

it is confirmed that in thoracic neurofibromatosis anteriorly placed tumours are usually potentially malignant.

ZUSAMMENFASSUNG

Die neurogenen Tumore müssen bei ihrer Überprüfung genau voneinander abgegrenzt und deutlich unterschieden werden. Auf diese Weise bemerken wir, dass es sich beim ersten dieser drei Fälle, genau genommen um ein Ganglioneurom handelt; der zweite muss als eine lokalisierte Anfangsform der Recklinghausen'schen Erkrankung und der dritte als ein Schwanom angesehen werden. Sonach ergibt sich, dass der zweite Fall der klinisch bösartige war, wie man es ja auch gewöhnlich in der Beschreibungen des Morbus Recklinghausen in der Literatur antrifft.

Es muss auch unbedingt auf den atypischen Zustand beim zweiten und dritten Fall hingewiesen werden, welche auch wegen ihrer Ungewöhnlichkeit angeführt sind. Besonders ist der dritte bemerkenswert, zumal unserem Wissen nach, vor unserem eigenen Fall, nur zwei von Gay und Mitarbeitern veröffentlicht wurden, bei welchen auf das Bestehen einer Zäsur hingewiesen wird. Was den zweiten Fall anbe-

langt, wird bestätigt, dass die vordere Lokalisierung der Brustkorbneurofibromatose gewöhnlich ein bösartiges Potential mit sich führt.

RÉSUMÉ

Dans l'étude des tumeurs neurogènes on doit distinguer et séparer clairement les unes des autres. On voit, ainsi, que de ces trois cas, le premier était strictement un ganglioneurome; le second, doit être catalogué comme une forme localisée initiallement, de la maladie de Recklinghausen, et le troisième comme un schwanome, et on voit, également, que le cliniquement malin était le deuxième, comme il est normal de trouver dans la littérature des descriptions du morbus de Recklinghausen.

Il faut souligner également la situation atypique du second et troisième que nous réputons comme exceptionnels, et spécialement celle du troisième puisque, que nous sachions, seule la situation scissurale a été mentionnée par Gay et collaborateurs dans deux cas antérieurs au nôtre. En ce qui concerne le deuxième cas, on confirme que dans la neurofibromatose thoracique, la localisation antérieure, a habituellement un potentiel malin.

LA ANTRO-PILO-ORO-BULBOTOMIA EXPLORADORA EN EL DIAGNOSTICO OPERATORIO DE LA ULCERA GASTRODUODENAL

A. GARCÍA - BARÓN.

Jefe del Servicio de Enfermedades del Aparato Digestivo en la Casa de Salud Valdecilla (Santander).

Sorprende mucho, a la vez que da que pensar, que no se hable ni escriba sobre la perpleja situación en que se encuentra el cirujano cuando, decidido a realizar una resección por un supuesto úlcus, éste no es hallado después de haberse practicado la laparotomía. ¿Reside la razón de este silencio en la rareza de tal hecho? En modo alguno. Por el contrario, se puede afirmar que es frecuente en variable grado.

Antes de seguir hemos de dar por cumplidas tres condiciones: el razonado diagnóstico clínico de úlcera; exploraciones radiológicas repetidas, si no perfectas, por lo menos cuidadosas, y una indicación operatoria sentada con discreto criterio. Y hay que mantener estos calificativos, ya que por debajo de ellos la frecuencia con que en la operación no se halla la úlcera ya no es relativa, sino elevada.

Situado, desde el principio, el asunto en este plano se hacen necesarias varias preguntas previas:

a) ¿Es que aunque la historia típica de aci-

dismo gástrico tenga un extraordinario valor para el diagnóstico clínico del úlcus, sobre todo del duodenal, puede asegurarse que no existen excepciones a esta regla? ¿Es que no hay, además, muchos enfermos ulcerosos en los que ese deseable tipismo queda más o menos atenuado al borrarse las características de algunos de los síntomas primordiales, o al estar mezclados con otros antagonistas o de etiología difícil de precisar? ¿Es que, igualmente, no hay muchos enfermos sin úlcus con una sintomatología análoga o parecida a la de los del grupo anterior? Contestando afirmativamente—la única respuesta lógica—a estas preguntas, nos encontraremos, por fuerza, con un numeroso grupo de pacientes, muchos con úlcera y otros sin ella, en los que, juzgando por los antecedentes, nos hemos de limitar a la sospecha en la existencia de un úlcus, en espera de la ayuda diagnóstica que nos pueda prestar la exploración radiológica.

