

## LA ELECCIÓN DEL MÉTODO OPERATORIO EN LA PERFORACIÓN LIBRE DE LA ÚLCERA GASTRODUODENAL

J. P. RODRÍGUEZ DE LEDESMA

Cirujano del Hospital Provincial de Cáceres

En un total de 208 casos quirúrgicos de úlcera gástrica he asistido en mi servicio de Beneficencia y en mi sanatorio particular, cincuenta y seis casos de perforación libre.

La mortalidad total de 26 casos (46 por 100) comprende 47 casos intervenidos con 17 muertes (35 por 100) y 9 casos no intervenidos por su gravedad de muerte próxima.

Los casos intervenidos antes del año 1941 están resumidos en el cuadro I. En esta época, trataba yo

Por lo demás, la frecuencia con que veo antiguos gastroenterostomizados, bien sea por mí o por otros cirujanos, que acuden con molestias sospechosas de úlcera péptica, o con nichos secundarios visibles en pantalla, me ahuyenta de la práctica de la G. E. en los perforados y espero que no pase mucho tiempo para que mi conducta operatoria quede reducida a la resección en casos favorables, o al simple cierre de la úlcera en los graves.

ANESTESIA. — Hasta el 1941, operaba todos los casos de perforación con anestesia etérea, previa inyección de algún preparado de morfina y escopolamina. En dos casos empleé raquianestesia distal con pantocaína y anestesia de espláncnicos, conforme a la técnica que vi emplear a Haberer, en el año 1933, para resecciones por úlceras no perforadas.

En otros dos casos empleé el Peræctón como anestesia de base, completando la narcosis con éter. En

Cuadro I. — HASTA EL AÑO 1940 INCLUSIVE

	0-6 horas		6-12 horas		12-24 horas		Más de 24 h.		Totales		Mortalidad por 100
	Núm.	+	Núm.	+	Núm.	+	Núm.	+	Núm.	+	
Sutura simple .	3	1	2	0	8	3	5	4	18	8	44,4
Sutura y G. E. .			2	0	1	1			3	1	33,3
No operados. .					2	2	7	7	9	9	100
Totales. .	3	1	4	0	11	6	12	11	30	18	60

los enfermos con preferencia con la simple sutura, reservando la gastroenterostomía para algunos casos de úlcera pilórica o duodenal con gran edema de los tejidos o estrechez pilórica manifiesta, o que, por ser los tejidos muy friables, se cortaban al aplicar los puntos de sutura de la perforación. En este último caso cerraba con omento y realizaba una gastroenterostomía de boca amplia, generalmente retrócolica, pero en un caso antecólica, a fin de reducir las manipulaciones, por el estado de gravedad del enfermo.

En 1941 realicé una resección en un perforado reciente, con buen estado general, sin frecuencia de pulso y con un peritoneo escasamente contaminado. Se trataba de un estómago fácil, con una úlcera pilórica perforada y duodeno móvil. La sugestión había nacido de una conversación con el doctor PUIG

otro caso utilicé el Evipán y continué con éter. A partir de 1941 he empleado exclusivamente la anestesia local precedida de un narcótico (narcofin, escofedal, sedofrén o simple morfina). En los últimos tiempos he suprimido el narcótico previo. En cuanto a la anestesia de espláncnicos, la practico siempre que espero maniobras complicadas. No prescindo nunca de ella en estómagos pequeños y difícilmente exteriorizables, en úlceras de curvatura menor altas con gran retracción de epiplón menor; en úlceras callosas pilóricas que tienen intensa periduodenitis retráctil; cuando existe invasión por proceso retráctil del ligamento hepatoduodenal, cuando existen adherencias fuertes con hígado, o cuando hay participación de vías biliares.

La anestesia exclusiva de pared me ha permitido operar sin dolor o con dolor muy tolerable, en casos

Cuadro II. — DESDE EL AÑO 1941 HASTA LA FECHA

	0-6 horas		6-12 horas		12-24 horas		Más de 24 h.		Totales		Mortalidad por 100
	Núm.	+	Núm.	+	Núm.	+	Núm.	+	Núm.	+	
Sutura simple .					2	1	1	0	3	1	33,3
Sutura y G. E. .			5	0	3	2			8	2	25
Resección .	6	3	6	1	3	1			15	5	33,3
Totales. .	6	3	11	1	8	4	1	0	26	8	30,7

SUREDA, quien hablaba de las ventajas de la resección primaria en casos elegidos. Realicé un Polya con amplia boca y quedé impresionado de la evolución excepcionalmente buena del caso. Desde esta fecha, mi inclinación a la resección primaria de los perforados aumenta.

de estómagos grandes, de fácil desplazamiento, con largo duodeno, que son los que con menos frecuencia ha encontrado en los perforados. En general, la ligadura de la gastroepiploica izquierda duele siempre algo, pero si se empiezan por aquí las ligaduras, las del resto de la curvatura mayor no suelen doler.

También causa siempre dolor, y esto aun cuando se anestesien espláncnicos, el momento de ligar la coronaria estomáquica, o mejor dicho, el omento menor, en la región yuxtacardiaca, y por esto, en los casos de perforación en procesos ulcerosos antiguos de ángulo o más arriba, procuro, si puedo, dar un punto de anestesia cerca del cardias por la curvatura menor, a fin de que el enfermo no me dificulte con sus movimientos de defensa, esta maniobra.

**INCISIÓN.** — La laparotomía media supraumbilical no debe descender hasta el ombligo, sino que debe quedar dos dedos por encima de él. Tal incisión la considero de gran importancia por dos razones: primera, porque con ella resulta más fácil contener la evisceración con una compresa doblada sostenida por un ayudante o aun sin compresa, cosa muy fundamental para la práctica de la resección, toda vez que el perforado suele ejercer una presión más violenta que el no perforado; y segunda, porque el peritoneo parietal que está por encima del extremo inferior de esta incisión es grueso y desplazable, mientras que el que está entre dicho límite y el ombligo, es tenso y fino, de modo que al cerrar la pared se puede conseguir una buena sutura del peritoneo parietal, sin que ésta se rasgue y sin que estorbe gran cosa la tendencia de las vísceras a exteriorizarse, mientras que si la incisión se prolonga hasta el ombligo o más abajo, el peritoneo parietal de esta zona se rasga con los puntos de sutura y por los orificios asoman franjas epiploicas, quedando muy mal protegida la cavidad. En tal caso, puede ser necesario introducir una compresa de contención, para sobre ella, aproximar con violencia los bordes aponeuróticos de la incisión, sin que sea factible una buena peritonización parietal, con lo que se producirían adherencias parietales que conviene evitar. Pero, además, al extraer la compresa, se causan rozamientos violentos sobre los órganos abdominales, cosa opuesta a la dulzura con que debe procederse en cirugía gástrica. En los casos de estómagos fácilmente desplazables y perforaciones de fácil acceso, puede bastar una incisión de 10 u 11 centímetros. Tal incisión puede resultar insuficiente o incómoda para alcanzar los fines de la operación, bien porque es un estómago muy retraído, que se halla muy escondido debajo del hígado, bien porque este órgano grande o ptósico estorba, bien por retracción del epiplón menor, o bien por localización de la úlcera en la curvatura menor por encima del ángulo, sobre todo cuando exista tumor inflamatorio o calloso cerca del cardias. En tales casos, se puede prolongar hacia arriba la incisión hasta el apéndice xifoides si fuere necesario. Cuando la lesión está cerca del cardias, sobre todo si existen adherencias duras, puede resultar muy difícil liberar el estómago con esta incisión, y entonces, previa infiltración de la pared, se practicará una incisión horizontal y perpendicular a la anterior, que pase tangente al reborde costal izquierdo y liberando del peritoneo parietal y de los cartílagos el plano cutáneo muscular, se movilizan dichos cartílagos previas excisiones cuneiformes adecuadas, y de este modo se transversa hacia arriba el plano condral, como para las intervenciones sobre cardias o esófago inferior. De este modo se obtiene

un amplio campo para las ulteriores maniobras de ligaduras y suturas. Para las úlceras duodenales, sobre todo si hay complicaciones vesiculares ciertas o la duda de diagnóstico con perforación de vesícula biliar, puede ser útil la incisión propuesta por PRIZBRAN, oblicua desde el ángulo xifocostal hacia abajo y a la derecha, encima de la región condral de este lado, despegar la piel y tejido subcutáneo y a un nivel por debajo de los cartílagos seccionar los músculos abdominales y el peritoneo con la misma oblicuidad. Resulta con esta incisión que los planos cutáneos se han incidido más arriba que los planos musculares y peritoneal. Tal incisión, que hemos visto ejecutar al doctor GARCÍA BARÓN, permite un amplio campo sobre la región piloroduodenal y las vías biliares, y tendría la ventaja de evitar eventraciones. No tengo experiencia personal de esta incisión y creo que por su complejidad prolonga bastante la operación, por lo que no debe emplearse en casos de úlceras perforadas.

**TÉCNICA DE LAS MANIOBRAS INTRAABDOMINALES.** — Protegido el campo con compresas y colocado un separador automático, se procede a la exploración del estómago. Haciendo tracciones sobre el mismo, se le exterioriza, mientras un ayudante eleva el hígado con una valva. Si la salida abundante de líquido peritoneal impide ver el asiento de la perforación, se introduce el aspirador en la región subhepática y a ser posible se pinza el estómago por encima del presunto asiento de la perforación mediante un clan. Descubierta el orificio, se decide rápidamente la conducta a seguir, según las circunstancias: sutura simple, escisión y sutura, sutura y gastroenterostomía o resección. Las preferencias no están unificadas ni acaso lleguen a estar. En efecto, cada cirujano prefiere aquellas técnicas que le proporcionan más éxitos, y éstos dependen de una porción de factores tan variables, que si se examinan una serie de estadísticas procedentes de varios cirujanos reputados, no será posible poner de acuerdo los números. La elección del método operatorio ha de depender del enfermo, del operador y del ambiente en que la intervención haya de ejecutarse. El enfermo puede influir en el pronóstico operatorio por la fecha de la perforación, por su edad, por el título de acidez de su jugo, por el contenido gástrico en el momento perforativo, por el tamaño y situación de la úlcera, por la coexistencia de otras úlceras, por el estado de su aparato circulatorio o respiratorio y por otras muchas circunstancias individuales.

El mejor pronóstico se obtiene operando dentro de las doce horas; pasado este tiempo, el índice de mortalidad aumenta vertiginosamente. Es dentro de este período de tiempo cuando el desacuerdo de los cirujanos es mayor. Unos bogan por la simple sutura, otros por la escisión de la úlcera, algunos defienden la sutura seguida de gastroenterostomía y otros, en fin, la resección primaria.

La simple sutura es la intervención de más antiguo abolengo. Fué intentada, primeramente, por MIKULICZ, en 1880, sin conseguir el cierre de la perforación. En 1883, la ejecutó ROUX por primera vez, muriendo el enfermo, y en 1892, la practicó HEUS-SER, obteniendo la curación del enfermo.



Es la operación que debe elegirse en todos los casos en que la poca experiencia del cirujano o las circunstancias del ambiente (clínicas deficientemente dotadas, u operaciones domiciliarias de necesidad), se opongan a la práctica reseccionista. La sutura de la perforación tiene algunas variantes dignas de tenerse en cuenta, que son: a) la cauterización de la úlcera; b) la escisión de la misma; y c) el cierre con epiplón. La cauterización, procedimiento de BALFOUR, no tiene gran difusión. La escisión con bisturí eléctrico es defendida por algunos. Más partidarios tiene el cierre con epiplón en todos los casos que no deban resecarse y en los que los bordes callosos o el edema inflamatorio impiden obtener una buena sutura o ésta sólo puede conseguirse produciendo una estrechez pilórica. En tales casos, la epiploplastia resuelve el problema, dejando para más tarde la resección.

Otra operación muy ejecutada es la gastroenterostomía, previa sutura de la perforación. Fué practicada primero por BRAUM, en 1897. Con los progresos de la cirugía gástrica, ha tomado gran incremento y aun hoy hay muchos cirujanos que la consideran como la técnica de elección. Los defensores de la gastroenterostomía la utilizan:

1.º Como operación complementaria cuando después de la sutura de una perforación piloroduodenal queda una estrechez pilórica a causa del tumor inflamatorio de la región.

2.º Como operación de elección, por estimar que la G. E. cura la úlcera gástrica.

3.º Por estimar que la úlcera suturada de la región piloroduodenal sólo puede curar con estenosis.

Debe desestimarse el primer extremo para justificar la G. E., porque la sutura correctamente ejecutada en dirección perpendicular al eje del estómago no causa más que una estrechez transitoria, porque el edema inflamatorio decrece rápidamente y restablece la permeabilidad pilórica (KURT, WEESE).

El segundo extremo tampoco es defendible hoy, que no se admite sino por excepción que la G. E. cure la úlcera gástrica. Tampoco se admite que la simple sutura de la perforación cure la úlcera; en cambio, puede determinar nuevas úlceras, nuevas perforaciones, estenosis pilórica cicatricial, grandes gastrorrasias o degeneración maligna (WEESE).

Cuadro III. — RESULTADO DE LOS DIFERENTES TRATAMIENTOS Y PORCENTAJE DE MORTALIDAD

TRATAMIENTO EMPLEADO	Número de casos	Fallecidos	Mortalidad por 100
Resecados . . . . .	15	5	33,3
Sutura y G. E. . . . .	11	3	27,2
Simple sutura . . . . .	21	9	42,8
Casos no operados por hallarse gravísimos . . . . .	9	9	100
Totales. . . . .	56	26	

En cambio, se culpa a la gastroenterostomía de persistir las molestias. Tales molestias no se presentan inmediatamente después de la operación, sino después de un plazo más o menos largo, pudiéndose

decir que se presentan en una proporción de casos mayor cuanto más tiempo ha transcurrido de la fecha de la operación.

En muchos casos tales molestias indican simplemente la persistencia de la úlcera o la aparición de brotes de gastritis. En otros, son las manifestaciones de un úlcus péptico jejuni. Según ZUCKSCHWERT, esta complicación se daría en un 50 por 100 de casos.

Estos hechos, más la atracción que sobre los cirujanos ejerce el éxito de la resección en la úlcera no perforada, ha sido la causa de que se defiendan el criterio de la resección primaria en la perforación ulcerosa libre. La primera resección primaria seguida de éxito fué practicada por KEETLEY, en 1902 (CORACHÁN), siendo popularizada por HABERER.

Los defensores de la resección primaria, basan su criterio en los siguientes puntos de vista:

1.º Con una sola intervención se resuelve, no sólo el problema de la perforación, sino el de la úlcera; por lo tanto, no habrá que temer para el futuro ninguna de las consecuencias inherentes a la persistencia de la enfermedad ulcerosa, o sea, nueva perforación, hemorragia, estenosis y degeneración maligna.

2.º Resuelve el tratamiento de las úlceras múltiples.

3.º Resultados más duraderos y constantes en el tratamiento de la enfermedad con la resección que con la gastroenterostomía o la extirpación de la úlcera.

4.º Supresión del foco séptico representado por la úlcera.

5.º Peligro más reducido de que se presente la úlcera péptica con la resección que con las otras intervenciones; y

6.º En casos debidamente elegidos, la resección no aumenta la mortalidad.

Este último punto es la piedra de toque de todo el problema y representa un punto muerto, que sólo el futuro puede decidir, sobre la base del estudio de las estadísticas.

Para que la resección tenga una indicación correcta, ha de recaer sobre casos elegidos. Es decir, en casos de poca gravedad, recaídos en sujetos de buenas resistencias orgánicas para la intervención. Pero lo difícil es tener un criterio para elegir bien los casos y por eso las estadísticas no llegan a conclusiones uniformes, porque cada cirujano tiene su modo personal de apreciar la gravedad de los casos y las resistencias físicas de los enfermos. En general, las estadísticas comparan los resultados obtenidos cuando la perforación se opera dentro de las doce primeras horas, pero la precocidad de la operación no es el único factor decisivo para el pronóstico, como justamente sostiene HABERER, sino que hay que tener en cuenta el estado general. Por esto hemos referido a las doce primeras horas la discusión de las indicaciones, sin que esto quiera decir que consideremos absolutamente prohibitivo resecar, si el tiempo transcurrido es mayor. Por el contrario, puede ofrecerse el caso de una perforación más tardía, que se juzgue adecuada para la resección y otra, muy precoz, en donde la resección no deba efectuarse. Lo que sí puede afirmarse, es que para un mismo enfermo la resección o cualquiera otra intervención que se realice es

tanto más propicia al éxito, cuanto con más precocidad se ejecute.

La edad es un factor de importancia, pero cada sujeto tiene su edad orgánica, que no corresponde forzosamente con la cronológica. Sujetos hay, de cincuenta y más años, que resisten la resección mejor que otros de veinte a treinta. Lo mismo puede decirse de otras circunstancias, que puedan modificar el pronóstico y fundamentar la elección de una técnica más o menos cruenta. Corpulencia, hábito, temperamento, sexo, condición social, coexistencia de otras enfermedades, situación fácil o difícil de la úlcera para la resección, multiplicidad de úlceras o perforaciones, momento alimenticio de la perforación, taras orgánicas, etc., que no analizamos por no hacer este trabajo interminable, pero que no es posible dar reglas generales, sino que han de valorarse en cada caso concreto y con un criterio personal.

Cuadro IV

EDAD	Número de casos	Fallecidos	Mortalidad por 100
20 a 30 años . . . .	12	4	33
30 a 40 años . . . .	20	7	35
40 a 50 años . . . .	16	9	56
50 a 60 años . . . .	7	5	71
Más de 60 años . . . .	1	1	100

Cuatro elementos de pronóstico quiero enjuiciar brevemente, a saber:

El contenido peritoneal, el estado del pulso, la fórmula leucocitaria y la situación de la perforación.

El contenido peritoneal tiene, en general, un carácter alimenticio en las perforaciones gástricas y bilioso en las duodenales. Digo en general, porque el carácter bilioso lo he visto repetidas veces en perforaciones que asentaban en el estómago, y hasta lejos de la región pilórica. Asimismo he podido apreciar contenido ni alimenticio ni bilioso, sino exclusivamente líquido, en perforaciones ocurridas sin tomar alimentos, por ejemplo, en ayunas, de madrugada. En estos casos (tres observaciones), pude apreciar que el contenido líquido del peritoneo fue muy abundante y ácido. Pues bien, estos enfermos, dos resecados (Bilroth I, técnica de Haberer) y un gastroenterostomizado, evolucionaron de un modo excepcionalmente favorable. El que se operó más tardíamente (G. E.), lo fue a las doce horas aproximadamente (no pudo apreciarse el momento del dolor inicial) y no tenía apenas pus, sino un abundante líquido poco turbio, ligeramente verdoso, con muy escasos depósitos fibrinosos. Los otros dos casos fueron intervenidos precozmente (cuatro y ocho horas) y también tenían abundante líquido, con escasa infección peritoneal. Otros casos han tenido peor pronóstico, aun operados precozmente, cuando el contenido ha sido abundantemente alimenticio o bilioso, pero tampoco esto ha sido una regla constante.

El contenido intensamente purulento suele dar mal pronóstico a la intervención, pero he tenido varios casos que evolucionaron bien. Uno de ellos operado en mis primeros tiempos de cirujano (1931) es muy expresivo en este sentido.

Se trataba de un hombre de cuarenta y ocho años con historia antigua de ulceroso, que tuvo un accidente agudo de vientre referible a veinticinco horas antes. El examen clínico dio contractura difusa, falta de macidez hepática, respiración costal, dolor que no se había calmado con morfina, falta de expulsión de gases, 110 pulsaciones, 38° de fiebre, facies angustiosa, no expulsión de gases, 22.000 leucocitos, 88 polinucleares (no se hizo hemograma). Trasladado rápidamente al Hospital, fué intervenido, hallando úlcera yuxtapilórica de curvadura menor, perforada, bordes duros, tamaño de una moneda de dos céntimos, abundante pus espeso, con algún resto alimenticio (sopa y verduras). No tenía aspirador y practiqué una sutura serosa y, para mayor seguridad, di otros dos puntos encima. G. E. retrocólica. Coloqué un drenaje subhepático con gasa (error técnico) y cerré en tres planos, los dos profundos con catgut y el de piel con seda. El enfermo estuvo dos días con pulso de unos 150 y al tercer día extraje el drenaje. A los ocho días falló la sutura y tuvo una eventración casi total del intestino delgado; reduje la eventración y como pude practiqué cuatro puntos de aproximación con seda a modo de pares de vientre, y después una sutura entrecortada de la piel.

El enfermo, después de la natural infección de la herida, fué dado de alta a los 34 días.

La existencia de abundante líquido negruzco ha sido denunciado por BARÓN, como de excepcional gravedad pronóstica, y yo lo he comprobado en uno de mis casos, hombre de 58 años, que fué operado a las tres horas de una perforación pilórica y falleció seis horas después (sutura).

Asimismo es sumamente grave el encontrar las asas delgadas difusamente enrojecidas y con escasos depósitos de fibrina, signo cierto de una peritonitis difusa de gran toxicidad.

La localización de la úlcera, condiciona el pronóstico por la dificultad que ofrezca para las maniobras operatorias. Por regla general, la perforación libre ocurre en la cara anterior de estómago o duodeno, lo que da una gran facilidad para la resección, por cuanto no exige difíciles maniobras de despegue en la región del ligamento hepatoduodenal o en la zona pancreática, cual acontece de ordinario en las úlceras no perforadas. En los casos menos frecuentes, en que la úlcera asiente en estas regiones o en la parte alta de la curvadura menor, en que la resección resulta difícil o dilatoria, debe rechazarse esta operación y sustituirla por el simple cierre de la úlcera, y en caso de necesidad, por la G. E. complementaria.

Una taquicardia de más de 120 da un pronóstico muy grave. Una taquicardia más moderada (de noventa a ciento) permite, a veces, intervenciones de gravedad. El ideal es, desde luego, intervenir al enfermo en fase de bradicardia. La apreciación de este síntoma exige cierta sagacidad, por cuanto muchos enfermos ofrecen una taquicardia aparente por las circunstancias emocionales del momento. Pero, además, los enfermos que llegan de largas distancias y en transportes sumamente incómodos y difíciles, ofrecen una taquicardia muy grande, que se les corrige si se les permite un reposo de dos horas. Es lo que se tarda, poco más o menos, en preparar el quirófano, de modo que se caliente al enfermo y se le administran los tónicos y analépticos indispensables y después suelen apreciarse favorables modificaciones del pulso y la calorificación del sujeto.

En cuanto a los datos de sangre, en la tesis de ABRIL, de la Clínica de Valdecilla, se hace un estudio metódico de las alteraciones del recuento y el



hemograma, altamente acertado. Yo, en lo que se refiere a la perforación gástrica, procedo con el siguiente criterio. Considero de buen pronóstico una leucocitosis preoperatoria, no superior a 17 ó 20.000 hematíes si la desviación regenerativa es escasa. Un número de cayados que se aproxima al 40 por 100 me da muy mal pronóstico. Si la desviación regenerativa, aún siendo moderada, no se acompaña de leucocitosis, el pronóstico también resulta gravísimo.

En ningún caso me basta el recuento y hemograma para decidir el pronóstico operatorio. Cuatro casos muy recientes, cuya historia procuraré esquematizar, ofrecerán un buen ejemplo de la falta de concordancia entre el pronóstico y los datos leucocitarios.

I. — F. P., 27 años. Ingresa en el hospital a las cuatro de la tarde con cuadro perforativo referible a ocho horas antes. Tiene todos los signos clásicos de perforación. No hay neumoperitoneo visible a radioscopia. Pulso, 129; temperatura, 37.2; tensiones, bajas. Ligero enfriamiento de las extremidades. Leucocitos, 14.000; basófilos, 0; eosinófilos, 0; mielocitos, 0; juveniles, 1; cayados, 22; Segmentados, 71; linfocitos, 6.

*Operación.* — Úlcera perforada de curvatura menor a nivel de ángulo. Contenido intensamente purulento. Simultáneamente con la anestesia local de pared se hace una transfusión de 300 c. c. de sangre conservada. Sutura simple. Falleció a las seis horas de operado.

II. — E. L., 43 años. Ingresa con síntomas de perforación ocurrida diez horas antes. Había sido operado en Salamanca hace cinco años por úlcus de curvatura menor (gastroenterostomía). Neumoperitoneo positivo a radioscopia. Pulso, 120; Tensiones, normales. Temperatura, 36.8. No vómitos. Anuria desde el momento del dolor. Buena circulación capilar. Leucocitos, 27.200; basófilos, 0; eosinófilos, 0; mielocitos, 0; juveniles, 0; cayados, 63; segmentados, 25; linfocitos, 10; monocitos, 2.

*Operación.* — Úlcera péptica perforada en la parte anterior izquierda de la sutura de gastroenterostomía. Intestino con peristaltismo. Serosa poco enrojecida. Resección de estómago y yeyuno. Sutura término-terminal gastroduodenal (técnica de Haberer); sutura término-terminal de yeyuno. La evolución de este caso ha sido excepcionalmente buena a pesar de la intensa desviación regenerativa del cuadro hemático, pero con la particularidad, de que este cuadro lejos de mejorar, se empeoró después de la operación y, sin embargo, el estado general del enfermo era absolutamente bueno. Así el pulso que era de 130 al comenzar la intervención, descendió a 110 al acabar ésta y descendió también a cifras normales en las primeras 24 horas. No tuvo fiebre en el postoperatorio ni otro incidente que justificara la gravedad del cuadro hemático. A las 24 horas tenía 40.400 leucocitos con 69 cayados, 24 segmentados, 6 linfocitos y 1 monocito y, sin embargo, el enfermo tenía lengua húmeda, buena respiración, bebía agua y se paseaba por la sala sin el menor síntoma de gravedad. A las 48 horas tenía: Leucocitos, 38.900; mielocitos, 3; juveniles, 2; cayados, 24; segmentados, 60; linfocitos, 8; monocitos, 2. A las 72 horas: Leucocitos, 13.600; cayados, 13; segmentados, 69; linfocitos, 16; monocitos, 2. El resto de la evolución del cuadro hemático no interesa transcribirle.

III. — J. S., 62 años. Cuadro perforativo referible a 29 horas antes. Neumoperitoneo. Pulso, 100; temperatura, 36.9. Buen estado general. Leucocitos, 21.000; cayados, 38; segmentados, 45; linfocitos, 17.

*Operación.* — Úlcera pilórica perforada. Contenido muy purulento. Sutura simple. Evolución favorable, pero tuvo un absceso subfrénico que hubo que intervenir. Curación.

IV. — A. C., 43 años. Ingres a las 13 horas del dolor inicial. Neumoperitoneo, positivo; pulso, 130; tensiones, normales; leucocitos, 21.000; cayados, 25; segmentados, 64; linfocitos, 11.

*Operación.* — Úlcera duodenal perforada en cara anterior y otra con gran nicho pancreático y tumor inflamatorio en la posterior. Resección (Polya). Curación.

Estos cuatro casos y otros que podría citar demuestran el desacuerdo del hemograma con el pronóstico operatorio.

Se ha hablado de que el contenido ácido del estómago impide durante un cierto número de horas que la peritonitis sea bacteriana y de aquí la práctica seguida por algunos de lavar el peritoneo con soluciones clorhídricas diluídas.

Ya los antiguos estudios de CUSHING y LIVINGOOD (*Körte-Handbuch d. pract. Chir.*, 3, 48, 1913), han demostrado que las zonas de los tramos altos del aparato digestivo tienen menos septicidad que la de los inferiores, sin duda por la acción de los jugos digestivos. Pero esto debe durar muy poco tiempo y de ningún modo puede aceptarse que exista un plazo de tiempo fijo y determinado, durante el cual, el líquido vertido en el peritoneo permanezca estéril y apto para realizar una intervención sin riesgo de infección. A este criterio se opone la variabilidad del tipo de acidez y del contenido gástrico vertido en cada caso individual, que ofrece una numerosa gama de variaciones. Los estudios de JUDINE, quien sólo halló líquido estéril en once casos de perforación de cien casos estudiados, confirman esto. Otros manejando estadísticas más pequeñas conceden un porcentaje mayor de líquido estéril (MEYER nueve casos entre quince) (CORACHÁN). La variabilidad de virulencia de la contaminación explica que incluso en intervenciones muy precoces exista cierta mortalidad (CORACHÁN). Así lo prueban los casos de JUDINE, en los que sobreviven todos los de líquido estéril y en la autopsia de los fallecidos de peritonitis con suturas intactas se hallaron cultivos puros de estreptococos (citado por CORACHÁN). De todo; modos es inevitable aceptar que el líquido siempre sea séptico, porque la úlcera es un foco microbiano exacerbado por el proceso de gastritis precursor de la perforación. Pero, además, la producción de una peritonitis, aun cuando aséptica, hace bajar bruscamente el título de acidez gástrica, quitando al jugo sus presuntas virtudes esterilizadoras (estudios de LOHR, citados por ROST).

Resulta de todo lo dicho que no disponemos de un criterio firme para puntualizar la técnica que debe elegirse en un caso concreto. Las estadísticas, con su frialdad, podrán inclinar el ánimo por una u otra técnica, pero no bastan para establecer un criterio en casos individuales.

El estudio de hemogramas seriados, como propone ABRIL en su tesis, merece ser tomado en consideración, en las perforaciones cubiertas, pero no sirve en la perforación libre.

No habiendo, por consiguiente, ningún signo que permita eliminar el factor personal para la elección de técnica a seguir, ésta ha de hacerse según el criterio del cirujano, valorando con ecuanimidad los factores antedichos, y su capacidad técnica, prefiriendo la resección en los casos en que ésta se estima factible y la sutura en los que se juzgue excesivamente peligrosa.

Cuando la operación haya de practicarse pasadas las doce primeras horas, sólo por excepción debe elegirse la resección como técnica operatoria; la operación será la más rápida y menos cruenta, por lo tanto, la simple sutura, reservando la resección para una

fecha ulterior. Los éxitos operatorios disminuyen a medida que la operación se aleja. Pasando las veinticuatro horas las posibilidades operatorias disminuyen aún más.

Las estadísticas que presento no pueden ser tomadas por base para establecer conclusiones. Adolecen del defecto de ser escasas y de resumir períodos muy diversos en mi evolución como cirujano, con medios y técnicas muy distintos y difíciles de comparar. El número de resecaos alcanza la cifra de 15, con 33 por 100 de mortalidad; el primero en 1941 y los otros en 1942 y lo que va del 1943.

Algo se distancia de otras estadísticas modernas (KIRSCHNER 21.4 por 100; USADEL 32.9 por 100; BARON 18 por 100). La simple sutura me dió una mortalidad algo superior a la resección, lo cual parece ir en favor de la sutura, puesto que comprende los casos menos elegidos. La G. E. me ha dado una cifra favorable (27.2 por 100). De los 8 supervivientes a la gastroenterostomía, tengo noticias de 5. Uno de ellos, está bien al tercer año de operado. Tres, tienen molestias sin que se halle úlcus péptico a la exploración radiológica. Otro, está en el Hospital con molestias y se está estudiando. Y otro, que fué operado en 1939, estuvo bien hasta noviembre de 1942 en que tuvo un accidente agudo de vientre que se supuso sería de nueva perforación. Operado, se halló una peritonitis purulenta difusa, cuya causa no se pudo precisar. La boca de G. E. estaba bien; se extirpó el apéndice y falleció. Todo esto, me obliga a recelar de la G. E. y considero a la resección como procedimiento de elección en los casos convenientes y la simple sutura como procedimiento de necesidad cuando aquélla no deba hacerse.

¿Qué técnica reaccionista se preferirá en el perforado? Desde mi punto de vista sólo dos técnicas deben ser comparadas. Primero: la anastomosis término-terminal a lo Bilioth I con técnica de Haberer que es la que prefiero actualmente en el úlcus no perforado; y segundo: la clásica gastroyeyunostomía a lo Polya.

La primera, tiene la ventaja de hacerse todo en el departamento superior del abdomen sin contaminar las asas delgadas y de no exponer al úlcus péptico. Pero es más lenta, si bien en casos favorables con úlceras de cara anterior no lo es mucho más que el Polya. El segundo procedimiento es más rápido, pero obliga a maniobrar debajo del mesocolon y expone al úlcus péptico yeyuno más que la técnica de Bilioth I.

Comprendo que se ha escrito demasiado sobre la patogenia del úlcus péptico para que yo la dé por resuelta con esta afirmación, pero así me obliga mi estadística de úlceras pépticas de resecaos, que son cuatro.

Dos de ellos, que tuvieron confirmación operatoria, son los siguientes:

Una mujer de 32 años, que cinco años antes, había sido intervenida en Madrid por úlcera gástrica. Se la había practicado una amplia resección con anastomosis retrocólica a lo Polya. El otro ha sido un guardia civil de 33 años que, seis años antes, había sido asimismo intervenido en Madrid, practicándose una resección muy amplia con también anastomosis a lo Polya, pero antecólica. