contados casos.

Nos ha interesado muy especialmente esta cuestión particular de la fisiología funcional gastro anastomótica del estómago operado, porque realizamos nuestra tesis de la Agregación en el año 1916 sobre "Ulcus gástrico y duodenal" y nos preocupamos particularmente en resolver este funcionamiento de la anastomosis, que estaba en litigio y era de palpante actualidad.

En esa época la gastro anastomosis preferida, ya fuese en la G. E. o gastrectomía, era la posterior y trans mesocólica, que sigue siendo aun hoy día la de elección, con relación a la gástrica anterior pre colónica, tan frecuentemente empleada en la actualidad. Las conclusiones que establecimos en esa tesis, que fué comprobada en su parte experimental, por la radiología, con la colaboración del Prof. C. Butler, fueron las siguientes.

El pasaje de la comida opaca en los gastroenterostomizados, se inicia por la neo boca, la mayor parte pasa por la anastomosis, pero funcionando también el píloro, repartiéndose ambos la evacuación gástrica de los alimentos; en muy contados casos comprobamos el tránsito sólo por el píloro y no por la neo boca.

Debemos destacar que en nuestra práctica de la G. E. realizábamos la *exclusión pilórica por el bloqueo de Mayo* y esto explica plenamente porque durante el período postoperatorio, de 15 a 20 días, la circulación del contenido gástrico se hacía *exclusivamente* por la neo boca, pero a continuación, cuando el píloro readquiría su permeabilidad, los alimentos pasaban in-

diferentemente por el píloro o por la neo boca, preferentemente por ésta. En la época de la preparación de nuestra tesis la práctica de la G. E. estaba regida por un dogma técnico: *la realización complementaria y asociada de la exclusión pilórica*, porque se admitía que la contracción o peristalsis del estómago, cerraba la boca anastomótica y ésta no funcionaba, pasando entonces casi todo el alimento por el píloro, cosa que se trataba de evitar o suprimir con la G. E. para dejar así, en completo reposo post-operatorio y temporario, el ulcus del píloro o del duodeno que se pretendía curar con la G. E. Es por esto que se preconizó y se realizó la exclusión pilórica concomitantemente con la G. E.; exclusión que algunos cirujanos realizaban por la ligadura del píloro con seda (Parlavechio), otros por plastias aponeuróticas (Willms), o con el ligamento redondo (Polya). Mayo la practicaba con un simple surjet sero muscular pre pilórico con catgut, que efectuaba una exclusión temporaria y que Eiselberg realizaba por la sección del píloro, que es la forma de obtener una exclusión radical y definitiva.

La exclusión pilórica adquirió de inmediato una importancia fundamental en la patología y la técnica gastro duodenal, porque la G. E. en la terapéutica del ulcus, tenía una doble y principal función: 1º, drenar completamente el contenido gástrico, que al retenerse en el antro provocaba la formación exagerada de *secretina* que originaba una intensa secreción clorhidro-péptica del fundus gástrico y que constituía el agente primordial del ulcus péptico y 2º, neutralización del jugo gástrico por el pasaje de la secreción biliopancreático-duodenal al estómago.

Queda así explicado porque los cirujanos y los más distinguidos de esta época en la cirugía mundial como W. Mayo, recomendaban y practicaban la exclusión pilórica por el *bloqueo* del píloro en la G. E. y nosotros tuvimos la suerte y el acierto de seguir esta técnica porque pronto se comprobó que la exclusión pilórica definitiva por el Willms o la sección pilórica antral de Eiselberg, *provocaban* el ulcus péptico de la neo boca con gran frecuencia; es por eso que los cirujanos que empleaban el método de la exclusión definitiva, comprobaron muchas úlceras pépticas en sus G. E. y los que siguieron a Mayo, no las tuvieron porque la exclusión pilórica era sólo temporaria.

Esto nos demuestra la gran importancia que tiene la exclusión pilórica en la patología gastro duodenal y se justifica que le dediquemos particular atención.

A la G. E. comparativamente a la gastrectomía sub total, se le ha inculcado su propensión al ulcus péptico de la neo boca, complicación cuya etiopatogenia se atribuía fundamentalmente a la acción *clorhidro péptica* del jugo gástrico y a la colaboración preferente de la *retención antral* y a la *exclusión pilórica*.

Exclusión pilórica y ulcus péptico. La experimentación y particularmente la de Shay ha demostrado que la ligadura del píloro en la rata blanca provoca la ulceración en la parte superior del estómago o rumen, en el 100 % de los casos y en un período breve de tiempo cuyo mínimo se reduce a ocho horas.

Los cirujanos habían comprobado hacía mucho tiempo ya, la producción del ulcus péptico de la neo boca en la G. E. y habían confirmado también que si a esta G. E. se le asociaba la *exclusión pilórica*, práctica que se generalizó en determinada época de la terapéutica del ulcus gastro duodenal, entonces la aparición del ulcus péptico se producía mucho más frecuentemente, alcanzando hasta el 25 %, con tendencia a aumentar aun si la exclusión se practicaba por encima del píloro, como ocurre con la operación de Von Eiselberg o la exclusión de Finsterer, que deja el píloro y gran parte del antro. La cirugía experimental, la casuística profesional y la radiología han comprobado plenamente estos hechos y es por eso que los resultados de los cirujanos en cirugía gastroduodenal han sido tan diferentes; los cirujanos que emplearon la exclusión pilórica por el método de Willms o de Finsterer tuvieron frecuentes úlceras pépticas y los que usaron el bloqueo de Mayo, tuvieron muy pocas o ninguna, porque la exclusión era sólo temporaria y duraba 10 o 15 días.

El interesante y complejo problema de la úlcera péptica, particularmente en su fase de úlcera experimental ha sido especialmente tratado el tema por los gastroenterólogos franceses, en su sesión de Junio de 1953, con los interesantes relatos de Lambling, Hardouin, Bonfils y Laumonier sobre la "Úlcera experimental por ligadura del píloro" y el de Debray y Hardouin, sobre la "Úlcera experimental de salida", publicados en los

“Archivos de Enfermedades del Aparato Digestivo” de Abril de 1953. No podemos analizar ni comentar tan interesante trabajo porque rebasaríamos los límites de nuestra comunicación, pero esas memorias tienen tal interés e importancia para el mejor conocimiento del *ulcus péptico* que recomendamos con entusiasmo su lectura.

Sólo nos permitiremos decir que en la *úlcera péptica* dos teorías patogénicas se disputan la prioridad: una que considera la *úlcera* como consecuencia simple de la digestión mucosa por un jugo gástrico hiperactivo y la otra, que supone que la acción clorhidro péptica no es posible sino después de un debilitamiento del sector gastro intestinal, ocasionado por trastornos vaso nerviosos u humorales. Si se trata de precisar algo más esta patogenia, sobre todo de acuerdo con las experiencias de Shay, se pueden establecer tres hipótesis para explicar la *úlcera péptica*.

1º La ulceración gástrica es la consecuencia directa de la acción péptica por la retención gástrica exageradamente abundante y ácida. 2º A la acción péptica se suman y agregan trastornos vaso motores originados por la modificación del funcionamiento pilórico. y 3º La lesión gástrica es la consecuencia de una *enfermedad general* que origina la ligadura pilórica, los trastornos vaso motores serían las alteraciones predominantes y la digestión péptica sólo revelaría las lesiones.

La práctica y la experiencia quirúrgica en el hombre, han demostrado que la exclusión con persistencia del píloro y sobre todo del antro (Finsterer), realiza una condición favorable a la producción del *ulcus péptico*, como si el píloro y el antro, además de productores de *secretina*, actuaran como un *activo agente reflexógeno* (Finsterer) y es por eso, que en los casos de tener que dejar el píloro y el antro al realizar la exclusión, se aconsejó *resecar la mucosa píloro-antral*.

En nuestra casuística de cirujano de urgencia figura una observación que representa una comprobación casi experimental, que revela la enorme importancia de la exclusión pilórica en la producción del *ulcus péptico anastomótico*.

El enfermo T. Pouq. de 45 años, lo operamos de urgencia en el Servicio de Guardia del Hospital Maciel (1920) por *ulcus*

perforado del duodeno, con 4 horas de evolución. Realicé la terapéutica que practicaba en ese momento: cierre de la perforación de una úlcera callosa yuxta pilórica, por doble sutura y epiplostía con gastroenterostomía posterior transmesocólica complementaria. Había mucho líquido en el vientre que se aspira. Drenaje supra púbico y sub hepático. Alta a los 18 días.

A los tres meses aparecen trastornos funcionales y comprobamos a la radiografía que la neo boca y el píloro funcionan. Como los trastornos continúan posteriormente se le practica la reintervención. En ella se comprueba la cicatrización del ulcus duodenal y que la neo boca es normal; sin embargo, estimulados por el ambiente y el criterio de la época, que nos hace suponer la posible existencia de un ulcus pasado inadvertido a la exploración, le practicamos a este paciente la exclusión pilórica por sección de Eiselberg.

Alta a los 10 días.

Después de pasar cierto tiempo bien, vuelve a tener trastornos de dispepsia gástrica más pronunciados aun que antes. A la radioscopía pasaje lento por la neo boca; hay retención gástrica a las 10 horas.

3ª operación. Se encuentra una tumefacción de la neo boca del tamaño de un puño, dura y muy adherente, provocada por un proceso de adherencias inflamatorias. Encontramos en su interior un fragmento de hueso, al parecer de pollo. Una gastrectomía nos parece contraindicada por el gran proceso inflamatorio, realizamos una nueva gastroenterostomía, algo más a la izquierda con botón de Murphy, posterior y transmesocólica. Evolución buena, alta a los 15 días, eliminación del botón a los 18 días.

Este enfermo no siguió bien, continuó con sus trastornos evolucionando el ulcus péptico que se complicó más tarde con la fístula gastro yeyuno cólica y que a pesar de ser intervenido provocó posteriormente la muerte del paciente. Este caso fué una evidente demostración, una experiencia categórica de la influencia directa y perniciosa de la exclusión del píloro en la producción del ulcus péptico de la neo boca de G. E. y que nos sirvió de lección difinitiva y perdurable, para abandonar la exclusión pilórica en la terapéutica del ulcus gastro duodenal, conclusión

consagrada después por la cirugía mundial. Además de la exclusión pilórica puede haber influido posiblemente en la patogenia del ulcus péptico la presencia del cuerpo extraño, el hueso de pollo encontrado en la operación.

Está comprobado que el duodeno posee la mucosa intestinal más resistente al contacto agresivo de la secreción clorhidro péptica, con resistencia superior a la del yeyuno y que cuanto más lejos del píloro esté la anastomosis, más expuesta estará la mucosa a la digestión péptica, lo que justifica que la anastomosis gastro intestinal más conveniente es la que se realiza con el asa duodenal o la más vecina al ángulo duodeno yeyunal, que establece en principio, la superioridad fisiológica de las anastomosis posteriores trans mesecólicas que emplean un asa corta, en relación a las anteriores, pre colónicas, más largas que se practican en el ulcus gastro duodenal.

El éstasis o retención antral en la patogenia del ulcus péptico. Está complementamente demostrado que la retención del contenido gástrico en la región antral del estómago provoca una abundante producción de secretina que al actuar sobre las glándulas del fundus origina una excesiva secreción clorhidro péptica, que acumulándose en el segmento inferior gástrico, será el agente fundamental de la producción del ulcus péptico post-operatorio.

Dos agentes principales provocan el éstasis o retención gástrica antral después de la G. E.; una es la exclusión que ya analizamos y la otra, es la situación de la anastomosis que no está colocada en el máximo declive gástrico y por eso se produce la retención. Muy frecuentemente hemos comprobado que la neo boca no está situada en la porción declive, cerca del píloro, sino lejos de éste, a ocho o diez centímetros mas a la izquierda y hacia arriba; a veces, está localizada, casi en la mitad o los $\frac{2}{3}$ inferiores de la gran curva.

Una boca anastomótica así dispuesta en la G. E. no puede funcionar normalmente y necesariamente dejará un residuo o bajo fondo antral, que se evacuará tardíamente y que constituirá el principal factor de exageración de la secreción clorhidro péptica.

La causa de la disposición defectuosa y anti fisiológica de

la anastomosis es por lo general, debido a la técnica en la confección de la G. E. posterior trans mesocólica, cuando se practica esta G. E. pasando el cono de la cara posterior del estómago a través de la brecha mesocólica y por debajo de este mesolon se realiza la anastomosis. Con esta técnica clásica de Von Hacker por lo general ocurre que el cirujano no puede establecer la precisa colocación de la neo boca en el sitio de elección y ésta anastomosis queda ubicada lejos y a la izquierda del píloro, entonces resultará que no realizamos una anastomosis fisiológica por más perfecta que sea la técnica. (Leriche).

Algunos cirujanos habían llamado la atención sobre la localización inapropiada y antifisiológica de la anastomosis y el profesor Hartmann destacó siempre la necesidad de realizar la neo boca *en la cara posterior del estómago, bien cerca del píloro y junto a la gran curva*; así se evitaba la retención antral y la anastomosis realizará entonces la mejor y más rápida evacuación gástrica.

La causa principal de esta localización inapropiada de la boca de G. E. alta y alejada del píloro, se debe a la técnica clásica de la G. E. que se practica en la región infra mesocólica, sobre el **cono gástrico** exteriorizado a través de la brecha mesocólica, sin que el cirujano pueda seleccionar el lugar preciso y de elección de la anastomosis. Para corregir este defecto o imperfección Toupet en 1918 publica en el "Journal de Chirurgie" una nueva técnica de la G. E., en la que se emplea el despegamiento colo epiploico de Lardennois y Ockinzyc, que permite explorar y liberar ampliamente toda la cara posterior del estómago y entonces a través de la brecha mesocólica, se trae el asa yeyunal al piso supra mesocólico, realizándose con toda facilidad y más visualidad en el campo operatorio, la anastomosis en el sitio de elección, es decir, junto al píloro y sobre la gran curva, operándose con amplia luz y comodidad; contrariamente a la técnica clásica, cuya anastomosis se practica en el vientre inferior sin poder explorar totalmente la cara posterior del estómago. Toupet practicó su técnica supra mesocólica de la G. E. desde 1911 y es por eso que desde 1912, nosotros la pudimos realizar, quedando plenamente satisfechos de ella, porque además de ser más completa, precisa y segura que la infra mesocólica;

nos permitió explorar ampliamente la cara posterior gástrica, en particular la región antral, que frecuentemente en la úlcera gastro duodenal, presenta velos, adherencias o bridas y a menudo, una verdadera perigastritis que hubiera impedido el desplazamiento de la región pre pilórica al piso inframesocólico y que con la técnica de Toupet se liberaba perfectamente y nos permitía situar la neo boca en el sitio preciso y de elección. Esta técnica de Toupet, aprobada en su época por P. Duval, la seguimos aplicando sistemáticamente en la G. E. durante toda nuestra carrera de cirujano, con excelente resultado y completa satisfacción y consideramos innecesario abogar en su favor, ya que en la "Sociedad de Cirugía de Montevideo", en la sesión del 10 de Mayo de 1933 (1) al comentar la comunicación del Dr. J. M. Silva sobre "Accidentes de la G. E." hicimos una extensa defensa y un cálido panegírico de la técnica de Toupet, estableciendo las positivas ventajas y beneficios del procedimiento.

El mérito fundamental de la G. E. practicada en la región supra mesocólica de acuerdo a la técnica de Toupet, permite realizar una anastomosis yuxta pilórica, con evacuación rápida del contenido gástrico y sin retención; contrariamente a la infra mesocólica, en la que la neo boca queda alta y alejada del píloro, con frecuente retención en el saco antral, sobre la que, además de los cirujanos, llamó la atención Enriquez en 1920, particularmente por la estasis limitada del fondo de saco subanastomónico interyeyuno pilórico. Esta retención con evacuación tardía constituía el principal agente de la producción de la **secretina**, que provocaba el exceso de secreción clorhidro péptica del fundus que ocasionaba el *ulcus péptico*.

Por la radiología hemos comprobado plenamente la situación inapropiada y antifisiológica de la anastomosis gastro yeyunal, habitualmente realizadas por la técnica clásica y es por eso que Leriche ha dicho en 1931: "muchas de nuestras G. E. están mal hechas; técnicamente pueden haber sido impecables, fisiológicamente son insuficientes".

1) Dr. D. Prat. Discusión sobre "Accidentes de la G. E.". Comunicación del Dr. J. M. Silva. Boletines de la Soc. de Cirugía de Montevideo, 1933, pág. 5.

Opino a conciencia y estoy convencido después de una larga práctica y experiencia de la G. E. que la producción de la úlcera, además de la esencial acción clorhidro péptica, se debe principalmente a la **retención antral** y a la **exclusión pilórica**, además de otros factores que pueden actuar secundariamente. Queda demostrado así la importancia que para nosotros tiene el procedimiento de G. E. de Toupet, que conceptuamos como el de elección, pero como podrán comprobar los lectores interesados en ahondar la verdad de esta patología, tendrán la oportunidad de confirmar que muchos cirujanos no le dan mayor importancia a estos hechos y que en ese caso están mis mismos colegas compatriotas, que en la discusión que ya mencionamos en la "Sociedad de Cirugía"; algunos criticaron severamente la técnica de Toupet, considerándola innecesaria, mientras repetían que cualquier procedimiento correcto de G. E. daba buenos resultados funcionales, que es quizás la opinión internacional de la cirugía, que presupone que todos los profesionales realizan una técnica semejante y perfecta de G. E.; opinión sobre la cual estamos en perfecto desacuerdo y que por el contrario compartimos plenamente la opinión de Leriche, que *"los cirujanos a menudo realizan la G. E. con técnica correcta, pero mala fisiología"* lo que se pone bien de manifiesto por los malos resultados obtenidos, porque la técnica y táctica empleadas no ha sido ni correcta ni perfecta.

Algunos otros factores técnicos pueden influir en el resultado y así es que se ha criticado el uso de clamps coprostaticos en la realización de la anastomosis; nosotros hemos empleado sistemáticamente en ella, la pinza de Témoín a plena satisfacción y aunque hoy día está demostrado que ella no puede ser la causa del ulcus péptico, que no tiene por otra parte, la localización del sitio de aplicación de la pinza gemelar.

Se ha inculcado, también a la sutura de los hilos no reabsorbibles como causa patogénica de la úlcera de la neo boca y aunque este factor puede intervenir en determinadas circunstancias, el problema queda resuelto por la negativa, si se tiene la precaución de realizar la sutura perforante de la anastomosis con hilo reabsorbible, el gastergut y entonces no habrá inconveniente en usar hilo no reabsorbible en el plano sero seroso, que no presentará inconveniente alguno, ni en su reabsorción, ni en su po-

sibilidad patológica de exteriorizarse y quedar fijado en la luz de la neo boca.

Consideramos que constituye un factor de mayor importancia en la producción de la úlcera péptica de la G. E. el empleo de un asa aferente larga iso o anisoperistáltica, no tanto por la disposición en la dirección o en sentido contrario de la peristalsis del estómago e intestino, porque parece que puede realizarse la neo boca sin inconveniente ya sea en el mismo sentido o en sentido opuesto del peristaltismo; pero tiene en cambio real importancia la *torsión que se practica en el asa yeyunal que exige su cambio de dirección según el procedimiento, empleado; torsión y alargamiento del asa*, que puede ser causa de *acodamiento* que suelen originar repliegues o inconvenientes mecánicos de disfuncionamiento, que culminarán en serios trastornos funcionales, pudiendo ocasionar también la úlcera péptica.

Todo esto lo estudiaremos en la segunda parte de nuestra comunicación que corresponde al síndrome doloroso del asa aferente de la G. E. o de la gastrectomía, en las complicaciones por obstrucción de la anastomosis, el síndrome de dumping, etc.

No podemos dar término a esta parte de nuestra comunicación sin establecer el juicio crítico de nuestra experiencia clínica de nueve lustros, considerando los resultados obtenidos y destacando de paso la importancia y las características de la técnica de elección, que según nuestro criterio, tiene real y efectiva importancia en la práctica de cada cirujano, dado que no podemos aceptar el juicio simplista de que todas las G. E. realizadas por los profesionales son de técnica correcta y función perfecta.

Primitivamente se consideró que la G. E. en el tratamiento del ulcus gastro duodenal, tenía el grave inconveniente de producir la úlcera péptica de la neo boca en la proporción del 1 al 3 % y se admitía también que la gastrectomía con mejores resultados, no tenía el peligro de la úlcera péptica; pronto se comprobó que la gastrectomía originaba también el ulcus péptico.

Lo que queremos destacar y poner bien en evidencia, es que la G. E. realizada con la *táctica y la técnica de elección*, tiene un excelente funcionamiento fisiológico y que el temido peligro del ulcus péptico, queda reducido a la proporción de esta misma

complicación de la gastrectomía o que es más reducida aun. Consideramos que la G. E. ha sido una *bueno y excelente operación* que en su época de predominio y apogeo en que obtuvo muy buenos resultados; creemos que ha sido exageradamente desacreditada y proscripta, cuando a menudo la inculpación del fracaso terapéutico, era quizás más imputable a la defectuosa técnica del cirujano que a la operación.

No podemos dejar de recordar con gran reconocimiento que hace 6 u 8 lustros, cuando teníamos que tratar un ulcus gastroduodenal recurríamos con gran confianza a la G. E., con la plena convicción de salvar al enfermo, aunque no se tuviese la seguridad de la curación, considerada como mejor y más perfecta. No pretendemos en manera alguna reivindicar los prestigios de la antigua G. E., frente a los brillantes resultados de la gastrectomía en la terapéutica del ulcus gástrico aceptada como tratamiento de elección, pero en el ulcus duodenal, esa exclusión de la G. E. justicieramente hecha, no puede ser tan absoluta ni la prescripción tan completa, creemos que puede tener indicaciones precisas.

Como comprobación de los buenos resultados que se pueden obtener con la G. E. en el ulcus duodenal, mencionaré en la imposibilidad de una estadística completa, los casos de mi clientela privada que han sido operados hace ya más de 20 años y que han evolucionado muy bien.

He aquí la síntesis de los casos tratados de mi clientela privada de más de 15 años.

1º A. M. Ulcus duodenal. G. E. hace 32 años. Paciente que no ha seguido régimen, ha tenido algunas molestias y actualmente está bien.

2º J. Sc. Ulcus duodenal. G. E., hace 32 años ha evolucionado bien con molestias de vez en cuando.

3º Dr. Lanz. Ulcus duodenal. Operado por G. E. hace 27 años; paciente que no hizo régimen de ninguna clase y es el caso ideal que en los 27 años de operado nunca tuvo ninguna molestia. Se considera curado radicalmente, realizando una vida profesional muy activa.

4º Sra. C. Pey. de M. 76 años. Ulcera gástrica. Operada de G. E. hace 25 años, está perfectamente bien, come de todo.

5º A. Et. Ulcus duodenal con grandes dolores y debilitamiento que lo inclinaban al homicidio. Operado por G. E. hace 30 años, está perfectamente bien.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

6° Sra. de C. 74 años. Ulcus duodenal. Operada por G. E. hace 20 años, ha evolucionado perfectamente y se encuentra muy bien.

7° Rosa Pd. 87 años. Colecistopatía. Operada hace 19 años por un síndrome obstructivo por asa delgada adherente al hígado y nódulo fibroso del piloro. (Ulcus cicatrizal). G. E. A pesar de sus años no tiene molestias de su tubo digestivo.

8° V. B. M. 66 años. Ulcus duodenal tumoral, adherente al páncreas. G. E. Excelentes condiciones actuales.

9° Alej. Ing. Ulcus pequeña curva alta Extirpación y G. E. Buen estado actual.

10° R. Brac. Ulcus duodenal. G. E. datando de 16 años. No hizo régimen, ha tenido varias crisis y molestias.

11° Montj. Ulcus pequeña curva yuxta cardíaca. G. E. evolución buena de 10 a 12 años, luego arteritis y cardiopatía que obligan a a realizar una amputación. Falleciendo posteriormente de su cardiopatía

12° J. N. Ulcus duodenal G. E. realizada por un colega con exclusión pilórica. (Willms). Úlcera péptica de la anastomosis. 2° G. E. practicada por nosotros, yuxta pilórica. Mejoró pero años más tarde al sentir trastornos fué reoperado por supuesto ulcus péptico de la neo boca y realizar una gastrectomía y como se encontró una anastomosis normal y muchas adherencias, se suprimieron éstas, sin hacerse nada más. Ha seguido muy bien.

Estos casos de ulcus duodenal y gástricos, operados por G. E. con más de 20 años, otros 25 y algunos 30 años de evolución postoperatoria favorable, demuestran acabadamente, aunque no sea en gran escala, que la G. E. puede dar excelentes resultados en esta lesión y que representa una demostrativa experiencia por el largo tiempo transcurrido sin haber dado molestias ni complicaciones importantes.

En lo que respecta a la producción del ulcus péptico de la neo boca, no lo hemos observado sino por excepción en nuestra práctica, a no ser en el caso que hemos comentado en ésta misma comunicación y que se produjo por la exclusión realizada y es por eso que consideramos que si se hace la G. E. con técnica perfecta, sin exclusión pilórica y sin retención antral, la úlcera péptica no se producirá como parece confirmarlo nuestra experiencia.

Terminamos esta primera parte de nuestra comunicación estableciendo que la G. E. es una operación buena o excelente cuando está bien realizada y correctamente indicada, creemos

que no merece ni la total exclusión ni la completa prescripción con la que la ha condenado la cirugía contemporánea en la cirugía duodenal y que no puede ni debe discutir la absoluta prioridad a la *gastrectomía* en el tratamiento del úlcus gástrico, que es la terapéutica de elección.

Dr. Prat. — Ante todo quiero agradecer al Dr. Mourigán y al señor presidente los comentarios que han hecho sobre esta comunicación. Debo decir ante todo que soy el más convencido, de la evolución y el progreso que ha realizado la cirugía gastroduodenal y declarar que soy gran partidario de la gastrectomía en el tratamiento del úlcus pero creo que en el concepto general de la terapéutica el profesorado tiene que saber medir o poder establecer matices y variedades que hay en el tratamiento y en las indicaciones. Por eso digo aquí que ha habido en estos últimos años una exclusión completa o muy grande casi total de la gastroenterostomía y que los cirujanos de ahora no conocen los resultados y la práctica de la gastroenterostomía, porque es evidente que hoy día se ha establecido que la gastrectomía es el tratamiento de elección casi sistemáticamente en la úlcera gástrica o duodenal se hace gastrectomía, a no ser que haya contraindicación, por eso se dice, que la gastroenterostomía vive de las contraindicaciones de la gastrectomía.

Al analizar mis historias clínicas me encuentro con un grupo de casos, es decir todos los que he operado entre 15 y 30 años ha, y que en ese momento existía un factor principal que me inclinaba a realizar esa operación. Corrientemente me encontraba con el paciente sobre la mesa operatoria y en ese momento hacía un juicio de conciencia y pensaba que ese enfermo tenía madre, familia, esposa e hijos y que lo iba a operar de una intervención seria, importante como es una gastrectomía, que en ese momento, vale decir hace 30 o 35 años, no teníamos ni el tecnicismo ni la experiencia ni tampoco los elementos de colaboración que tenemos hoy día (anestesia por gases, transfusión, reanimación, etc) para actuar en la realización de la gastrectomía con toda tranquilidad y seguridad.

En estos casos de úlcus gastro duodenal tenía el convencimiento que el enfermo salvaría la vida haciendo la gastroenterostomía, aunque su curación podría ser relativa o incompleta, pero estaba casi seguro de salvarle la vida, y recordaba que para curar un enfermo lo primordial es no liquidarlo de entrada, y sabía bien, que al practicar la gastrectomía, no tenía la seguridad de salvar al paciente. Por eso realizaba preferentemente la gastroenterostomía y ahora después de 15 a 30 años de operados, reúno los casos de mi clientela privada y me encuentro con un grupo grande de estos enfermos que representan la totalidad de los pacientes particulares operados; casi todos ellos están perfectamente bien, no han tenido complicaciones de úlcera péptica, ni hemorragias, ni trastornos importantes de funcionamiento. El ideal hubiera sido realizar la estadística completa,

de la clientela privada y hospitalaria pero eso no he podido hacerlo por carecer de los datos necesarios, por eso nos hemos limitado sólo a los pacientes particulares, estadística pequeña pero completa y con contralor de los enfermos.

La primer cosa que nos sorprende es la confirmación que se establece de la excelente evolución y del perfecto estado de los enfermos que tienen de 15 a 30 años de operados, sin haberse comprobado complicaciones de úlcera péptica, hemorragias ni recidivas. Para obtener estos excelentes resultados es necesario realizar la G. E., una técnica correcta y perfecta y practicarla como exigía el Prof. Hartmann, muy cerca del píloro, yuxta pilórica sobre la gran curva, que no haga retención y sobre todo, suprimir la exclusión del píloro; como ejemplo comprobatorio de esto último, mencionaré el caso de mi práctica en que se hizo la exclusión por sección pilórica (Eiselberg) y enseguida se produjo la úlcera péptica de la neo boca.

La finalidad principal de esta comunicacion es para establecer que hay cierto número de casos de G. E. de 15 a 30 años de operados, seguidos durante todo este tiempo en que se ha comprobado que la gastroenterostomía ha dado un resultado muy bueno o excelente, sin que pretendamos por esto que se vaya a plantear o modificar el criterio actual de la indicación del tratamiento de la úlcera gastro duodenal y recomendar la gastroenterostomía; aunque deseamos sí dejar bien establecido, los excelentes resultados que se pueden obtener con la G. E. correctamente realizada en el ulcus duodenal.

Debemos recordar que la Cirugía Estado Unidense mantiene aún sus simpatías por la G. E. en la úlcera duodenal y hoy día tiende a criticarse el exceso de la gastrectomía total por ulcus, que puede ocasionar trastornos por supresión de un órgano que parece ser indispensable y además se dijo siempre, que la gastroenterostomía provocaba mucha úlcera péptica y la gastrectomía no; en la gastrectomía se ha producido una cantidad bastante grande de úlceras, a veces superior a la gastroenterostomía perfecta, pero he querido llamar la atención sobre esta operación que debe ser hecha de acuerdo con ciertos principios técnicos y entonces es muy posible que no tenga las deficiencias y complicaciones que se le han atribuido anteriormente y que tanto han criticado los cirujanos. Nuestra conclusión es que: la G. E. bien hecha es una excelente operación.