b) ¿Es que todas las úlceras duodenales son demostrables con los rayos X en el grado de seguridad que esa exploración requiere para concederla un valor decididamente positivo? No todas las úlceras, ni muchísimo menos, son visibles en tal grado. No tenemos más que enumerar algunas de las dificultades eventuales, y habituales, que se observan en toda sesión radiológica de pacientes gástricos: el pequeño tamaño del nicho, su escasa profundidad, la dirección demasiado anteroposterior de la primera por-

ción duodenal, la posición alta del bulbo, la superposición de éste con la columna vertebral o con la segunda y cuarta porción, la hipertonia del píloro, la presencia de líquido de hipersecreción, la obesidad acentuada, etc., etc. Todas estas circunstancias son adversas, y tanto más cuanto en mayor número obren simultáneamente. En estos casos la radioscopy suele ser difícil y defectuosa, y las radiografías, mal orientadas por tal radioscopy, también. Y, así, es frecuente que no se pueda afirmar que el úlcus sea visible con los rayos X.

c) ¿Es que no hay abundantes ocasiones en las que por jugar un papel menos perturbador esas mismas circunstancias desfavorables acaso podamos decir que existe sospecha radiológica—razonada si se quiere—de la visibilidad de la úlcera, pero en modo alguno evidencia? De estos casos hay muchísimos.

d) ¿Es que dada una historia de acidismo no nos inclinamos instintiva, y cómodamente, y más aún cuando los antecedentes son típicos, a creer que estamos en la obligación de ver un úlcus y a que, en efecto, le vemos, fundados en alteraciones, a veces fisiológicas, a las que no concederíamos una significación ulcerosa de no incitarnos a ello los antecedentes del paciente? Y, por otra parte,

e) ¿Es que porque una úlcera no sea radiológicamente demostrable con toda evidencia ha de ser excluido el paciente del tratamiento quirúrgico? No parece lógica esta opinión. Si un enfermo tiene una historia típica de acidismo sin mezcla de síntomas extraños a esta enfermedad, o bien, lo que ocurre con mayor frecuencia, si sin ser tan evidente nos parece que en el balance dominan los síntomas ulcerosos; si la exploración radiológica, aunque no demuestre la úlcera tampoco prueba que haya otra afección de las que pueden simularla; si el paciente sufre con intensidad sin que surtan efecto los tratamientos médicos adecuados, o sin que éstos puedan materialmente ser seguidos, ¿qué se puede hacer con él, por prudentes que seamos, más que aconsejarle la exploración quirúrgica? Aun siendo maravillosa la ayuda que los rayos X nos prestan en el diagnóstico del úlcus, no faltan ocasiones en las que nuestra decisión debe apoyarse, más que en otro elemento de juicio, en la valoración de los síntomas subjetivos que el enfermo nos proporciona.

Todas las consideraciones que anteceden explican por qué hay que dividir a los supuestos ulcerosos que requieren auxilio quirúrgico en dos grupos: uno, el más numeroso, en el que el diagnóstico posee la seguridad absoluta, o por lo menos, la razonablemente necesaria, y otro, cuyo volumen depende en mucho del criterio médico quirúrgico con que sea dirigido, en el que el diagnóstico del úlcus es dudoso. Y es natural que en este último grupo estén incluidos, al lado de pacientes con úlcera, enfermos no ulcerosos. Es decir, que si en la mayoría de los enfermos llevados a la mesa de operaciones será

hallado el úlcus, hay una minoría en la que no se puede encontrar porque no existe. Que cada cirujano cifre esta minoría en lo que, según su experiencia, crea justo.

Si avanzamos más en el problema, nos encontramos pronto con otro hecho indudable: existe un número indeterminado de casos en los que el hallazgo, en la región gastroduodenal, una vez practicada la laparotomía, es negativo, a pesar de existir una úlcera. Esto nos obliga a plantear una segunda cuestión:

El valor diagnóstico, en el úlcus, de la simple laparotomía exploradora. — No hemos de referirnos a los casos corrientes en los que por inspección y palpación se reconoce, ya desde el primer momento, la existencia del úlcus previamente afirmado o sospechado, sino a aquellos en los que la inspección y palpación, aun siendo cuidadosas, resulten negativas.

Es normal que todo úlcus gástrico, que no se limite a la ulceración de la mucosa, se perciba muy bien a la palpación por el endurecimiento parietal que a su nivel presenta. Todo depende de que palpemos o no donde se halle, y como la mayoría de las úlceras gástricas asientan en la curvadura menor, o en su inmediata vecindad, que además es la zona de más fácil palpación, tan sólo dejaremos de apreciar el úlcus si olvidamos el explorar la parte alta de la curvadura menor, hasta el mismo cardias, y toda la extensión de ambas caras, así como la curvadura mayor, si es precisamente en una región de estas inexploradas donde, por excepción, esté localizada la úlcera.

En el duodeno el reconocimiento no es tarea tan sencilla. Se ven bien las deformaciones, al igual que los úlcus de la cara anterior. También los de la curvadura menor bulbar se suelen percibir con facilidad, aunque no sea más que por el espesamiento del borde a su altura; pero en los de la cara posterior, tan frecuentes, el asunto cambia. Es bien sabido que un úlcus de la cara posterior del bulbo, situado en su sector extraperitoneal, puede no ser apreciado aun siendo penetrante en el páncreas; pero ahora no se trata de estos casos comprobados, de ordinario antes de la operación, por el examen radiológico, y durante ella por la palpación del nicho a través de la cara anterior, sino de otros muchos de pequeño tamaño, superficiales o poco profundos, poco o nada penetrantes en el tejido pancreático y situados, de preferencia, en la cara posterior del píloro o más o menos alejados de éste, en los que no existe deformación de la circunferencia visible del duodeno y en los que nada de anormal se palpa ni aun manipulando con el mayor cuidado.

Por consiguiente, la simple laparotomía exploradora es incapaz en muchos casos de responder a lo que de ella parece que pudiera exigirse, a lo que en esencia más nos interesa en el acto operatorio: el saber con seguridad si el úlcus existe o no.

Riesgos de esta imprecisión diagnóstica.—Colocado en esta situación de incertidumbre, el cirujano tiene que seguir uno de estos dos caminos: suspender la resección o practicarla.

1.^o Las consecuencias de no realizar la resección varían según que exista el úlcus o que no exista:

a) Si el úlcus existe, seguirá el enfermo padeciendo, cuando tan cerca estuvo de la curación, y expuesto a todas las complicaciones ulcerosas; a la vez que en él será muy difícil sentar una nueva indicación operatoria, al mismo cirujano que realizó la exploración quirúrgica negativa o a otro diferente, y no más fácil que sea aceptada por el paciente, ya defraudado en la primera intervención. Tan sólo un ulterior hallazgo radiológico terminantemente positivo, no muy probable, coincidiendo con un mayor cansancio del enfermo ante sus sufrimientos, podrá decidir al cirujano y al paciente a una nueva operación.

b) Si el úlcus no existía, bien estuvo no resecar, pero la persistencia de los síntomas hará pensar al cirujano que no exploró bien y al paciente que no fué intervenido con acierto.

2.^o Si con hallazgo operatorio negativo fué ejecutada la resección, también las consecuencias son diferentes según que en la pieza se compruebe la existencia o la ausencia de un nicho:

a) Si existe, el cirujano se sentirá satisfecho por haber tenido acierto en su decisión, aunque ese natural contento se semejará un poco al del ganador en un juego de azar.

b) Pero si en la pieza no se comprueba lesión alguna que justifique la resección practicada, allí queda el enfermo expuesto a un riesgo operatorio no elevado en sí mismo—nada menos difícil que una resección en tales condiciones—, pero excesivo en el balance de ventajas, inconvenientes y peligros de toda intervención quirúrgica, a seguir con sus sufrimientos anteriores y a que se presente cualquiera de las complicaciones mediatas o lejanas posibles en todo resecado gástrico.

La antro-piloro-bulbotomía (A.-P.-B.) sistemática como complemento indispensable de toda laparotomía, por sospecha de úlcus, negativa.—Los cirujanos necesitamos, una vez practicada la laparotomía y haber resultado ésta negativa, fundar nuestra conducta inmediata, abstencionista o radical, no sobre probabilidades, sino sobre hechos seguros y concretos, lo que no puede ser conseguido más que con el examen directo de la mucosa gastroduodenal, sea por gastrotomía independiente, o sea, lo que es muchísimo más empleado, por la A.-P.-B., que ofrece, además, las grandes ventajas de ejecución sencilla y rápida y de ser casi inocua. Estoy convencido de que ya que la simple laparotomía no cubre todas nuestras necesidades diagnósticas en el úlcus al no proporcionarnos, en muchos casos, la garantía absoluta de que el úlcus no existe, hay que considerar a la A.-P.-B. como su

complemento indispensable, hasta el extremo de poder afirmar que la laparotomía exploradora negativa, no seguida de una A.-P.-B., es una intervención incompleta y en modo alguno convincente.

Podría objetarse que los pequeños nichos, sólo perceptibles una vez ejecutada la exploración directa de la mucosa, no requieren resección. En primer lugar, muchos de esos nichos no son realmente pequeños; pero lo importante es que no obstante su escaso tamaño obligan, al no curar con medios médicos y producir un grado elevado de molestias, a una intervención quirúrgica, y, lo que es más decisivo, no curan hasta que la resección es practicada.

Por otra parte, la seguridad diagnóstica que nos proporciona la A.-P.-B. no debe ser, en modo alguno, aliciente, ni justificación, para que acudamos a ella con excesiva facilidad en todos los casos con sospecha bien fundada de úlcus cuando la exploración radioscópica no es definitivamente demostrativa en el sentido de su existencia. Parece útil reunir en un decálogo las normas que en tales casos deben guiarnos antes, durante y después de la A.-P.-B. y que, en su mayor número, son también fundamentales para los cirujanos que se limiten a la simple laparotomía exploradora:

1.^o Cuando en un enfermo juzgado como ulceroso, a tenor de su historia, las repetidas exploraciones radiológicas no muestren la úlcera, es necesario, antes de aconsejar el tratamiento quirúrgico, que el conjunto de razones que a él nos incitan sea más elevado que si los rayos X nos hubieran confirmado su existencia. Es decir, es preciso que la duración de la enfermedad sea mayor, que la perturbación de todo orden que ocasiona sea más acentuada, que el tratamiento médico haya sido bien seguido y repetidamente empleado y que su fracaso sea más definitivo.

2.^o En esos casos, aunque la historia clínica sea evidente de úlcus—y con mayor razón aún si no lo es—, debemos sospechar que esa claridad pudiera ser ficticia y realizar todas las exploraciones necesarias para descubrir cualquiera otra de las afecciones que sabemos son capaces de inducir a error.

3.^o Desconfiar, en especial, de los neurópatas y de los individuos con ptosis visceral.

4.^o Si no obstante la inseguridad nos vemos, al fin, obligados a aconsejar la operación, debemos tratar antes con el enfermo, y con la mayor sinceridad, sobre nuestra reciproca situación. No le hablaremos de que vamos a practicarle una resección, sino de explorar el vientre, no sólo el estómago, de la manera más perfecta, y que si hallamos una alteración en cualquier órgano la resolveremos. Pero que si nada anormal se encuentra fuera del estómago, y en éste tampoco se halla la sospechada úlcera, después de mirar muy bien, incluso abriendole, cerraremos lo abierto y no haremos más. Si no seguimos este proceder, si callamos o no acentuamos el

carácter exploratorio de la intervención propuesta, contará el enfermo implícitamente, en todo caso, con que le hallaremos su úlcera y la resecaremos, con lo cual, si la A.-P.-B. resulta negativa, nos costará más trabajo renunciar a la resección tácitamente ofrecida que a practicarla; y si, obrando de modo cuerdo, tomamos la segunda determinación, sufrirá el paciente una gran contrariedad, que concretará, con sobrada razón, en conceptos poco halagüeños para el cirujano. El camino de la abstención debe quedar siempre perfectamente libre por si la A.-P.-B. llega a ser negativa.

Cuando se ha obrado con lealtad haciendo comprender al enfermo que si por sus antecedentes debe tener una úlcera, ésta no se ha comprobado con los rayos X—lo que no quiere decir que no exista, sino tan sólo que no se ve—, y cuando precisamente por esta razón se le ha recomendado repetidas veces la insistencia en el tratamiento médico, si llega el momento de aconsejarle la laparotomía exploradora el paciente la acepta sin gran dificultad, e incluso la solicita espontáneamente. Y entonces, si la A.-P.-B. es negativa no se considera defraudado, sino satisfecho, o en el peor de los casos resignado, de haber alcanzado por medio de una operación de muy poco riesgo la seguridad de que en su estómago ni en otro órgano abdominal existe una afección tratable quirúrgicamente.

5.^a Si practicada la laparotomía no se encuentra inmediatamente el ulcus, hendir el ligamento gastrocólico, introducir en la transcavidad de los epiplones los cuatro últimos dedos de la mano derecha y palpar, entre el pulgar aplicado sobre la cara anterior y el índice sobre la posterior, primeramente el estómago (curvadura menor desde el cardias hasta el píloro, caras y curvadura mayor) sin dejar un centímetro de su superficie sin explorar; y a continuación el píloro y la porción inicial del bulbo duodenal, repitiendo la maniobra en todos estos sectores cuantas veces sean necesarias hasta estar seguros de que nada se percibe o de que hay un nivel en el que algo anormal se nota.

6.^a Habiendo resultado negativa la inspección y palpación del estómago y del duodeno, dejar de momento este campo y explorar todos los órganos accesibles a través de la herida laparotómica, buscando en ellos alguna lesión que justifique el cuadro sintomático por el que el enfermo ha sido llevado a la operación.

7.^a Si nada se halla en ningún sitio que aclare la situación, aún no pensar ni en la resección ni en la abstención, sino que entonces, pero no antes, ejecutar la exploración gastroduodenal intracavitaria.

8.^a La A.-P.-B. debe ser hecha de la manera más perfecta y cuidadosa, ya que su fallo va a ser inapelable, tanto si obliga a la resección como a la abstención.

9.^a Si la A.-P.-B. da un resultado negativo, suspender la tal vez proyectada resección, por-

que si la simple laparotomía exploradora no es razón de valor decisivo en contra de la existencia de un ulcus, la A.-P.-B. confiere prácticamente un grado de seguridad razonable, insuperado por ningún otro procedimiento o técnica exploratoria; y

10.^a Cuando por haber sido negativa la exploración extra e intracavitaria hemos renunciado a toda exéresis, debemos explicárselo al paciente tan pronto como se encuentre en condiciones de comprendernos, sin esperar el momento en que sea dado de alta; y al concedérse la tenemos el deber de entregarle un certificado en que conste no sólo que le ha sido realizada una A.-P.-B., sino también una enumeración de los órganos abdominales que a la vez pudieron ser satisfactoriamente explorados. Sin esta necesaria aclaración es posible que el individuo constituya un verdadero rompecabezas para los médicos que acaso tengan que atenderle en el curso de su vida, situación embarazosa que puede constituir para él una fuente de serios e inmerecidos perjuicios.

Proporción reciproca entre los hallazgos positivos y negativos en la A.-P.-B.—He practicado 172 A.-P.-B., de las cuales resultaron negativas 112 (65 por 100) y positivas 60 (35 por 100). Esta desproporción ofrece dos facetas diferentes: la una, se refiere a la capacidad diagnóstica, y la otra, a las normas del tratamiento.

Siendo yo quien en el Servicio realiza las exploraciones radiológicas, sienta las indicaciones operatorias y ejecuta las intervenciones, baste decir que en las líneas precedentes queda expuesto el criterio sobre el diagnóstico radiológico del ulcus y sobre las indicaciones operatorias cuando éste es negativo; y que, por otra parte, si a esas 112 A.-P.-B. negativas se agregan otras 62 laparotomías exploradoras negativas también, aunque sin A.-P.-B. de los primeros años, suman 174 errores diagnósticos en relación con el ulcus. Pero si a esta cifra oponemos 2.870 resecciones con hallazgo del ulcus en la pieza, esa proporción de errores diagnósticos supone el 6 por 100 de todo el material quirúrgicamente comprobado, lo que al menos para mí no deja de ser satisfactorio y tranquilizador.

Pensemos ahora, por un momento, en qué norma de tratamiento hubiera seguido si limitándome en esos 172 casos a la simple laparotomía exploradora no la hubiese completado con la A.-P.-B. teniendo en cuenta que todos los pacientes ofrecían una historia clínica con sobrada razón atribuible a un ulcus y que durante el acto operatorio no fué descubierta ninguna lesión en otro órgano que justificase el cuadro clínico. Caben dos posibilidades o criterios: renunciar a la resección, fundado en el hallazgo negativo, o practicarla, a la vista de los antecedentes. Renunciando a la resección hubiera dejado en un 35 por 100 de esos casos un ulcus sin tratar, y que requería tratamiento quirúrgico, y practicándola, en el 65 por 100 habría realizado

una intervención innecesaria. Y este doble aspecto, con sus inconvenientes y peligros, ya ha sido comentado anteriormente.

Riesgos inmediatos y resultados lejanos de la A.-P.-B. — De los 112 pacientes en los que se practicó A.-P.-B. con resultado negativo, falleció uno (a las cuarenta y ocho horas y de causa imprecisa, aunque no de hemorragia ni de peritonitis). Y de los 60 en los que el resultado fué positivo, por lo que, menos dos, fueron resecados, falleció uno de uremia (nueva resección en un resecado recidivado); y otro, justamente de los no resecados, por causa sin relación con la A.-P.-B. misma (intervenido de urgencia por hemorragia aguda intensa no originada en el úlcus que la A.-P.-B. comprobó y de la que ni la autopsia pudo demostrar el origen).

Hay que consignar ciertos fracasos de la gastrostomía y de la A.-P.-B. Algunos son la consecuencia natural de una exploración intracavitaria incompleta o insuficiente. Así, al principio, por no haber explorado en la A.-P.-B. hasta el comienzo de la segunda porción duodenal, me pasó inadvertido en un paciente un nicho del primer ángulo; y en otro, por no haber palpado bien todo el estómago antes de practicar la A.-P.-B., que resultó negativa, dejé sin reconocer un pequeño úlcus calloso situado en plena cara posterior de la porción vertical gástrica. En ambos casos pude después ver el nicho con los rayos X. Pero también he sufrido otros tres errores, uno en la gastrostomía y dos en la A.-P.-B., ya no tan fácilmente explicables:

En el primero de éstos practiqué, a través de una extensa peridiudenitis, una A.-P.-B. negativa, seguida de alivio de los síntomas de acidismo; pero quince años después aparecía el bulbo deformado en la exploración radiológica y tres años más tarde se veía a radioscopía un nicho bulbar. En el segundo hice una gastrostomía vertical en la región del ángulo, donde me parecía tocar un pequeño espesamiento sospechoso, con resultado negativo, por lo que agregué una A.-P.-B., igualmente negativa, y a los diez meses volvieron los síntomas de acidismo y se veía un nicho en el mismo ángulo gástrico. Y en el tercero, un enfermo a quien había practicado con anterioridad un Billroth I por úlcus perforado, también había resultado negativa la A.-P.-B., a pesar de la sospecha fundada de que presentase una recidiva, por lo que la exploración fué muy cuidadosa; y, sin embargo, un año más tarde, existía un nicho claramente visible en la anastomosis. Los cinco casos han sido comprobados en la resección ulterior que les practiqué.

Sería interesante conocer la influencia, desfavorable o favorable, que la A.-P.-B. haya podido ejercer sobre esos 112 casos en que resultó negativa y en los que tampoco se encontraron alteraciones en los órganos vecinos que pudieran explicar el cuadro preoperatorio. No he hecho aún este estudio, pero—sin que sirva para

eludirle o suplantarle—tengo la impresión de que la A.-P.-B. fué beneficiosa en la mayoría de los pacientes, sea porque la incisión longitudinal del antro, píloro y bulbo secciona transversalmente el anillo pilórico, sin que quede reconstruido, ya que el cierre se hace en dirección perpendicular, por lo que se hace imposible todo espasmo, sea por la influencia psicológica que sobre el paciente tiene el conocer con seguridad que no existe ninguna alteración orgánica intraabdominal, o por ambas razones.

La gastrostomía exploradora aislada. — Es lógico, por los motivos citados anteriormente, que sea practicada con mucha menor frecuencia que la A.-P.-B. Así, en mi material, al lado de las 171 A.-P.-B., no hay más que 12 gastrostomías, o sea, en el 7 por 100 de las exploraciones intracavitarias gastroduodenales; de ellas, seis como aberturas aisladas y otras seis habiendo practicado simultáneamente una A.-P.-B. No es posible dudar que escapen a la palpación úlcus gástricos mucosos, pero, aun así, no estimo indicada la gastrostomía sistemática previa A.-P.-B. negativa, ya que para que ofreciese la garantía necesaria tendría que ser lo suficientemente ampliar para que se pudiese explorar por la incisión no sólo una pequeña zona de la curvadura menor, sino también el resto de la mucosa gástrica. Y si esto puede ser aconsejable en un caso de grave hemorragia con palpación negativa (así logré en dos ocasiones de urgencia descubrir un pequeño hemangioma origen de gravísima hemorragia), creo que de ordinario no hace falta acudir a la gastrostomía aislada si la palpación cuidadosa del estómago es negativa.

Técnica de la A.-P.-B. — La que empleo habitualmente (*), muy sencilla, es la siguiente:

Colocar un clamp blando transversalmente en el estómago, sin acercarle a menos de dos traveses de dedo del anillo pilórico. Aislar bien el campo profundo con compresas. Pasar con aguja curva fina seis hilos de sostén en dos filas paralelas y muy cercanas: el primer par, sobre el mismo píloro; el segundo, sobre la región yuxtapilórica gástrica, y el tercero, sobre el bulbo, quedando estos dos últimos alejados del intermedio unos 2 cm. Practicar, con el cuchillo eléctrico, una incisión de unos 4 ó 5 cm. de longitud, siguiendo el eje longitudinal del antro y del bulbo, que atraviese su cara anterior entre las dos filas de hilos. Ligadura con catgut de los vasos parietales que sangren.

Introducir por la hendidura bulbar, y en dirección distal, un tapón de gasa (o de esponja de goma) en conglomerado bastante firme, aunque maleable, bien sujetado con un hilo fuerte y largo que permanecerá, fuera del bulbo, como fiador, marcado con una pinza. El tapón es empujado hasta más allá del primer ángulo, que

(*) En 1943 publiqué en esta misma Revista (tomo IX, número 2, págs. 95 a 99) un artículo sobre el tema que ahora me ocupa, en el que daba algunos detalles técnicos de la ejecución de la A.-P.-B., que más tarde deseché.

debe quedar libre, hasta dejarle alojado en el comienzo de la segunda porción. Este tapón tiene una doble finalidad: impedir el reflujo de la bilis y comprobar la normal anchura de la primera porción.

Utilizando pequeños separadores romos para separar los bordes de la incisión, y ayudándose con una espátula plana y pequeñas torundas de algodón empapadas en suero (para no producir hemorragia en la mucosa) y manejadas con una pinza de disección, comenzar la exploración en el sector gástrico vecino del piloro, continuarla en las dos vertientes del anillo pilórico y concluirla en el bulbo. Se trata de aplanar, ordenada y sucesivamente, los pliegues mucosos gastroduodenales de caras y curvaduras en toda la zona accesible, de tal modo que al terminar no quede punto alguno de la mucosa sin haber sido explorado. Tengamos en cuenta que aquí buscamos nichos que suelen ser pequeños, e incluso muy pequeños.

El segmento más difícil de exponer es el situado entre el vértice del bulbo y el primer ángulo, a no ser que prolonguemos mucho la incisión parietal hacia este último límite. Si no hemos sobrepasado los cinco centímetros de longitud total de la incisión y a su través no hemos visto un ulcer, no debemos ya dar por finalizada la exploración intraduodenal sin antes introducir el dedo índice hasta alcanzar el tapón oclusor para, sirviéndonos de este dedo interno y del pulgar, apoyado en la cara serosa, palpar bien el resto de la primera porción y el primer ángulo. Extracción del tapón, tirando del hilo fiador.

Si se ha encontrado un nicho, no hay más que cerrar longitudinalmente, con una sutura continua, la incisión practicada, dejando el tapón en su sitio, cambiar de guantes y material e iniciar la resección con la técnica preferida, extrayendo el tapón oclusivo antes de cerrar el muñón duodenal, si se practica un Billroth II, o al comenzar la perforante anterior, si se hace un Billroth I.

Cuando la A.-P.-B. ha sido negativa hay que cerrar con cuidado la incisión y en dos planos. Si la hendidura no es muy larga, transversalmente al eje gastroduodenal; pero si se juzga excesivamente amplia puede estrecharse suturando sus dos extremos longitudinalmente y en dirección transversal la porción intermedia. No se deja desagiüe.

RESUMEN.

El autor defiende la tesis de que la simple inspección y palpación de las regiones yuxtapilórica gástrica, pilórica y de la primera porción del duodeno no ofrecen la garantía suficiente para negar, en determinados casos, la existencia de un ulcer razonadamente sospechado, y como cree contraindicada la resección sin un hallazgo terminantemente positivo, practica de un modo sistemático la antro-piloro-bulbotomía exploradora (y más rara vez la gastrostomía in-

dependiente) si la inspección externa y la palpación cuidadosa del estómago y del duodeno no permiten comprobar objetivamente el ulcer. Ha ejecutado 172 antro-piloro-bulbotomías y 12 gastrostomías (seis de ellas combinadas con las primeras). De las antro-piloro-bulbotomías resultaron positivas 60 (35 por 100) y negativas, sin ulcer, 112 (65 por 100). Si a estas exploraciones intracavitarias negativas se agregan 62 simples laparotomías exploradoras, realizadas ya hace bastantes años, y se comparan con 2.870 resecciones con hallazgo positivo en la pieza, resulta un 6 por 100 de errores diagnósticos quirúrgicamente comprobados.

SUMMARY

The writer supports the view that simple inspection and palpation of the gastric justapyloric and pyloric regions and of that of the first duodenal portion do not afford sufficient grounds for rejecting, in certain cases, the presence of an ulcer when there is reason to suspect it. And since he considers that resection is contraindicated without definitely positive findings, he carries out exploratory antro-pyloro-bulbotomy (and, less frequently, independent gastrostomy) in a systematic manner, if external inspection and careful palpation of the stomach and duodenum do not enable the ulcer to be verified objectively. He has performed 172 antro-pyloro-bulbotomies and 12 gastrostomies (six of them combined with the former). Of the antro-pyloro-bulbotomies, 60 (35 %) were positive and 112 (65 %) negative, without ulcer. If 62 simple exploratory laparotomies performed some time ago are added to these negative intracavitary examinations and the number is compared with 2.870 resections in which the findings were positive in the specimen, there is 6 % of diagnostic error surgically verified.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Verfasser verficht die These, dass bei gewissen Fällen die einfache Untersuchung und Austastung des pylorusnahen Magengebietes, der Pylorus und des ersten Teiles der Zwölffingerdarmes keine genügende Garantie bietet um die Möglichkeit eines Ulcus auszuschliessen, wenn für sein Bestehen ein wohlbegündeter Verdacht vorliegt; da der Verfasser aber eine Resektion ohne positiven Befund für kontraindiziert hält, führt er systematisch eine Antrum-Pylorus - Duodenalkappentomie zur Untersuchung durch (in seltenen Fällen auch unabhängig davon eine Gastrostomie), falls weder durch die äussere Inspektion, noch einer sorgfältigen Austastung des Magens und Zwölffingerdarmes eine objektive Bestätigung für den Ulcus erbracht werden kann. Der Author hat 172 Antrum - Pylorus - Duodenalkappentomien und 12 Gastrostomien (sechs in Zusammenhang mit den ersteren) vorgenommen. Die Antrum-Pylorus - Duodenalkappentomien erbrachten 60

(35 %) positive und 112 (65 %) negative Ergebnisse, d. h. keinen Ulcus. Wenn man diesen negativen Untersuchungen innerhalb der Kavität noch die 62 einfachen Untersuchungslaparotomien hinzufügt, die schon vor einigen Jahren durchgeführt wurden, und Vergleiche mit den 2.870 Resektionen mit positiven Befunden im Stück anstellt, so erhält man 6 % chirurgisch nachgewiesene diagnostische Irrtümer.

RÉSUMÉ

L'auteur défend la thèse de que la simple inspection et palpation des régions yuxtagpylorique gastrique, pylorique et de la première portion du duodène, n'offrent pas une suffisante garantie pour nier, dans certains cas, l'existence d'un ulcus raisonnablement soupçonné. Et com-

me il considère contre-indiquée la résection sans un fait nettement positif, il réalise systématiquement l'antro-pyloro-bulbotomie exploratrice (et rarement la gastrostomie indépendante) si l'inspection externe et la soigneuse palpation de l'estomac et du duodène, ne permettent pas de confirmer objectivement l'ulcus.

Il a réalisé 172 antro-pyloro-bulbotomies et 12 gastrostomies (dont 6 combinées avec les premières). Des antro - pyloro - bulbotomies 60 furent positives (36 %) et 112 négatives, sans ulcus (65 %).

Si on ajoute à ces explorations intracavitaires négatives, 62 simples laparotomies exploratrices, réalisées il y a déjà plusieurs années, et on les compare avec 2.870 résections avec fait positif dans la pièce, il résulte un 6 % d'erreurs diagnostiques chirurgicalement démontrés.

NOTAS CLINICAS

EMBOLISMO PRIMARIO DEL CIRCULO MENOR CON SINDROME DE POLISEROSITIS

C. JIMÉNEZ DÍAZ, P. DE LA BARREDA, R. CEBALLOS y J. RAMÍREZ-GUEDES.

Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas. Madrid.

Hemos tenido ocasión de hacer la siguiente observación, que reputamos extraordinaria bajo varios aspectos.

Una mujer, J. M. F., de treinta y seis años, de Canarias, casada, ingresó en nuestro Servicio con una historia de hinchazón de vientre desde un año antes. Había tenido cinco hijos y un aborto y su salud era perfecta, sin quejarse de nada ni haber tenido enfermedades anteriores, hasta que empezó a notar que se le hinchaba el vientre de modo progresivo, disminuyendo con el reposo. Poco después presentó ruidos de tripas y períodos alternos de diarreas amarillentas con otros de normalidad. Más tarde, a la par que la hinchazón del vientre aumentaba, aparecieron edemas de extremidades inferiores y unas décimas, al principio hasta 37,5, que en los días que precedieron a su ingreso llegaba por las tardes a 39%.

La encontramos intensamente disnea, pálida y cianótica, con un cierto tinte terroso; algo obnubilada, respondiendo mal a las preguntas. El hemitórax derecho, con una amplia matidez, correspondiente a una pleuresia con gran derrame. En el hemitórax izquierdo algunos estertores y matidez también en la base. Taquicardia con presiones de 11/7,5. Gran ascitis a tensión que dificulta la palpación, pero se aprecia por chafoteo hígado aumentado. Edema en las extremidades inferiores e iniciados en las manos. S. N., nada anormal.

En todos los análisis que aportaba aparecía anemia intensa alrededor de los 2,5 millones, leucocitosis de 10.000-14.000 con neutrofilia hasta 73. Velocidad de sedimentación entre 50 y hasta 100 de índice. Orinas con-

densadas sin albúmina ni otros elementos anormales. Wassermann y similares, hemocultivos, aglutinaciones pruebas de función hepática, todo negativo.

Se hizo punción pleural, extrayendo 300 c. c. de la pleura derecha de un exudado con Rivalta muy positivo, 21 por 1.000 de proteínas totales y 93 por 100 de linfocitos. Sin gérmenes. Los exámenes ulteriores de sangre dieron resultados similares: anemia, alrededor de 2-2,5 millones, leucocitosis moderada con neutrofilia y velocidad de sedimentación muy alta. El espectro electroforético demostró hipalbuminemia con hipergammaglobulinemia. Los lípidos totales eran de 940 mg. por 100; colesterina, 145 (ésteres, 80). La radiografía daba gran derrame en el lado derecho; corazón desviado, pero no claramente grande. El EKG, bajo voltaje, sin patrón pericárdico.

En vista de todo este cuadro, eliminadas otras posibilidades, hicimos el diagnóstico de poliserositis tuberculosa, con exudados peritoneal y pleural, y posiblemente pericárdico. Sorprendían su obnubilación, la intensidad de la disnea, la cianosis y la anemia. La punción evacuadora de la pleura no mejoró ni la cianosis ni la disnea, contra lo que era de esperar; la respiración con oxígeno por catéter tampoco influyó esos signos. Esto nos hizo aceptar una constricción pericárdica, aunque el EKG no era típico y no había estasis yugular. En cuanto a la anemia, motivó un mielograma por punción esternal, en el cual se encontró con sorpresa una intensa proliferación reticular y roja; la hiperplasia reticular era muy intensa, apareciendo al lado de formas micro otras macrolinfoides con hiperbasofilia, grandes, a veces con dos núcleos. En cuanto a la de la serie roja, que era difusa, se acentuaba en formaciones insulares; en el último análisis de sangre periférica llegaron a aparecer hasta 12 por 100 de formas nucleadas rojas. Lo cual hizo pensar en una posible eritroblastosis del adulto al doctor PANIAGUA, siendo muy verosímil también su naturaleza reactiva anespecífica como los estados leuco-eritroblásticos que se ven a veces en neoplasias o en infecciones tuberculosas generalizadas.

La cianosis y disnea se empezaron a acompañar de progresiva taquicardia y coíapso vasomotor periférico que no reaccionó a nada, falleciendo en este colapso progresivo a los cinco días de su ingreso.

En la *autopsia*, al abrir el tórax, apareció intensísimo