

RESULTADOS LEJANOS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ULCERA GASTRODUODENAL (1)

por el doctor

J. PUIG SUREDA

de Barcelona

Van transeurridos unos cuantos años desde que la Cirugía vino a prestar su concurso para el tratamiento de la úlcera gástrica (U. G.) y duodenal (U. D.) y a pesar del número exorbitante de casos tratados, de una actuación variadísima en métodos y procedimientos, de haber puesto en manos del anatomopatólogo material en condiciones excepcionales por su calidad y abundancia, de haber permitido un estudio bacteriológico antes imposible y al médico afinar por un mejor estudio objetivo la correlación entre síntoma y lesión, de llevar el problema al campo experimental, vemos a los ulcerosos navegar con rumbo indeciso o completamente a la deriva, ora por mares de la Medicina, ora por los de la Cirugía, y cabe preguntar, por lo tanto: ¿Existe realmente la úlcera gastroduodenal (U. G. D.) esencialmente quirúrgica?

Es difícil la contestación, mejor diríamos imposible en el momento actual. La afirmativa supondría la certeza de la existencia de úlceras que ya inicialmente o en el curso de su evolución dependieran de causas únicamente tributarias de un tratamiento cruento. Pero para afirmar tal, deberíamos conocer lo que ignoramos por completo: por qué aparece y por qué persiste una U. G. D.

No siendo posible una contestación categórica en el terreno de las causas no queda más recurso que descender al de los resultados, y dentro del más deseconsolador empirismo podemos afirmar que en realidad hay úlceras que sólo encontraron solución en manos del cirujano.

Conste que hablo de úlceras, porque hay situaciones creadas por esta lesión, como son, por ejemplo, las estenosis y la perforación aguda, cuya naturaleza quirúrgica ni cabe discutir. Precisamente la evidencia de este hecho ha servido para crear una lastimosa confusión, que se padece por muchos todavía, al dar un sentido mecánico al tratamiento quirúrgico de la úlcera tomando la complicación por la enfermedad. Son aun actualmente frecuentes las publicaciones de Cirugía que analizadas con escrupuloso espíritu crítico sitúan el problema del tratamiento del *ulcus* en el plano del mejor procedimiento operatorio. Esto es hoy un error funda-

mental. En los primeros tiempos del ingreso de la Cirugía en este campo de la terapéutica era comprensible este criterio; al fin y al cabo al cirujano sólo llegaban los grandes estómagos rendidos en la lucha contra píloros casi infranqueables, sometidos de tiempo a la nocividad de copiosas retenciones, "causados de vomitar y ser lavados". Todas las preocupaciones eran de orden técnico, y los temas de discusión el mejor sitio de la implantación del asa yeyunal, su longitud, dirección, isoperistaltismo, disposición valvular... y otras por estilo. Pero actualmente la Cirugía, aliviada ya del peso de la preocupación del perfeccionamiento técnico, ha elevado el punto de mira de sus pretensiones y comparte con la Medicina el afán de encontrar un tratamiento causal, pretensión difícil, seguramente, dada la oscuridad en que está sumida esta rama de la Patología, pero que constituye la razón de la persistente actualidad del tema de esta ponencia.

Todos los métodos quirúrgicos del tratamiento del *ulcus* tienen antigüedad suficiente para haber hecho sus pruebas; nada o apenas nada ha cambiado de los términos en que está planteado desde unos cuantos años el problema y, a pesar de todo, el entusiasmo de su discusión parece no decaer, aun cuando sobre la mesa no se ponen ni retiran otros alegatos que los sobradamente repetidos, y que por lo visto tienen escasa virtud persuasiva.

Es que en el fondo la base de discusión es mala. Por un lado, como ya hemos dicho, y es lo capital, domina un desconocimiento absoluto de la etiología y patogenia de la enfermedad, y por el otro una recopilación algo incoherente de observaciones de todo orden que ha sido la base de estadísticas dispares, incapaces de arrojar ninguna claridad. Y así es como a oscuras, dando tumbos, hacen su camino del brazo la Medicina y la Cirugía en espera de luces que por el momento no aparecen. Es verdaderamente desairado, pero el cirujano opera al ulceroso porque el médico no consiguió curarlo y devuelve al médico al que no curó por una operación.

Es un hecho indiscutible la curación posible del *ulcus* y estoy convencido de esta posibilidad cualquiera que sea la forma anatomopatológica. Pruebas clínicas de esta afirmación son la desaparición definitiva, o por lo menos durante mucho años, de un cuadro clínico el más típico y completo de U. G. D. y la nivelación de profundos nichos de Haudeck con la simultánea desapari-

(1) Ponencia desarrollada en el Primer Congreso Nacional de Patología Digestiva, celebrado en Valencia.

ción del síndrome ulceroso. Ya sé que no son pruebas irrefutables, y que se puede asistir durante mucho tiempo a una aparente curación de un ulceroso que muere después de perforación y que las imágenes roentgenológicas de erosiones de la mucosa con edema circundante, reconocidas unánimemente como curables, pueden prestarse a confusión con las úlceras verdaderas; pero hay imágenes inconfundibles y del todo demostrativas. Es frecuente la comprobación en necropsias, en piezas de resección y por gastroscopia de úlceras cicatrizadas, tanto en el estómago (E.) como en el duodeno (D.); hase podido observar la confirmación histológica de esta curación por la cubierta de fina capa epitelial aun en úlceras fuertemente excavadas (PANNETT, *The surgery of gastro-duodenal ulceration*, 1926/27); asimismo ha podido ser observada en una segunda operación la desaparición de masas voluminosas de infiltración periulcerosa encontradas en la primera, en la que no se hizo más que una exploración; son los pseudotumores curados por simple laparatomía.

Lo verdaderamente desconcertante es que esta curación o cicatrización pueda tener lugar en medio de las condiciones al parecer menos favorables, sin tratamiento alguno y con acidez y retención. La lección que nos da en este caso la Naturaleza es con un lenguaje que no sabemos descifrar.

En cambio el extremo opuesto es igualmente cierto. Una forma aguda al parecer benigna, la más clásica *úlcera médica* en un enfermo el más dócil y escrupuloso cumplidor de toda prescripción, puede mostrarse rebelde a todo tratamiento y llegar a la úlcera perforada crónica, penetrante en hígado o páncreas, callosa de bordes y extensa infiltración parietal o interrumpir su progresión no perturbada, una perforación aguda o una hemorragia mortal.

La situación de la Cirugía ante el problema de la úlcera, repito, es realmente desairada. De vez en cuando parece que del campo experimental y del laboratorio se vislumbran claridades esperanzadoras, pero no alcanzan a iluminar el oscuro laberinto de la patogenia de la úlcera gástrica y duodenal y no permiten a la Cirugía abandonar su paso lento y de continuado tanteo. El más puro empirismo domina la situación. Ciertamente nos esforzamos en apoyar en hechos nuestra conducta y en ellos también fundamos la argumentación; pero estos hechos, fruto del estudio de una materia muy compleja, tienen demasiado de subjetivo, no pasan de ser *nuestros hechos*. Con tales bases no hay modo que podamos entendernos. De no mediar estas circunstancias el problema quedaría resuelto, si no en lo científico en lo práctico, y las discusiones en el orden clínico las hubiera apagado la contestación dada por un estudio estadístico. Pero no hay el medio de homogeneizar las observaciones, *estos hechos* cuya objetividad deja tanto campo a la personal apreciación.

Sólo así se explican afirmaciones a lo mejor contradictorias incluso sobre materias que al parecer debieran estar libres de cualquier duda. Por ejemplo, la úlcera que un cirujano califica de duodenal para otro resulta gástrica; para MOYNIHAN es duodenal toda estenosis

considerada pilórica por otros; OKINCZYC, en el XXXVII Congreso Francés de Cirugía (pág. 116), cree gástrica la preferente localización de la úlcera pilórica (U. P.), mientras que DELORE, también ponente en el mismo Congreso, abundando en las ideas de W. MAYO y MOYNIHAN, ve en toda U. P. una U. D. Esta discordancia en cuanto a localización, que parece imposible en piezas procedentes de gastrectomía que permiten ser bien examinadas, da idea del escaso valor del calificativo de muchas úlceras tratadas quirúrgicamente por métodos conservadores que no permitieron más que un examen superficial.

Lo que ocurre con la localización puede decirse también de la operatoria. Refiriéndonos concretamente a los procedimientos de resección, las palabras gastrectomía, gastropilorectomía, antrectomía, pilorectomía, duodenectomía, etc., no expresan el mismo concepto para todos, ni mucho menos son expresión de comparables mutilaciones terapéuticas. Así, por ejemplo, duodenectomía segmentaria sugiere la idea de una rara resección limitada de duodeno por debajo del píloro (operación de la que no conozco ningún caso), y se encuentra lógico el que sea comprendida, como hace OKINCZYC (loc. cit. pág. 110), entre las más limitadas resecciones, la excisión de la úlcera duodenal. Pero tales duodenectomías de NOWAK, CLAIRMONT, PAMPERL, PANNETT, PAUCHET, etcétera, comprenden siempre el píloro y además una parte del segmento antral del estómago. PANNETT, por ejemplo, ha seccionado en la mayoría de sus duodenectomías sobre "una o dos pulgadas, pero muy probablemente (dice), es más satisfactorio tomar unas tres o tres y media pulgadas del extremo pilórico del estómago con el fin de disminuir permanentemente el poder digestivo de la secreción gástrica." (*The surgery of gastro-duodenal ulceration*.—1926/130.) Las llamadas duodenectomías no son, pues, otra cosa que duodenopilorectomías o, mejor, duodenoantrectomías parciales, y al igual que en estas operaciones es variable la manera de restablecer la continuidad del tramo digestivo; se ha empleado de preferencia la unión axial, pero puede asimismo emplearse el Billroth II u otro género de anastomosis. NOWAK, entre 58 casos, emplea 41 Billroth I y 17 Billroth II (*Zbl. f. Chir.* 1921/595, 1922/360). PANNETT, en 2 de sus 29 casos, empleó el método de Moynihan (loc. cit. pág. 130), etc. Aclarada, pues, la cuestión, no hay que hablar más de duodenectomías segmentarias ni de la rareza de las duodenectomías, ya que todos los casos numerosos de duodenogastrectomía por U. D. con ulcerectomía caen dentro de aquella designación. Para mayor confusión, JUDD y NAGEL llaman duodenectomía parcial a la excisión de la U. D. con un sector de píloro, es decir, la gastroduodenoplastia con excisión, propuesta por MAYO. Pudiera prodigar los ejemplos de esta Babel quirúrgica.

Las confusiones derivadas de una terminología equívoca o inadecuada se agravan ante la imposibilidad de señalar durante el acto quirúrgico con relativa precisión los límites anatómicos de las diferentes regiones del E. y en especial del antro, parte, al parecer, la más comprometida en la patología del *ulcus*. De ello resulta

la carencia de valor para un examen crítico de la resección antral, de un sinnúmero de resecciones limitadas, apreciadas como antrectomías totales si los datos histológicos *a posteriori* no precisan que la pieza extirpada está por debajo de la línea de demarcación cardiopilórica.

Por otra parte, prescindiendo de la vaguedad de ciertas designaciones, como, por ejemplo, gastrectomía subtotal, es muy difícil, por no decir imposible, apreciar por la inspección operatoria los 2/3 de la longitud cardias-píloro en pequeña corvadura y 3/4 en corvadura mayor por donde pasa la línea divisoria (RADASH, *S. G. O.*, 1923, XXXVI/87) (EINHORN, *S. G. O.*, 1930-I/420) y la cantidad de víscera extirpada. Una ojeada a las innumerables radiografías publicadas dará clara idea de cuán diferente es la magnitud del estómago residual de tales gastrectomías subtotales y cuán diferentes también, comparadas entre sí, estas mitades, terceras, cuartas o quintas partes de estómago que se dejan en la resección.

No hay mayor acuerdo en el aprecio por examen macroscópico de la calidad de la lesión encontrada. He visto disentir radicalmente ante una pieza anatómica procedente de una resección por U. D. sobre la existencia de lesiones en la mucosa gástrica, y también análogas disensiones al pretender juzgar sin el microscopio sobre la agudeza de una úlcera ventricular.

Pero todavía las cosas pueden llegar hasta un punto mucho más trascendental, como es la real existencia o no existencia de la úlcera diagnosticada que se pretende tratar. Aquí ya no es cosa de apreciaciones; si no se puede hacer un examen *de visu* la equivocación es fundamental y posible. El cirujano más experimentado, como el médico especialista más escrupuloso, no pueden vanagloriarse de haber excluido este posible error en sus observaciones. En mi estadística figuran 17 casos. Esta pequeña zona pálida salpicada de un punteado rojo ligeramente más consistente y como si fuese el centro de una pequeña formación radiada de la superficie serosa, rodeada de un halo de hiperhemia o a veces de un ligero edema rojo, es casi siempre la expresión de una úlcera subyacente, pero muchas veces este aspecto u otro semejante más acusado todavía no ha servido más que para hacer un diagnóstico inexacto de U. D. Esto representa un tanto por ciento no despreciable de casos incluídos equivocadamente en las listas de los métodos conservadores en los que no hubo la posibilidad de una comprobación.

A los anteriores factores, que evidencian la imposibilidad de una aportación casuística homogénea y por tanto utilizable, se pueden añadir otros, entre ellos el aprecio de la calidad de los resultados. Ciertas publicaciones exhalan un pesimismo o, al revés, un entusiasmo que probablemente fueron los cristales de aumento o de disminución a través de los cuales se analizaron los casos. Es indudable que del grupo de los resultados medianos o discutibles de todo tratamiento en litigio salen un gran número de buenos o de malos, según el cristal de convicción con que se miraron. Pero en nuestro caso aun hay más: todo resultado operatorio está mediado por el tratamiento consecutivo, de la bondad del

cual en severidad y duración depende, o puede depender en gran parte, el resultado definitivo. En la conciencia de todos está que la mayoría de estadísticas han hecho caso omiso de esta condición, que puede ser decisiva. Y sin salir aun de los resultados: ¿Cuándo daremos por terminada la observación de los tardíos para calificarlos? Repetiré lo que decía en mi ponencia del Congreso de Varsovia (*VIII.º Congrès de la Société Internationale de Chirurgie.—Varsovie, 1929.—Rapports* Vol. I/344). Realmente al hablar de resultados tardíos o duraderos debieran entrar en consideración sólo los casos que llevarán varios años de antigüedad. ¿Pero cuántos? Dos de mis fracasos terminados con muerte pasaron aparentemente curados el uno, más de cuatro años (desde abril de 1922 al verano de 1926), y el otro, siete años (desde febrero de 1921 a comienzos de 1928). La ocurrencia de esos fracasos tan retardados no es excepcional; URRUTIA (*Arch. Mal. App. Dig.*, abril 1927/369), comentando la aparición tardía de ciertas úlceras yeyunales después de la gastroenterostomía, cita un caso aparecido después de dieciséis años, y SZEMZOE (*Intern. Abst. of Chir.*, 1925, XL/298, y *Zbl. f. Chir.*, 1925/1399) opera uno a los veintitrés años de la primera operación. Esta es una razón que hace poner todas las salvedades a la expresión "curación definitiva".

Las úlceras gástricas y duodenales se caracterizan por una evolución discontinua, ligada al variable estado de una infección local. Recuérdense, entre muchos, los trabajos de DUVAL, GATELLIER y MOUTIER (*Arch. App. Dig.*, XVI, n. I, *Jan.* 1926). De aquí la recomendación de operar en lo posible en frío y de alejar la herida operatoria de la lesión en busca de un territorio no infectado. Esto denuncia la existencia de diferencias entre los casos, que no sólo repercuten en los resultados inmediatos del tratamiento, si que también en los tardíos. Recuérdese el papel que se hace jugar a esta infección en la frecuencia de la úlcera péptica y yeyunal en los operados de perforación aguda (URRUTIA, *Arch. App. Dig.*, abril 1927/368). ¿Y cómo puede ser apreciada esa circunstancia aun en los que consta esta información?

Muchas otras consideraciones pudieran traerse al comentario; el estado anatomopatológico microscópico de las lesiones y tejidos extirpados o abandonados; la existencia de enfermedades y lesiones en órganos vecinos, concomitantes o consecutivas, capaces de crear cuadros clínicos o lesiones anatómicas difíciles o imposibles de calificar con exactitud para poder ser puestas a cuenta de uno u otro órgano; la selección de casos para excluir los que estén bajo la influencia de enfermedades capaces de repercutir sobre el canal y glándulas digestivas; en el orden técnico, el diferente uso de cierto instrumental y material operatorio, etc. Y como epílogo a tantas causas que restan valor al análisis estadístico comparativo, hay las personales del operador, de su habilidad y experiencia. Es expresiva a este respecto la conducta de DENCKS (*Zbl. Chir.*, 1929/154), que declarándose un partidario convencido de la resección en la perforación aguda tiene ordenado en su clínica que se proceda siem-

pre a la simple sutura ante la inseguridad de quien cumplirá la indicación.

Lo dicho más arriba demuestra que en el momento presente, al pretender tratar el U. G. D., apenas podemos justificar nuestra conducta por la de los demás, y ésta es una poderosa razón para no salir del propio cercado y limitar, como es mi propósito, este trabajo a la exposición de mi propia experiencia.

* * *

La Cirugía ha sido pródiga en procedimientos para tratar la úlcera gastroduodenal, pero las ideas fundamentales que los han impulsado han sido de: desagüe, derivación, neutralización, desnervación y resección; pero muy pocos actúan de un modo tan simple que no puedan figurar en dos grupos, por lo menos. Excepcionalmente, alguno, como la colecistogastrostomía, propuesta y ejecutada por BOGORAS contra el *ulcus ventriculi* en 1923 (*Zbl. Chir.*, 1924/365), actúa sólo por neutralización, y para ella es justa la sugestiva expresión "farmacia interior", pero los procedimientos de G. E., aun los especialmente orientados hacia aquel fin, como el de SCHMILNSKY con la doble implantación en el E. del asa de yeyuno seccionada, actúan simultáneamente por derivación y desagüe.

Los procedimientos simples, entre los que podemos sumar los que actúan sobre la innervación, tienen la cualidad de ser tentativas con finalidad bien concreta y definida, lo que les da un cierto valor experimental para el estudio analítico de la enfermedad, pero resultan, indudablemente, demasiado experimento para ser practicados *in anima nobile*, y prácticamente suponen una concepción unitaria y simplista de la enfermedad ulcerosa que la experiencia no justifica. No es de extrañar, pues, que no hayan hecho fortuna y que se empleen, bien a título de recurso para solucionar situaciones excepcionales o como complemento de otros métodos operatorios. Así vemos a la colecistogastrostomía que, a pesar de contarse por éxitos todos los casos publicados por BOGORAS (14 casos), (*Zbl. Chir.*, 1925/1719), y por NASAROW (30 casos), (*Arch. f. Klin Chir.*, 1926, CXLI, 559), no se abre camino. La sección de los V al VIII rami comunicantes dorsales propuesta por ALVAREZ (*Rev. Cien. Med.* 1912, II/298), no pasa de modesta cita en los trabajos de cirugía del úlcus; SCHIASI, a pesar de sus entusiasmos por su "secontinuitá vago-simpática", asocia la G. E. a sus resecciones nerviosas, e igualmente hacen LATARGET y WERTHEIMER (DELORE, XXVII.º *Congrés Fr. Chir.*, /22), como HUGHSON (HORSLEY, *Inter. Abst. Chir.*, 1928, XLVI/102). LERICHE, que ha insistido sobre la cuestión, preconiza lo mismo: "Theoriquement la meilleure manière serait de faire dans un premier temps ce qui est nécessaire sur l'estomac, dans un second temps ce qu'il faut sur le rachis ou les rameaux communicants" (*Lyon Chir.*, 1927, n. 6).

El hecho es que los procedimientos operatorios en uso no pueden clasificarse como las ideas fundamentales que los motivaron, y nadie podrá decir que tal caso curó simplemente debido al desagüe, a la derivación, a la

sección nerviosa o a la neutralización del contenido gástrico. Ojalá pudieran sufrir una tal disección analítica las medidas quirúrgicas empleadas contra el úlcus; sería un buen paso en la senda del conocimiento de este proceso morboso. Por el momento la cosa no es posible, y dando un viraje a la cuestión podemos tratar de los procedimientos de la terapéutica cruenta, según se practique o no una mutilación del E. o D. Así se dibujan los dos grupos clásicos: radical y paliativo.

Ciertamente que no podemos hablar de medidas radicales ni puede haber radicalismo cuando se desconoce la raíz, pero es bastante general calificar de este modo las extensas resecciones gastroduodenales que, cuando menos, comprendan el antro pilórico. Ya veremos como estos radicalismos no excluyen el peligro de la persistencia de una úlcera, de una recidiva o de una úlcera yeyunal. Sólo la supresión total del E. podría calificarse de *tratamiento radical* para la U. G.; nuestra ignorancia científica, como hemos dicho tantas veces, de la patogenia y etiología del úlcus, no nos permite hablar de otros radicalismos. Equivalentes reflexiones cabría hacer del otro calificativo: paliativo.

Dejando estas digresiones para mejor ocasión, lo cierto es que estos métodos dividieron a los cirujanos en dos partidos hostiles: radicales y conservadores, cobijados, respectivamente, bajo las banderas de la resección y de la gastroenterostomía. Aun hoy, que la experiencia de años ha aquilatado las cosas y que la transigencia y las mutuas concesiones han aproximado los dos partidos, al hablar de resultados del tratamiento quirúrgico es a estos dos métodos que implícitamente nos referimos; como dice brillantemente KONJETZNY (*Deutsch. Med. W.*, 1929/9), ellos son nuestra herencia clásica y es sobre ellos que se creó la cirugía del estómago.

En el comienzo de mi actuación profesional irresponsable no vi emplear contra el úlcus otro recurso que la G. E.; ella condensaba en nuestro ambiente toda la cirugía. Los fracasos tardíos observados, y sobre todo los primeros casos de úlcera yeyunal (U. Y.), me impresionaron vivamente, impulsándome hacia los métodos mutilantes, que empleé al poco de mi actuación independiente. Esta es la razón que entre mis operados no abundan los gastroenterostomizados y que, por otra parte, carezca de información de muchos de ellos, dado que por entonces era más que mala mi organización y carecía del más elemental método de *follow-up*. De todos modos, espero que sea mi experiencia quien dicte estas líneas.

* * *

La inmensa mayoría de los enfermos que opero han pasado por el tamiz de un tratamiento que les impuso su médico de cabecera, a muchos de ellos internistas especializados, y algunos pocos acuden directamente. No opero ningún enfermo sin el convencimiento de haber fracasado el tratamiento médico; como he repetido en otras ocasiones, "es considerado quirúrgico todo úlcus que resistió al tratamiento médico que se juzgó más completo en función de las condiciones de orden mé-

dico y social del enfermo"; es indudable que este tratamiento, bien instituido, cura un porcentaje de ulcerosos que sin él no hubieran curado; hay que aceptar que, desgraciadamente, el dintel de la indicación quirúrgica es diferente según las condiciones económicas del paciente.

Yo no podría fijar el porcentaje que representan mis ulcerosos operados de la masa total de ulcerosos diagnosticados de donde proceden. La única cifra que tendría cierto valor sería la derivada del número de los que acuden directamente, pero éstos son pocos y algunos ya han sido tratados, otros no pueden tratarse y todos, en cierto modo, ya son procedentes de una selección. Por esta razón mi cifra de ulcerosos quirúrgicos es mucho mayor que la de 48 por 100 dada por WANKER para la clínica de ANSCHÜTZ, de Kiel (*Deut. Z. Chir.*, 1929, 214/30), o la de WHITE, de 24 por 100 (cifra promedio de 18 por 100 entre 154 U. D., y 42 por 100 entre 54 U. G.). En general, el observatorio quirúrgico es malo para una tal apreciación, que depende principalmente del criterio del internista.

* * *

En los resultados tardíos influye de un modo radical la mortalidad operatoria inmediata. Unas cifras bastarían para cerrar este capítulo; con decir que a la G. E. se le atribuye un promedio de mortalidad inferior al 2 por 100 y a la resección igual o inferior al 5 por 100 (LARDENNOIS, VIII.º *Congrés. Soc. Int. Chir.*, 1929, I/291). Estas son las cifras que podríamos llamar oficiales, promedio de numerosas estadísticas. No pongo en duda las cifras publicadas, pero no sería difícil demostrar lo fácil que se dejan olvidados los datos desagradables.

En igualdad de condiciones es mucha más operación la gastrectomía que la gastroenterostomía, o, en otras palabras, es más grave. Cualquiera que se considere de las causas que influyen en la gravedad operatoria se puede demostrar que su actuación es más acusada. El tiempo empleado es mayor, anestesia más prolongada, las manipulaciones más violentas, mayor traumatismo y riesgo de herir otros órganos, en consecuencia, mayor posibilidad de *shock-operatorio*; la herida visceral es más extensa, las secciones vasculares más numerosas, por tanto mayor peligro de hemorragia; tramos de sutura más largos, mayor exposición de la mucosa, más facilidad en quedar tensas las suturas, abandono de las impresiones ovaladas que forman el fondo de las úlceras perforadas crónicas, manipulación en tejidos infiltrados, etc., en una palabra, mayor riesgo de infección peritoneal como asimismo de las complicaciones respiratorias de orden embólico y de muerte por estas causas ignoradas que ponemos a cargo de los insultos al plexo solar.

En definitiva, la mortalidad de la resección debe ser y es mayor que la de los métodos conservadores a condición de ser comparables los casos tratados. Si hacemos una selección y comenzamos por separar como inextirpables el 25 por 100 (BALFOUR, *Collec. pap. Mayo*

Clinic., 1927, XIX/133) y dejamos para la resección las úlceras pilorogástricas, con píloro y duodeno libres con E. grande sin adherencias, y para la G. E. las grandes infiltraciones plásticas y adhesivas que no dejan siquiera elegir el método de anastomosis, las grandes úlceras perforadas crónicas de pequeña curvatura y pared posterior en individuos con mal estado general, las cifras de mortalidad operatoria se invertirán, y resultará más mortífera la operación indiscutiblemente más benigna. En este sentido selectivo casi puede decirse que está al arbitrio del cirujano la cifra de mortalidad operatoria. Tengo por cierto que aquellos 2 y 5 por 100 aceptados por LARDENNOIS como promedios aproximados son más bien bajos y no representan el resultado del tratamiento sistemático por G. E. y resección de todos los ulcerosos dejados de la mano del médico. Creo asimismo que no son expresión exacta de la gravedad operatoria las cifras elevadas dadas por GALLART (20'4 por 100.—*Hospital de la Sta. Cruz y San Pablo—Trabajos de la Clínica, App. Dig.* 1929/16), y BARTRINA (28 por 100.—VIII.º *Cong. Coc. Int. Chir.*, 1929, I/266), procedentes de una masa heterogénea de reseados por diferentes cirujanos. Mis resultados son: 3'9 por 100 para la G. E., y para la resección, la revisión de mi ponencia del Congreso de Varsovia dió 14'7 por 100; posteriormente la de 5 por 100. Las cifras relativas a la resección cambian forzosamente con la extensión que se da a la operabilidad. La receta para una estadística de grandes resultados inmediatos es una limitación extensa y rigurosa de la indicación operatoria: no operar más que los mejores y, de entre ellos, resecar sólo los que tengan la úlcera próxima al píloro y una absoluta movilidad del E. y primera porción de D., y para el resto practicar G. E. Con esta fórmula la mortalidad sería insignificante. Pero estas cifras de mortalidad inmediata tienen su contrapartida en los resultados tardíos, y de su aprecio comparativo ha de resultar la amplitud que debe darse a la indicación. Creo que se acercan a los promedios ajustados a una conducta de selección prudencial las cifras recogidas en Graz, por LOURIA (*S. G. O.*, 1928/493), en el servicio de un cirujano tan versado como HABERER, con 6'4 por 100, en 1925, y 10 por 100, en 1926.

Para proceder con mayor exactitud en el aprecio de los resultados debería pasar revista de los que arrojan cada uno de los numerosos procedimientos que integran los métodos conservador y mutilante. Sin descender a un tan grande desmenuzamiento analítico, hay que tener en cuenta dos grupos fundamentales de operaciones conservadoras, según se efectúe la anastomosis gástrica con el duodeno o con el yeyuno. Entre las primeras tomaremos como a tipo la más frecuente, la operación de FINNEY, y entre las segundas la gastroyeyunostomía considerada en general, haciendo caso omiso de todas las variantes. En cambio, entre los procedimientos mutilantes hay demasiada distancia entre una exéresis del úlcus y una extensa resección de exclusión, para poder generalizar sobre los resultados; y como es lógico también, consideraré aparte los procedimientos que restablecen el orden anatómico, es decir, anastomo-

san el estómago con el duodeno, y los que lo hacen con el yeyuno.

* * *

Veamos lo que conseguimos con la gastroenterostomía y con la resección.

Lo primero que se ocurre es que la primera obrará como un desagüe, y así realmente actúa muchas veces, pero es preciso hacer muchas salvedades y aclaraciones. Hace unos cuantos años decía, ocupándome de esta cuestión (*Arch. Med. Cir. y Esp.*, 1927, XXVI/758): "Recordemos que el vaciamiento del E. no tiene lugar como lo haría un odre por un tubo flexible. No se comprendería que el saco gástrico comunicante libre y directamente con el yeyuno guardase el contenido a lo mejor horas enteras. La razón de esta continencia estriba principalmente en la manera de comportarse el intestino anastomosado."

El intestino se contrae automáticamente obedeciendo a la ley de los órganos tubulares musculosos descubierta por BAYLISS y STARLING y al ritmo establecido por ella; por verdaderas degluciones intestinales progresa el contenido. Así parece que debiera ocurrir en el yeyuno anastomosado, y, efectivamente, así ocurre; pero la onda de progresión intestinal que ha de ser la de vaciamiento gástrico, tiene en el gastroenterostomizado un punto de partida, no como en el estómago normal, en actos discontinuos y de un cierto ritmo inicial, como los que establecen la relajación y abertura pilóricas, sino que el contacto del contenido gástrico puede ser constante al nivel de la neostomía y sólo haber alterancias de presión en dependencia de la manera de contraerse el estómago. El intestino ante estas condiciones nuevas se contrae a poca distancia de la comunicación y allí forma el nuevo esfínter provisional, como un píloro vicariante.

La conducta de este pseudoesfínter marcará las normas del desagüe gástrico, que podrá ser perfecto si se logra una adaptación completa, o, por el contrario, sufrir los efectos de una contracción excesiva o defectuosa. Puede ocurrir, y ocurre alguna vez, que la respuesta contráctil sea tan intensa, que más que contracción sea un espasmo persistente, y la contención gástrica puede tomar entonces el cariz de una retención o por el contrario, sea tan débil que ocasione una incontinencia. El intestino es, pues, hasta un cierto punto, el árbitro del vaciamiento del estómago, pero éste no permanece indiferente y no juega un papel meramente pasivo. Sus contracciones producen momentos y zonas en los que la presión está aumentada, lo que puede constituir un factor coadyuvante a modo de expresión que aceleraría con seguridad el vaciamiento si éste se efectuara al exterior a través de una fístula gástrica, pero que puede ser, según la susceptibilidad del intestino, una causa de espasmo y, por lo tanto, de perturbación. Tengamos presente que por parte del estómago sólo podemos contar con estos aumentos de presión y no con la dirección y forma de las ondas contráctiles mientras no esté adaptada la viscera al nuevo estado post-operatorio.

Normalmente tiene dispuesta su contractibilidad de forma que impulsa el contenido hacia el píloro. Ningun-

na impresión mejor de esta evidencia que la obtenida con el examen de la cavidad gástrica, hecho por gastroscopia corriente o con un cistoscopio a través de una abertura de gastrostomía. Tales contracciones pueden cerrar en ciertos momentos la abertura gástrica artificial y establecer un déficit funcional de la nueva boca que puede llegar a la no utilización.

Tenemos, por consiguiente, un factor de importancia considerable para el resultado funcional de la G. E.: la libertad de contracción del estómago. Si es completa, adaptada como está la viscera para propulsar el contenido hacia el píloro, puede darse el caso, si no hay obstáculos en la vía pilórica, que ésta sea la única utilizada y asistamos a un cierre funcional de la neostomía, a pesar de ser anatómicamente completamente permeable. Cuanto más libre dejemos a un estómago tanto menos perderá la eficiencia de su contracción normal y finalista. Así se concibe que no todas las adherencias sean perjudiciales para el buen resultado de una G. E. y que puede haberlas que sean más bien beneficiosas. Algunas son incluso un precepto de buena técnica no discutido, como es la brevedad del asa aferente. Esta asa corta y la fijación al mesocolon representan para la G. E. posterior transmesocólica pérdidas de libertad contracional para el E., cuya eficacia ha sido comprobada por la experiencia.

Ante un píloro cerrado, o si hay obstáculos en él o en el duodeno para un vaciamiento normal las cosas cambian, se trata entonces de una función perdida parcial o totalmente y todo un proceso de adaptación obligado contribuirá al restablecimiento de la función indispensable. Cuando operamos un ulceroso con estenosis piloroduodenal tenemos delante un doble problema: uno, mecánico, para cuya solución cooperarán de consuno la actuación operatoria y el esfuerzo de adaptación orgánica, y otro, más importante, el inicial proceso ulceroso, sobre el que sólo actúa la G. E. a través de cómo haya actuado sobre el primero.

Los hechos demuestran que el anillo vicioso que encierra en un círculo de incurabilidad un número de úlceras puede romperse cuando se suprime la retención, pero el solo hecho de haber estómagos no retencionistas que continúan siendo ulcerosos y que se ulceraron antes de haber habido retención demuestra que ésta es sólo un posible factor de la persistencia del úlcus y al mismo tiempo arguye la irregularidad de los resultados dependientes de su sola supresión. Para un número de enfermos cuya úlcera ha cicatrizado y que acabaron el "ciclo evolutivo", según la expresión de DUBARD (OKINCZYC, loc. cit., pág. 88), de su enfermedad ulcerosa, de la que conservaron como único estigma una estenosis pilórica y una gastrectasia, la simple G. E. representa una verdadera redención. Estos son los enfermos de los primeros tiempos de la G. E. Para los ulcerosos sin obstáculo, piloroduodenal o debido sólo a cierras espasmódicos en dependencia de la susceptibilidad contráctil traída por la úlcera o por una gastroduodenitis concomitante o preexistente, la preservación y el aislamiento de la zona ulcerosa e inflamada dependerá de aquellas contracciones, y los resultados serán forzo-

samente irregulares, muchas veces con alternativas que señalan los vaivenes de las agravaciones periódicas que presenta la enfermedad ulcerosa. Esto es realmente lo que comprueba la clínica y el examen roentgenológico.

Aparentemente los resultados deben ser francamente mejores con la anastomosis gastroduodenal o, lo que resulta igual, con la gastroduodenoplastia u operación de FINNEY. La destrucción del obstáculo con este método en vez de burlarlo con la gastroyeyunostomía deja a los órganos y a sus relaciones funcionales, al parecer, apenas modificados y de aquí la consideración de *método fisiológico* en que se le tiene y la sensación de ser una solución más racional. Así resulta ser en el sentido en que ahora le consideramos cuando los casos fueron indicados. Ante un simple problema de retención por estenosis cicatricial vieja en un estómago que no se haya rendido y pueda contarse con una musculatura de buena calidad es superior a los otros procedimientos, pero requiere que las condiciones locales permitan una técnica desahogada. No todos los casos se prestan para hacer correctamente un Finney, pero los traumatismos operatorios para liberar el D. al lado de suturas violentas y contaminaciones por inadecuada o imposible prevención de la salida del contenido duodenal o gástrico son causa de periduodenitis que dan motivo a una motilidad y vaciamientos imperfectos de ciertas gastroduodenoplastias, que de otro modo hubieran sido irreprochables. Por esta razón, principalmente, el Finney no da buenos resultados en el *ulcus duodenal activo* si no se asocia, como hace MAYO, la exéresis ulcerosa a la plastia. La simple rotura del mecanismo pilórico no basta en tales casos para asegurar un buen vaciamiento, como tampoco si la inflamación de la mucosa es muy viva y extensa. A ésta, en los primeros tiempos que siguen a la operación, hay que atribuir las dificultades del vaciamiento, a pesar de observarse con la pantalla una buena contractilidad, así como los fracasos consecutivos se deben a estrechez de la neostomía por retracción cicatricial de tejidos inflamados y a periduodenitis adhesivas y deformantes debidas unas y otras a las lesiones perifocales de la enfermedad o a recidivas o persistencia de la misma úlcera.

Para las U. G. lejanas del píloro el vaciamiento por gastroduodenostomía es tan perfecto como con gastroyeyunostomía, siempre que no medien las circunstancias apuntadas. Esto lleva de la mano a la debatida cuestión del tamaño de la anastomosis. Es de sentido común que no debe ser de menor calibre que el del asa eferente por donde debe vaciarse el E., al fin y al cabo ésta es la verdadera abertura funcional. Las recomendaciones tan frecuentes de hacer amplias aberturas no están justificadas si no se teme una retracción. La cirugía experimental muestra que estas enormes brechas, lejos de acelerar el vaciamiento, lo retardan (PERUMOW, *Zbl. Shir.*, 1929/58). La abertura óptima es la que después de la retracción cicatricial corresponde a la del asa eferente. En la mayoría de casos, así como la G. E. necesita a menudo 5-6 días de adaptación para que ceda el obstáculo protestatario de la primera asa de yeyuno para después conducirse como lo hará más adelante,

salvando posibles futuros obstáculos de naturaleza inflamatoria (perigastritis en boca, úlcera yeyunal, estenosis, etc.), la gastroduodenostomía, por lo que he observado, necesita un tiempo más largo y un mayor cuidado postoperatorio inmediato, lo que lógicamente debe atribuirse también a la común duodenitis y periduodenitis.

Las pequeñas resecciones gástricas, como la excisión limitada y las resecciones cuneiformes, habitualmente se completan con G. E. o son un complemento de ella; no modifican la manera de comportarse el E. y para ellas vale lo expuesto más arriba.

En cuanto a la resección anular, mis casos, a pesar de la deformidad de biloculación más o menos acusada, pero siempre evidente, vacían completamente bien su estómago. La contractilidad gástrica está lejos de perderse por interrupción nerviosa por la sección circular y sólo la progresión de las ondas de contracción, interrumpidas al nivel de la cicatriz medio gástrica, toman un ritmo diferente, pero eso no determina retardo de evacuación si no hay obstáculo a la salida del estómago. CHRISTOPHE, que ha estudiado los casos de HARTMANN, encuentra que aquélla se verifica con mayor rapidez, por lo que desaconseja la G. E. en tales resecciones (*Arch. Mal. App. Dig.*, 1924/442).

La supresión de la zona motriz en las grandes resecciones crea una situación muy distinta, y es donde se ve más ostensible el predominio del asa eferente. Cuando se observa un gran resecado en el que se restableció la continuidad según el Billroth II o uno de sus derivados, parece que el estómago sea indiferente a su vaciamiento; es frecuente ver cómo se llena de papilla opaca sin que se abra el *stoma* hasta transeurridos unos momentos, precisamente los que necesita el yeyuno para decidirse a permitir el paso, que después continuará de un modo más regular, ya continuo o por oleadas de deglución intestinal. Otras veces este control del yeyuno parece inexistente y el vaciamiento comienza en cuanto llega la pasta opaca. Lo más notable es que en casos de esta clase pueda ocurrir lo que no es tan raro en los otros, que haya una cierta retención alimenticia a las tres o cuatro horas de la ingesta y en cambio no haberla para el sulfato de bario, lo que es debido simplemente a la diferente densidad; el peso en este caso vence la resistencia que debería vencer el peristaltismo gástrico. Así se explica la influencia que tiene la posición y que un determinado decúbito pueda retardar el vaciamiento. Esta eventualidad es compatible con el más perfecto estado general y ausencia de toda molestia.

Las diferentes formas de anastomosis tipo Billroth II (POLYA, MOYNIHAN, BALFOUR, etc.) se conducen de un modo muy parecido y pasado algún tiempo de la operación resulta incluso difícil el diagnóstico retrospectivo bajo la pantalla fluorescente, del género de anastomosis que se practicó.

El vaciamiento después del Billroth I en los casos buenos es del todo semejante al de los buenos de gastroduodenoplastia, pero ha sido tachado de crear con mayor facilidad estenosis y dificultades para la evacuación. Si la anastomosis pudo hacerse bien y sin obstácu-

los el vaciamiento es perfecto y es el que más recuerda al normal, incluso en su ritmo. La desaparición del mecanismo pilórico establece radicales diferentes, pero al contrario de lo que ocurre con el Billroth II y probablemente porque la resección no es tan extensa, el E. no se muestra tan indiferente a su evacuación.

Igualmente que para la gastroduodenostomía, no todos los casos son buenos para un buen Billroth I, y la acusación de quedar con estenosis o dificultades no es infundada si no se seleccionan bien los casos y no se ha adquirido una buena técnica. HABERER, el gran partidario del método, declara que siguiendo escrupulosamente su técnica no ha visto estrecheces, y su voto es de calidad, dado que en una publicación reciente (*Zbl. Chir.*, 1930, II/66) dice haber empleado 1.477 veces el Billroth I entre 2.310 resecciones, pero de todas maneras en 201 de entre las primeras hizo la implantación gastroduodenal, término lateral que, indudablemente, tiene que ofrecer mayores facilidades y menores peligros en el sentido que hablamos. Alguno de mis casos de Billroth I pasó un período de molestias y de dificultades de vaciamiento que me inclinaba ya a reintervenirle, pero con un tratamiento médico las cosas se arreglaron por completo.

En un buen número de resecciones Billroth II, como ocurre también en la G. E., se observa una regurgitación hacia el extremo duodenal que no deja de tener importancia dada la que tiene el estímulo ácido en la secreción duodeno-pancreático-biliar.

En resumen, vemos al E. acomodarse admirablemente bien a la situación anatómica creada por las diversas operaciones. No dependen los fracasos del tratamiento cruento del úlcus, de la falta de adaptabilidad o de un disfuncionalismo motriz, más bien hay que considerar los trastornos de motilidad y vaciamiento como consecutivos a dificultades que se originaron en un defecto de técnica, pero sobre todo por secuela o consecuencias de la misma enfermedad ulcerosa o su persistencia.

* * *

Veamos lo que ocurre con la acidez.

Hagamos memoria, ante todo, que las funciones del E. no se manifiestan con una independencia tan absoluta que podamos desinsertar el estímulo secretor de la función motora, ni la secreción del estímulo motor, ni unos ni otros de la influencia psíquica y del estímulo químico de la clase de alimentación, correlación funcional bien establecida por los fisiólogos desde PAWLOW, y todos modificables por el estado patológico de la mucosa gástrica y duodenal, de su musculatura y de su inervación.

La secreción ácida tiene lugar por la actividad de las glándulas oxínticas que ocupan el cuerpo y fondo del estómago. El estímulo de esta actividad, el más interesante en nuestro caso, partiría de la región piloroantral, bien individualizada por su secreción alcalina y sobre todo por sus glándulas; la naturaleza de este estímulo sería hormonal, la secretina gástrica o gastrina de EDKINS (ROSSI, pág. 462). Esta hipótesis, impulsada

por los trabajos de LORENZ y SCHUR, se abrió camino rápidamente y su aceptación fué general. Hoy ha sufrido impugnaciones de carácter experimental y clínico, pero aun sigue creyéndose en el antropíloro como un principal origen de estímulos secretores del orden que sea a los que responden las glándulas fúndicas con una secreción clorhídrica de concentración poco variable; este CIH al mezclarse con el resto de la secreción parietal da el carácter y valor de la acidez gástrica indispensable en la digestión clorhidropéptica y anulada al final de ella por la regurgitación alcalina duodenal. Esta regurgitación duodenal, demostrada por BOLDIREFF, es un mecanismo fisiológico de neutralización del contenido gástrico tan importante que BOLTON (*Brit. Med. J.*, 1923) ha podido hacer función de duodeno la regulación de la acidez del estómago. De un modo recíproco el CIH del jugo gástrico es el excitante funcional más enérgico de la secreción pancreática y de las más constantes de la fisiología (PAWLOW). Según alteren estos factores de acidez las diferentes intervenciones quirúrgicas así han de ser lógicamente sus resultados en cuanto a la misma.

Se echan de ver en seguida diferencias capitalísimas en el modo de actuar de la G. E. y de la gastrectomía sobre aquellos factores. La primera no merma en un ápice la capacidad secretora del E. ni actúa directamente sobre la región piloroantral como no sea suprimiendo o acortando el contacto de una retención y el eventual espasmo del canal pilórico; todo dependerá de la intensidad de la regurgitación alcalina que se efectúe a través de la neostomía o por ella y el píloro, si es permeable. No es expuesto predecir resultados del todo inseguros y variables, en los que contribuirán, entre otros factores, descontando los defectos de técnica, la forma y disposición de la anastomosis, la capacidad contractil del E. y del asa de yeyuno, posibles adherencias, pequeñas infiltraciones y perigastritis ligeras imposibles de prevenir ni evitar, deformaciones intestinales, permeabilidad pilórica, etc. Pero sobre todo, los derivados de la persistencia de la enfermedad ulcerosa y de la inflamación de la mucosa gástrica y duodenal, sobre los que insistiré más adelante.

Cuando se ha empleado la anastomosis gastroduodenal, roto el mecanismo muscular esfinteriano, queda destruido todo el "automatismo de cierre y abertura pilóricos, que está en o quizá para la basculante actuación de una acidez y una alcalinidad"; alterado el automatismo motor se modifica el secretor concertado con el mismo: estropeado el *carburador* del tramo gastrointestinal (CONNELL) se alterará la deglución y regurgitación duodenales y sobre todo esta última, sin ley que la regule, ya no se verificará al final de la digestión clorhidropéptica (BOLTON, GOODHARD) sino que ocurrirá desde el comienzo y podrá ser abundante o escasa, rítmica o irregular, en consecuencia de capacidad neutralizante completamente variable.

La clínica corrobora la irregularidad en los resultados obtenidos sobre la acidez por los métodos conservadores; puede observarse desde la anaclorhidria a la conservación de la cifra de acidez preoperatoria y aun so-

brepararla; sería fácil demostrarlo por numerosas estadísticas.

La situación creada por las grandes resecciones es muy diferente; me refiero a las grandes duodenogastrectomías en las que las líneas de sección han rebasado de mucho los límites anatómicos del antro y con éste se ha sacrificado al mismo tiempo una cantidad de mucosa ácidosecretoria. En estas circunstancias la lógica hacía prever una anaclorhidria que los hechos parecieron confirmar, y con ella se saludó el definitivo alejamiento de un factor etiológico alrededor del que ha girado mucho tiempo la patología del ulcus.

De todos modos, todo el mundo podía comprobar un cierto número de resecaos en los que la acidez era persistente, pero fieles a la teoría del estímulo hormonal del antro se recriminó el resultado a una exéresis insuficiente que dejaba todavía estructuras pilóricas capaces de una estimulación de las glándulas del fundus, hipótesis que encontraba un cierto apoyo en la mayor frecuencia de aquella acidez postoperatoria cuando la resección era más limitada y en las resecciones de exclusión. La conclusión fué: Si queda acidez no hubo bastante resección.

Mis observaciones entre un número de 41 resecaos que accedieron a un examen fraccionado tiempo después de operados, arroja las siguientes cifras:

<i>Resecciones limitadas</i>	<i>Resecciones extensas</i>
42'8 por 100. Ausencia de CIH libre.	55'9 por 100
28'6 por 100. Acidez inferior a 1 ...	17'6 por 100
28'6 por 100. Acidez superior a 1 ...	26'5 por 100

Dos hechos destacan chocantes: la proporción de casos de aclorhidria entre las resecciones limitadas (42'8 por 100) y la acidez superior a 1 entre las resecciones extensas (26'5 por 100).

En términos generales podemos decir que el grado de acidez es tanto menor cuanto mayor es la superficie de mucosa resecada, pero hay un buen número que burlan esta ley, puesto que encontramos un 26'5 por 100 de grandes resecaos hiperclorhídricos entre los casos del cuadro anterior.

En el cuadro figuran juntas las grandes duodenogastrectomías con las extensas resecciones por el método de exclusión de Finsterer, que examinadas por separado dan las siguientes cifras, que pueden ser utilizadas aun como argumento en pro de la formación de secretina en la mucosa de la región excluida:

<i>Duodenogastrectomía</i>	<i>Resección de exclusión</i>
70'8 por 100. Ausencia de CIH libre.	25 por 100
20'8 por 100. Acidez inferior a 1 ...	12 por 100
8'4 por 100. Acidez superior a 1 ...	62'5 por 100

Pero, aun admitiendo esta interpretación, quedan un 8'4 por 100 de casos con acidez alta y un 20'8 por 100 de clorhidrias bajas a los que se les debe también una explicación. Esta se ha pretendido dar atribuyendo un

papel a las glándulas pilóricas de la mucosa duodenal (SPATH), vicariamente hiperfuncionales, o bien se debe admitir que la facultad estimulante es ejercida por células del estómago residual o del intestino secundariamente exagerada o adquirida, pero cabía también pensar que la capacidad ácidosecretora de las células fúndicas podría ser puesta en juego patológicamente por otros estímulos.

LEWISHON y GINZBURG (*S. G. O.*, XLIV/344), que encuentran 77 por 100 de anaclorhídricos en sus gastrectomías, hacen resaltar la diferencia en los valores de acidez cuando se trata de U. G. o de U. D., diferencias que no atribuyen a la localización en sí misma, sino en lo que influye en la medida de la resección; las operaciones por U. G. resultarían más neutralizantes por más extensas dado que la sección debe pasar por encima de la úlcera; estas circunstancias cambian para la U. D., para la que inadvertidamente resultarían resecciones menos extensas. Esta diferencia involuntaria e inadvertida de la resección según la localización daría en sus operados un 32 por 100 de acidez. Mis resultados concuerdan con los de LEWISHON, y la explicación de éste sería aceptable si no hubiera, como hemos visto, grandes resecaos hiperácidos y, en contraposición con ellos, anaidez en un número de resecciones económicas (entre mis operados se encuentra uno de resección cu-neiforme y dos de pilorectomía limitada) y hasta la misma G. E. da a LEWISHON un 3 por 100 de anaclorhidria.

Si la acidez continúa a pesar de la supresión de la zona de estímulo, el procedimiento recomendable para obtener su disminución tiene que dirigirse a limitar la superficie secretante, y con este propósito el sentido en que debe orientarse la resección debe ser opuesto al que se ha seguido hasta el presente y dirigirse hacia el fundus y curvadura mayor (PUIG SUREDA, *Arch. Med. Cir. y Esp.*, 1927, XXVI/763), hacia la *acid bearing area* de Connell (*S. G. O.*, 1929/686); esta sería la orientación de la *fundusectomía*; el abandono del antro incluso sería discutible, dado el carácter alcalino de su secreción.

Con la supresión de superficie segregante si podemos garantizar la menor producción de CIH no podemos asegurar la disminución del grado de acidez, ya que simultáneamente, y hasta un cierto punto de un modo proporcional a la resección de la pared, sigue la disminución del volumen de la cavidad gástrica. Es muy posible que la relación que *grosso modo* se observa entre la cantidad de resección y disminución de acidez no dependa precisamente de una secreción menos ácida, sino de la mayor facilidad con que puede ser neutralizada la menor cantidad de CIH segregada por un estómago pequeño. Mientras queden glándulas oxínticas con aptitud en el estómago residual, es posible la acidez, y la carrera emprendida con la finalidad de una anaclorhidria no tiene otro límite que la gastrectomía total.

Pero no bastan glándulas aptas para segregar, es preciso que trabajen, y el estímulo para su actividad que podemos encontrar, y que no falta casi nunca, lo constituye la inflamación parietal (tanto más posible en cuanto recientes trabajos muestran la capacidad de es-

tímulo extendida a la totalidad de la pared gástrica) y en el contacto del alimento con la mucosa yeyunal, el cuarto factor de producción fisiológica de ácido de A. A. BERG, cuya importancia han ponderado recientemente IVY, LIM y Mc CARTY (CONNELL, *S. G. O.*, 1929/696).

Hasta aquí he considerado los resultados en cuanto a la motilidad y en cuanto a la acidez por tratarse de dos aspectos a los que se ha atribuido un doble significado; comprobación objetiva de los resultados clínicos y factor patogénico de los fracasos postoperatorios. En especial el CIH ha sido la piedra de toque de la calidad del tratamiento y el acusado de los mayores desastres.

* * *

Sin duda que uno de los aspectos más interesantes de la terapéutica cruenta del estómago y duodeno es la cuestión de las úlceras postoperatorias, en particular de la úlcera yeyunal, ligada íntimamente al oscuro problema general del *ulcus gastroduodenal*, y que tiene sobre las otras formas de úlcera postoperatoria, la persistente y la recidivada, la remarcable particularidad de ser hija de la Cirugía.

Como es sabido, la G. E. disminuyó poco a poco la brillantez de sus tiempos iniciales con un porcentaje cada vez más crecido de fracasos a medida que ensanchaba el primitivo campo de la indicación, y que fueron atribuidos en su mayor parte a hiperacidez confirmada. En estas circunstancias apareció la úlcera yeyunal, que fué, como era de esperar, atribuída al CIH. BERG en 1897 dió a conocer el primer caso de U. Y. y BRAUN el segundo en 1899, pero VAN ROOJEN pudo reunir 81 casos en 1909 (URRUTIA, *Arch. f. Verdauungskr.*, 1927, XL/339). Rápidamente las observaciones se repitieron y las estadísticas más optimistas marcaron cifras del 1 al 5 por 100, hasta llegar en las más castigadas a porcentajes imponentes. BALFOUR, 2 por 100 (*Int. Abst. Chir.*, 1927, XLVI/191); WOOLSEY, 2 por 100 (DAVIS, *S. G. O.*, 1927, XLV/296); GALPERN, 2 por 100 (*Zbl. Chir.*, 1926/535); PATERSON, 2'4 por 100 (*Brit. Med. J.*, 1926/555); CLAIRMONT, 4'7 por 100 (GALPERN, loc. cit.); URRUTIA, 5'6 por 100; FLÖRCKEN y STEDEN, 6'7 por 100 (URRUTIA, loc. cit., p. 340); HOHLBAUM, 10 por 100 (Id. id.); GALLART, 13'1 por 100 entre 76 operados por diferentes cirujanos (loc. cit.); STRAUSS, 20 por 100; MEYER, 25 por 100; BERG, 33 por 100 (URRUTIA, loc. cit., p. 340); LEWISHON y GINZBURG, 34 por 100 (*S. G. O., March*, 1927/344), etc.

Esta prodigalidad creciente con que la G. E. ofrecía la U. Y., así como las otras dos formas de la úlcera postoperatoria exagerada todavía cuando se asociaba la exclusión pilórica, constituyó la razón de un desenfrenado ataque quirúrgico a la integridad del E. y D. al grito casi general de "sin antro no hay ácido, sin ácido no hay úlcera", colorarios seductores por su sencillez y que traídos por la opinión general se llevaron también mi convicción.

Por el momento se creyó resuelto el arduo problema, pero la ilusión ha durado poco tiempo y vemos repetirse con otras proporciones el mismo fenómeno que se

había observado con la G. E.: el aumento progresivo a medida que transcurre el tiempo del número de úlceras secundarias después de las resecciones, y entre ellas, por descontado, la úlcera yeyunal. HABERER registró un caso después de un Billroth II en 1922 y cinco al año siguiente; GALPERN, reune 44 casos en 1926 (*Zbl. Chir.*, 1926/535); BIRGFELD, 55 casos (*Zbl. Chir.*, 1926/1084); NYSTROM encuentra 62, a los que suma otro propio (*Zbl. Chir.*, 1927/2265); URRUTIA, habla de 5 casos entre 300 resecciones (*Arch. Mal. App. Dig.*, abril 1927/373), y cita dos casos de CARDENAL, uno de PELÁEZ y tres de OLIVARES; BALFOUR, comenta 53 casos de la literatura (*Ann. Surg.*, 1928/548), etc.

Así, pues, por desgracia, la úlcera yeyunal o gastroyeyunal después de las grandes resecciones es un acontecimiento cada vez menos raro; y si a ella añadimos las úlceras recidivadas y las reactivadas, la cosa toma un cariz sobradamente grave y constituye, con seguridad, la nube más cargada en el horizonte de la gastrectomía.

Mi experiencia se basa sobre 128 casos operados de resección anteriores a 31 de diciembre de 1928, con 131 operaciones; 125 fueron revisados con ocasión de mi ponencia de Varsovia (*VIII.º Congrès de La Société Internationale de Chirurgie*, vol. I, Rapport/337-385), 3 han acudido posteriormente; de ellas 25 son resecciones limitadas y 106 resecciones extensas repartidas de la siguiente manera: 92 duodenogastrectomías y 14 resecciones de exclusión. Las lesiones encontradas fueron: 22 úlceras gástricas, 28 úlceras pilóricas, 43 úlceras duodenales, 4 úlceras de yeyuno y 9 casos en los que no se encontró úlcera. Dejando aparte estos últimos quedan 97 casos de resección extensa en úlcera confirmada que han sido revisados. Los resultados también se han alterado a causa de tener que añadir un resultado desfavorable concerniente a una resección de exclusión ocurrido recientemente en uno que figuraba curado en la citada ponencia.

Esquemáticamente es el siguiente caso (N.º 336): Doble *ulcus duodenal*. Es operado en febrero de 1928 de resección gastroduodenal, pasando la resección por entre las dos úlceras (dejando por lo tanto la más baja excluída); anastomosis G. Y. precólica término lateral (Moy-nihan). Pasa bien hasta septiembre de 1930. Aparece ictericia con acolia, dolor hipocondrio derecho, anorexia, pérdida de peso. Evacuación gástrica, normal; CIH libre, 0; combinado, entre 0'29 y 0'47. Operado en noviembre de 1930 se encuentra una masa hiperplásica y ganglionar, informe y dura en la región duodenopancreática, fijada en la pared posterior con adherencias intestinales, epíplon, hígado y páncreas, de donde sobresale el fondo de la vesícula distendida. Da la impresión de una neoplasia. La menor tentativa de exploración va seguida de hemorragia intensa. Se practica una colecistoyeyunostomía. El enfermo muere a los cinco días. El examen histológico de un fragmento obtenido durante la operación, muestra sólo imágenes inflamatorias. No fué posible la necropsia.

En mi citada ponencia figura éste entre los operados

de duodenogastrectomía, pero en realidad, como se ha visto, correspondía a resección de exclusión.

En la actualidad, añadiendo el caso expuesto, suman 8 los fracasos de este grupo de úlcera confirmada; 2, de probable persistencia de la úlcera, terminados con muerte (1 de perforación aguda a los 5 meses, 1 de hemorragia a los 4 años); uno, el caso descrito, falleciendo después de una segunda operación (colecistoyunostomía) a los 2 años y medio de la primera; un muerto con hemorragias copiosas con probable U. Y.; los cuatro restantes viven y 3 presentan un síndrome muy sospechoso de U. Y. (en 2 aparición de los primeros síntomas a los 4-5 meses de una duodenogastrectomía); los 2 restantes son de U. Y. aparecido después de G. E.; operados después, uno de ellos, en 1921, por fístula gastroyeyunocólica, de extensa resección gástrica junto con el asa de yeyuno y unos 8-10 cms. de colon, después de pasar bien año y medio tiene hemorragia y vuelve a sufrir, con tendencia a mejorar; se trata, verosíblemente, de una reproducción de la U. Y. El otro enfermo ha sido operado repetidas veces a consecuencia de recidivas de una U. Y.; la tercera vez, gastrectomía extensa con el asa yeyunal adherida; se reproduce la U. Y., lo que motiva otra resección, después de la cual aparece curado. Este enfermo figura dos veces y es el que ocasiona la diferencia entre el número de operaciones y el de operados. Se trata de uno de estos casos rebeldes, cuya historia interesante voy a referir brevemente.

Primera operación, G. E. posterior, en 1914, por U. D.: al año reaparecen las molestias y es operado por segunda vez en 1917, encontrándose la primera úlcera al parecer curada, pero en cambio otra gastroyeyunal de más de 2 cms. de diámetro; se reseca la úlcera y se reimplanta el intestino en la misma abertura. Reaparecen los dolores que recuerdan las formidables crisis de la tabes; el enfermo, luético, es tratado sin resultado. Se opera por tercera vez en 1919 y se encuentra una enorme úlcera yeyunal penetrante en mesocolon transversal, habiendo destruido parte de las paredes intestinal y gástrica; en su cavidad hubiera cabido el pulpejo del pulgar. Se hace una resección comprendiendo el asa anastomosada y parte de estómago, desde el duodeno hasta por encima de la cisura angular; anastomosis en Y. Pasa una temporada bien, para reaparecer los mismos sufrimientos, y es operado por cuarta vez en 1921 pero no en el estómago, sino en los ramificantes dorsales (operación de Alvarez); momentáneamente alivio, para volver al desesperante estado de siempre; insistentemente pide ser operado, lo que se hace por quinta vez en enero de 1926; se encuentra una formidable úlcera yeyunal, mayor de lo que nadie puede imaginar: formaba una cavidad fraguada en el mesenterio hasta por delante de los grandes vasos abdominales y dentro hubiera cabido holgadamente un gran huevo de gallina. Con grandes dificultades se reseca la rama gástrica de la Y., se reconstituye el intestino, se reseca otro segmento del estómago y se implanta el yeyuno a la manera de Polya. Es de notar que en la luz

de la inmensa oquedad ulcerosa pendía un hilo de seda. Desde esta operación han desaparecido los dolores, ha ganado en peso, vuelve a trabajar y está, al parecer, curado. ¿Hasta cuándo?

Si aceptamos como úlceras yeyunales todos los casos citados diagnosticados de tales, aun cuando sólo uno ha sido comprobado por una segunda operación, tendríamos 5 entre 97 resecciones extensas (5'1 por 100), lo que da que pensar muy seriamente.

Mis fracasos muestran apenas una ligera preferencia por las operaciones motivadas por U. D. y pilórica: 4 entre 71 (43 U. D. y 28 U. P.), mientras que la U. G. de un caso entre 22. Hay que llamar la atención que en este último caso no se extirpó la región piloroduodenal y que si tenemos en cuenta que las úlceras que motivaron la primera operación de los casos de U. Y. confirmada eran también duodenales se determinaría un predominio de esta úlcera como lesión primitiva, lo que permitiría atribuirle una mayor potencialidad morbosa. Este resultado no es unánime: BALFOUR, por ejemplo (*Ann. Surg.*, 1928, II/548), encuentra 14 úlceras gástricas por 8 duodenales en los casos de úlceras aparecidas después de resección, pero encuentra, en cambio, una relación de 15/1 cuando la primera operación fue una G. E. (*Int. Abst.*, 1927, XLIV/190).

* * *

Todos los operados del grupo anterior, lo fueron siguiendo uno de los procedimientos Billroth II. Es sabido que partiendo de la idea de la nocividad de la CHH una de las razones que se dió para explicar la U. Y. fué la de no estar adaptada la mucosa del yeyuno para el contacto ácido como lo está la del duodeno. Se ha repetido centenares de veces que el procedimiento Billroth I o sus derivados penía a cubierto de la úlcera yeyunal; seguramente que esto es cierto si nos referimos literalmente a su localización, porque no cabe duda que la úlcera yeyunal después de Billroth I debe acercarse y tener mucho del carácter de las úlceras yeyunales espontáneas o primitivas, que no son del caso; pero si la consideramos como úlcera secundaria en boca anastomótica lo mismo da encontrar una úlcera en la línea de sutura gastroduodenal o en la mucosa del duodeno inmediata a ella después de un Billroth I, como en la sutura gastroyeyunal o en la mucosa del yeyuno después de un Billroth II.

Durante mucho tiempo, como decía, se ha creído que el fisiológico método Billroth I era una patente de seguridad respecto a la úlcera secundaria; sin embargo, BIRGFELD cita 15 casos (*Zbl. Chir.*, 1926/1084); BALFOUR 3 entre 27 de úlceras secundarias (*Ann. Surg.*, 1928, II/548); GUTZEIT, 2 casos (*Ergb. inn. Med. u. Kinderheilk.*, 1929, 35/62); HABERER, que es voto de calidad en materia del Billroth I y que, por otra parte, cree que muchas úlceras postoperatorias son úlceras que pasaron desapercibidas en la mesa de operaciones, ha observado 7 (*Zbl. Chir.*, 1930, N.º 2/66), si bien 3 de ellas, las considera debidas a la resección insuficiente

de los primeros tiempos en que empezó a emplear el Billroth I, a que remontan estas observaciones.

Se encuentran en la literatura, indudablemente, muchas menos úlceras secundarias después del Billroth I que del Billroth II, pero también el número de operados por los dos procedimientos es muy diferente. HABERER, que trabaja con la importante masa de experiencia de 2.310 resecciones, ha observado en conjunto 15 úlceras secundarias, y como entre ellas deben figurar las 7 que dice haber visto después del Billroth I y de su modificación personal al método, que suman entre los dos 1.477 casos, resultaría no haber en sus observaciones una gran diferencia entre los dos métodos: 8 entre 1.833 Billroth II, contra 7 entre 1.477 Billroth I (*Zbl. Chir.*, 1930, N.º 2/66).

Personalmente no he observado ningún caso; hubiera sido una gran casualidad dado el corto porcentaje que representa el Billroth I entre mis operados de resección extensa: 7 por 100 (13 entre 172); pero con la enorme desproporción que hay, en general, entre el número de operados por los dos procedimientos incluso tengo la sensación de ser mayor la frecuencia de úlceras secundarias entre los operados según el Billroth I que por el Billroth II.

* * *

Los operados de resección de exclusión no constituyen una masa demasiado uniforme para el estudio. Según las múltiples circunstancias que influyen en cada caso pueden escapar a la resección no sólo la úlcera sino el píloro y una buena parte del antro. Si comparamos cómo se reparten los fracasos entre las dos clases de resecciones extensas, es decir, entre la duodenogastrectomía y la operación de Finsterer, se ve una decidida preferencia por la última: 4 entre 14 (3 entre 13 si ponemos aparte el caso de obstrucción biliar no bien clasificado), mientras que para la duodenogastrectomía resultan 4 entre 83, incluyendo los casos de úlcera yeyunal, cuya tendencia recidivante es bien conocida y de la que resulta un instructivo ejemplo. el caso cuya historia se ha relatado. Si se ponen aparte las operaciones por úlceras yeyunales surge aquella preferencia mucho más ostensible, puesto que resultan 2 úlceras yeyunales entre 79 duodenogastrectomías.

Cualquiera que sea la causa de la úlcera era de prever una mayor frecuencia del *ulcus secundario* después de la resección de exclusión. Al fin y al cabo no puede ser muy diferente el complejo causal que actúa en la exclusión con G. E. y en la exclusión con resección, v. como es sabido, hay unanimidad en señalar cifras de úlceras pépticas secundarias, mucho más altas para la gastroenterostomía con exclusión de píloro que para la G. E. sola. La simple exclusión de EISELBERG y las grandes resecciones de exclusión de FINSTERER son los extremos de una línea que contiene todos los intermedios, y aun suponiendo que las grandes resecciones de exclusión que sacrifican cuatro quintas partes del estómago se vieran libres de la calamidad de la úlcera secundaria quedaría un gran número de casos interme-

dios para los cuales valdrían todos los momentos etiológicos que en la simple exclusión pilórica conducen a la elevada proporción de úlceras secundarias y, en consecuencia, tendríamos otra línea paralela a la anterior fijada por los puntos de máxima y mínima frecuencia de la úlcera postoperatoria. Es ya una afirmación aceptada por todos que la resección de exclusión para ser eficaz debe ser extensa; FINSTERER ha insistido sobre este extremo y HABERER declara que si no es extensa es peor que la gastroenterostomía (*Jour. Chir.*, 1928, 31/279). Esta misma deducción se desprende de mis resultados y, en general, de la mayoría de observaciones.

* * *

Un punto interesantísimo es la relación que pueda haber entre acidez y úlcera secundaria. He de referirme solamente a 4 casos, ya que otros dos enfermos con U. Y. antiguo operado el uno de G. E. y el otro de resección extensa, no han accedido a un examen de jugo gástrico. Hay dos que tienen CIH en proporción superior al 2 por 1000; uno, entre 0-1; otro, 0; por consiguiente, hay un 50 por 100 de hiperclorhídricos. A deducir de este escaso número de observaciones, la citada relación existe, pero lo difícil es definir de qué clase, y mucho más difícil demostrar que sea causal. Tenemos que concretarnos a consignar el hecho. Ya dijimos que la lucha contra la úlcera postoperatoria se entabló en el terreno de la acidez y cómo para vencerla hemos asistido estos últimos años al afán por las grandes resecciones. "La razón de los excelentes resultados subsiguientes a la gastrectomía parcial o subtotal, parece apoyarse en el hecho de la inmediata y permanente aclorhidria", dicen LEWISHON y GINZBURG (*S. G. O. loc. cit.*) al no encontrar en sus casos ninguna úlcera secundaria. Esta era la creencia general. Otros cirujanos no han sido tan afortunados y han saludado la aparición de la U. Y. después de grandes resecciones acompañadas de hipoclorhidria, y vemos uno entre los casos citados en este trabajo, con ausencia total de acidez mineral libre. Balfour señala esta ausencia en 26 por 100 de las observaciones de úlceras secundarias y en el 55 por 100 HCl libre por debajo de la normal. Es, pues, un hecho evidente que hay úlceras secundarias sin HCl y que, por lo tanto, el interesante paralelismo que *grosso modo* se manifiesta entre resección, acidez y úlcera secundaria no puede interpretarse como prueba de una dependencia mutua. Si la resección nos ha traído la prueba de la úlcera yeyunal sin hiperacidez podemos suponer que tampoco sea el HCl el causante de la úlcera, sino otro factor que puede producir también la hiperacidez que habitualmente presentan estos enfermos.

Los hechos y la lógica permiten suponer que aquella causa actúa más o mejor cuando hay exclusión; puesto que tanto la G. E. como la resección, aumentan el número de úlceras secundarias cuando se acompañan de exclusión. Por otra parte, recordemos que con la úlcera se deja excluida toda o una parte de la región en donde está implantada y que, salvando las localizaciones ex-

cepcionales, será una parte de esta área especialmente predispuesta la *ulcer bearing area* de Rodman (CONNELL, loc. cit.), que está constituida por la porción proximal del duodeno, antro y corvadura menor, en especial su porción pilórica. Exámenes histológicos numerosísimos han señalado esta área como asiento de inflamaciones más o menos acusadas, pero constantes en los ulcerosos, y, como hemos dicho en otro lugar, la inflamación puede ser estímulo suficiente para producir una hipersecreción e hiperacidez.

Ya tenemos, pues, una explicación razonable si aceptamos que tanto en la patogenia de la úlcera secundaria, como en la producción de acidez juega un papel importante una inflamación cuyo carácter, específico o no, no es necesario discutir ahora. No es, pues, la persistencia de la región depositaria de un estímulo hormonal la que suprimimos con el antro en la gastrectomía, sino la región predilectamente inflamada, inflamación que puede sobrepasar los límites de la parte reseçada, persistir y crear a la vez o aumentar una predisposición local y una acidez que está, a merced de otras contingencias. La acidez viene a ser un hecho de coincidencia casi inseparable que en el orden cronológico puede preceder, coincidir o seguir a la úlcera, que por su parte puede convertirse en su agente estimulador, pasando en este caso el ácido clorhídrico a ser efecto y no causa de la sesión.

La úlcera aclorhídrica es perfectamente comprensible. Aparte la importancia que en el orden teórico tiene la existencia de la úlcera yeyunal o la recidivada con ausencia de acidez, en el orden práctico puede ponerse al lado de la hipoácida, puesto que a menos de aceptar la necesidad de la función ácida del contenido para que en él se desarrolle un agente específico, como en la hipótesis de PANNET (*The surgery of gastro-duodenal ulceration*, 1926/22), tan difícil es explicarse la patogenia de la U. Y. con ausencia de HCl como con un pequeño grado de acidez, y si el poder proteolítico de un fermento digestivo se juzga necesario para la génesis del *ulcus* no se requiere precisamente que sea gástrico, y su actuación puede ser asimismo eficaz con una digestión triptica si otros factores disminuyen en un punto la resistencia que los tejidos vivos ofrecen normalmente. (REDWITZ, *Wien. Med. W.*, 1929, 26/834).

No quiero detenerme en las consideraciones que sugiere la relación entre úlcera, acidez y resección en la forma apuntada, rica en consecuencias prácticas para el tratamiento.

* * *

Mi propósito al emprender este trabajo, fué el análisis crítico muy elemental de los resultados obtenidos con el tratamiento quirúrgico. Siguiendo este criterio he hablado de los resultados respecto a la motilidad, acidez y úlcera secundaria, procurando apartarme de las citas estadísticas que no fueran indispensables. Siguiendo el mismo criterio analítico debería tratar los resultados clínicos y en especial detenerme en las causas

de los resultados no satisfactorios. Esto llevaría a límites demasiado extensos.

Partidario y practicante desde muchos años de los métodos de resección es de ellos que puedo hablar con más experiencia. Dejando a un lado los procedimientos de exclusión, que atraen de un modo especial los resultados desfavorables, todos los demás se han mostrado excelentes, tanto las resecciones más limitadas como las más extensas. Precisamente una de las sorpresas de la revisión fué el uniforme buen resultado de las simples excisiones y las resecciones cuneiformes en úlceras de pequeña corvadura. En parte atribuyo este resultado de mis resecciones limitadas al haber sido operados en una época en la que todavía no veía más que estenosis, úlceras antiguas, callosas, con grandes alteraciones locales, pero de apagadas lesiones inflamatorias en el resto de la mucosa gástrica y duodenal, casos en los que se cumplía la afirmación de HABERER de ser tanto mejores los resultados clínicos cuanto peor el estado anatómico local. Más adelante ya se trató de grandes resecciones, pero también el tamiz bastante estrecho de un tratamiento médico previo predispuso seguramente los casos para los buenos resultados obtenidos.

Mis resultados en la úlcera confirmada, a juzgar por los que han acudido a la revisión o se supo de ellos, han sido claros; categóricamente buenos o malos fracasos o éxitos, no han habido términos medios. Los fracasos tardíos los he expuesto al tratar de la acidez y de la úlcera yeyunal. Los buenos constituyen el 92'4 por 100 de todos los reseçados, incluyendo los U. Y., pero sin incluir los casos en los que no se encontró úlceras. Si pongo aparte también las operaciones por úlcera yeyunal la cifra de los fracasos es de 5,5 por 100 o sea 94,5 por 100 de buenos resultados por operaciones mutilantes que comprenden pequeñas y grandes resecciones. De considerar sólo las resecciones extensas sin las U. Y. los porcentajes son 6,4 por 100 de malos y 93,6 por 100 de buenos, convertidos, respectivamente, en 8,2 por 100 y 91,8 por 100 incluídos los operados por U. Y. Estas últimas cifras hace dos años eran ligeramente mejores (7,3 por 100 fracasos y 92,7 por 100 éxitos) a causa de figurar entre los buenos resultados un mal caso reciente del que ya he hablado.

No sé si esta aparición tardía de malos resultados, se repetirá; en este caso no resultaría cierta la opinión tan extendida sobre la tendencia en afirmarse con el tiempo, las curaciones obtenidas por gastrectomía, al contrario de lo que ocurre con la G. E., de la que el tiempo lima los éxitos operatorios. He de llamar la atención que precisamente este fracaso tardío corresponde a una resección de exclusión, confirmando una vez más que el abandono de la úlcera no es recomendable. Si examino mis resecciones extensas la cifra de fracasos tardíos dominan en las resecciones de exclusión. 4 entre 14 (28'5 por 100) contra 4 entre 83 duodenogastrectomías sin exclusión (4'8 por 100).

Como he dicho, los resultados fueron buenos o malos; apurando el examen hubiera podido poner algunos casos en el grupo casi vacío de los mejorados, pero la mejoría es tan grande que cuesta poco calificarla de

curación. Insistiendo, se obtiene la declaración de alguna sensación de peso o plenitud o ligeras molestias pasajeras que no privan del régimen de vida ordinario. Esta buena calidad de la curación, es quizás el carácter más importante postoperatorio de las resecciones si se las compara con los métodos conservadores. Es verdad que alguno de estos enfermos ha necesitado un tiempo, que rara vez ha pasado de pocos meses, para gozar de este buen resultado clínico, que la mayoría de las veces se ha obtenido sin ninguna clase de tratamiento médico consecutivo ni precauciones dietéticas, y sólo alguno ha tenido leves trastornos digestivos, dóviles rápidamente a un tratamiento apropiado. No he observado ningún caso con perturbaciones que recuerden la anemia señalada por HURST en los aclorhídricos, ni fenómenos persistentes y serios de *pequeño estómago*. No obstante, casi no hay resecao que no pase una temporada de polifagia, algunos de hambre insaciable, fenómenos ligados probablemente al vaciamiento rápido del estómago, pero esta situación pasa y acaban por ser como todo el mundo y sólo algunos resecaos más extensos tienen sensación de plenitud o se sienten satisfechos con menor cantidad de alimento, y esto es todo el síndrome.

No puedo dar cifras en este momento sobre mis resultados con el método conservador, pero la impresión es menos favorable y desde luego que es muy general acordarle cifras de éxitos clínicos muy inferiores a los procedimientos mutilantes, completamente en consonancia con la posible persistencia del *ulcus*, además de la mayor facilidad para las úlceras recidivadas y gastro-yeyunales o del yeyuno. Una tendencia se dibujaba cada vez más acusada: de atribuir más éxitos a la G. E. en la úlcera duodenal que en las otras, y en consecuencia, sentar la indicación operatoria. Dudo muchísimo de la firmeza de estos 98 por 100 de curación obtenidos con la G. E., precisamente en las úlceras duodenales, que, salvando su escasa tendencia degenerativa, parecen las más saturadas de recidividad y con ellas van vinculados los éxitos más aleatorios. Tanto la úlcera duodenal como la pilórica son propensas a determinar dificultades de vaciamiento y retención, como asimismo fuerte hiperkinesia y espasmos que son a la vez consecuencia y causas de las úlceras. En tales casos la G. E. modificando el complejo causal puede curar la úlcera, pero deja una zona enferma dispuesta a ser cebo de nuevas ulceraciones, cosa parecida a lo que vemos ocurre con las resecciones de exclusión. No es frecuente el caso de encontrar la primitiva úlcera completamente curada, al recobrar por úlcera péptica en boca; la enfermedad persistió a pesar de aquella curación y fué posible desarrollarse una úlcera de gravedad y peligros mucho mayores que la lesión curada con la primera operación. Sin llegar al extremo de la úlcera postoperatoria, la persistencia de la gastritis antral y duodenitis siempre existentes bastan para explicar este promedio de un 50 por 100 de resultados clínicos de la G. E., que puede darse como aproximado de muchas estadísticas.

La úlcera gástrica, acusada con razón de propensión neoplásica y oponiendo a la técnica operatoria menos

dificultades, es el blanco de la indicación quirúrgica. El tratamiento de la úlcera gástrica, como decía MAYO en 1925, se hace cada vez más radical, mientras que el de la úlcera duodenal se vuelve más conservador, y realmente se ve en algunas partes esta tendencia, que por el momento no considero justificada más que por la gravedad de las dificultades operatorias del extremo duodenal.

* * *

En resumen: El tratamiento quirúrgico de los enfermos de úlcera gastro duodenal no ha salido del período empírico en que le mantiene el desconocimiento de la etiología y patogenia de la enfermedad.

La motilidad del estómago después de cualquier procedimiento es susceptible de adaptarse a la nueva situación creada por el acto quirúrgico, siempre que obstáculos derivados de una técnica defectuosa o de la persistencia de inflamaciones parietales del órgano y periviscerales no se opongan al libre movimiento del estómago e intestinos.

Toda la terapéutica del *ulcus* ha girado mucho tiempo alrededor de la acidez como causa de las úlceras secundarias. La Cirugía creyó oponer un recurso soberano contra ella por medio de la resección extensa; los hechos se han encargado de deshacer aquella creencia. Podemos hacer tres afirmaciones: Primera. La aparición de la úlcera yeyunal y la recidivada es frecuente después de resecciones extensas. Segunda. La hiperacidez puede presentarse después de la resección del antro y primera porción de duodeno. Tercera. Las úlceras mencionadas pueden aparecer en casos de hipoacidez y sin ácido libre.

La hipoacidez y la aclorhidria consecutivas al tratamiento quirúrgico se acompañan, en general, de un perfecto estado de salud y hasta en cierto modo pueden considerarse como un reactivo de garantía dada la relación que puede tener la acidez con la persistencia de un estado inflamatorio de la mucosa. De la extensión de mucosa residual y de su aptitud reaccional fisiopatológica depende la secreción ácida. Es imposible, por lo tanto, decir qué cantidad de estómago hay que extirpar para obtener anaclorhidria en el contenido gástrico, por otra parte ligada no sólo a la cantidad de ácido producida, sino también, y preferentemente, a la destruida por neutralización. La resección hasta por encima de la incisura angularis dió en mis casos un 53'6 por 100 de ausencia de CIH libre. Probablemente hay posibilidad de acidez, mientras queden glándulas secretoras o lo que casi es lo mismo, mientras quede estómago.

Así, pues, no ha de ser con la idea de combatir la acidez, sino contra la úlcera y la gastritis o duodenitis que la acompañan y producen, que debe dirigirse el tratamiento quirúrgico.

El estado de la mucosa residual tiene una buena parte de la clave del futuro de estos operados. Muchos rese-

cados han necesitado para estar bien el tiempo requerido para curar su gastritis o duodenitis residual. De aquí la absoluta conveniencia de una vigilancia y atento consejo y tratamiento médico después de la operación; de ellos puede depender todo el éxito operatorio.

De todos modos, en la ignorada evolución de la enfermedad ulcerosa, tomada no en el sentido constitucional, sino simplemente local, hay momentos que la curación del E. depende exclusivamente de su úlcera, como si fuera ésta el estigma final incurable espontáneamente o por recursos médicos de una enfermedad que acabó su evolución y eventualmente convertido en centro de irradiación morbosa. En cambio otras muchas veces el estómago, con o sin úlcera, continúa su enfermedad con los mismos síntomas, la úlcera en estos casos es un accidente; extirpada la úlcera continúa la enfermedad, en mi convicción, su gastritis ulcerosa.

La diferenciación de estos dos grupos, cuyo tratamiento debe ser muy diferente, por desgracia, no es posible, pero, desde luego, el primero es por definición quirúrgico y el segundo sólo por excepción después del fallo del tratamiento médico, al que está reservado, indudablemente, un buen número de curaciones.

La indicación quirúrgica en el primer caso es romper del modo más inocuo que sea posible el círculo de incurabilidad local del úlcus, a lo mejor por medio de una anastomosis gastroentérica; pero todo el mundo convendrá que la extirpación de la lesión no hará más que sumar rapidez y garantías al tratamiento. A juzgar por mi experiencia la condición de enfermedad localizada debe darse con frecuencia en los viejos ulcerosos y por esto creo una conducta razonable la exéresis del úlcus con desague, si es posible gastroduodenal, como más fisiológico.

Para los del segundo grupo, en donde se acumulan todas las úlceras activas y las acompañadas de intensas antroduodenitis o de gastritis más extendidas, el tratamiento quirúrgico emprendido en plena agudeza evolutiva no está justificado como no sea por una complicación. Son los casos más dóciles al tratamiento y no deben intervenir mientras el fracaso medicodietético no sea evidente, pero llegando el caso de intervenir, no debemos poner la mirada en la úlcera sino en la región enferma, y es hacia las grandes resecciones que debemos orientarnos que comprendan holgadamente la úlcera y la zona piloroantral, por lo menos, que es el área donde la experiencia indica que se acantonan predilectamente las lesiones.

La primera operación es en muchos casos decisiva para el porvenir del enfermo, y si no es suficiente puede ser algo peor que inútil si añade un grave mal a la enfermedad gástrica. Esta triste consecuencia da el tono de la terapéutica quirúrgica actual, que tiene que decidir el tratamiento sobre el aprecio casi intuitivo de la calidad de los casos e inclina al cirujano a pecar a sabiendas por exceso en los dudosos.

Sólo por excepción las dificultades locales harán cambiar de conducta, pero sin abandonar la antedicha orientación.

RÉSUMÉ

Ne connaissant pas l'étiologie et la pathogénie, le plus grand empirisme domine encore le problème thérapeutique de l'ulcère gastrique et duodénale. Quoique cette situation soit peu louable, la vérité est que le chirurgien opère l'ulcèreux parce que le médecin n'est pas arrivé à la guérir et il renvoie au médecin celui que l'opération n'a pas réussi à guérir.

D'autre part personne peut affirmer catégoriquement que tel ou tel cas chirurgiquement guéri le fut simplement à cause du drainage, de la dérivation, de la section nerveuse, de la neutralisation ou de l'exérèse, mais ce que l'on peut affirmer est que si les procédés les plus bénignes possèdent dans leur actif des ulcères guéris, il y a des ulcères qui ne guérissent que par une mutilation de l'estomac; la difficulté consiste à les distinguer d'avance, afin de savoir la conduite à suivre.

Il est enfantin de dire que la gravité des méthodes radicales est plus grande que celle des simples méthodes conservatrices; mais en proportion différente pour chaque chirurgien à cause de l'amplitude qu'il donne à l'indication mutilante. En vue de cela les statistiques d'ensemble manquent de valeur.

Les résultats quant à la mortalité, quelque soit le procédé, nous voyons que l'estomac s'adapte à la nouvelle situation anatomique créée, les fiascos sont dus aux difficultés causées par défaut de technique, et surtout, comme séquelle à conséquence de la maladie ulcéreuse même ou de sa persistance.

Vu le mécanisme de sécrétion et neutralisation du contenu gastrique, on peut prédire les résultats incertains et inégaux de la G. E. pour ce qui se réfère à l'acidité. La résection de la région antro-pylorique ne supprime pas forcément et l'acidité et quand il y a des cas d'hyperchlorhydrie et on peut trouver toujours le stimulate séchéteur d'une inflammation pariétale. La relation que "grosso modo" on observe entre quantité, résection et diminution d'acidité, ne dépend pas précisément d'une sécrétion moins acide, mais de la plus grande facilité de neutraliser la moindre quantité de HCL ségrégué par un petit estomac.

L'ulcère post-opératoire qui châtie fortement certaines statistiques de G. E. se présente aussi après la Gastrectomie, quelque soit le procédé de celle-ci, mais plus encore avec les méthodes d'exclusion.

La relation de dépendence entre l'ulcère et l'acidité n'est pas démontrée.

Quant aux résultats cliniques des résections dans l'ulcère confirmée furent catégoriques, bons 92,7 % et mauvais sans moyennes.

N'étant pas possible dans l'actualité la distinction entre les ulcères guérissables par les méthodes conservatrices et vu que le première opération décide souvent l'avenir du malade, il faut pécher, même en le sachant, par excès de radicalisme.

SUMMARY

Ignorant the etiology and pathology, the greatest empirisme domines still the therapeutic problem of the gastric and duodenal ulcers. Even if this situation is not a very laudable one, it is true that the surgeon operates the ulcerous, because the physician did not heal him, and he send the patient back to the physician when the operation has not given the expected resultate.

Further more nobody is able to affirm in a categorical way if such or an other case surgically healed was by simple drainage, by the derivation, by the nervous section, by the neutralization or the exeresis, but that what can be affirmed is, that if the most benignous processes, have in their active healed ulcers, there exist other ulcers only curables by a mutilation of the stomach; the difficulty consists in distinguishing them beforehand, in order to know the conduct to be followed.

It would be childish to say that the gravity of the radical methods is greater than that of the simple conserving methods; but in different proportion for every surgeon, owing

to the amplitude he concedes to the mutilating indication. Owing to this fact the statistics of conjunct are of no value.

The results, referring to the morality, whatever may be the process, we see that the stomach adapts itself to its new created anatomic situation; the fiascos are due to the difficulties produced by the lack of technic, and specially, as a sequell and consequence of the ulcerous disease itself or its persistence.

Seen the mechanism of secretion and neutralization of the gastric inclosure, it is possible to foretell the uncertain and unequal results of the G. E. in the referring to the acidity. The resection of the antropyloric region does not necessarily supprime the acidity, and in the cases of hyperchlohydria it is always possible to encounter the secretory stimulus in a parietal inflammation. The relation "grosso modo" observed between quantity, resection and disimintion of the acidity, depends not precisely from a less acide secretion, but from

the greater facility to neutralize the smallest quantity of HCL segregated by a small stomach.

The post-operative ulcer which punishes greatly certain statistics of the G. E. does present itself also after the Gastrectomy, whatever may be the process of same, but still more when the methods of exclusion have been used.

The relation of dependence between the ulcer and the acidity has not yet been demonstrated.

Accordingly to the clinical results of the resection in the confirmed ulcers, were categories, good 92,7 % and bad, without interposed.

Being actually impossible to distinguish amongst the curable ulcerous by means of the conserving methods and owing to the fact that the first operation frequently decides the patient's future, it is convenient to predominate, even knowing it, by an excess of radicalism.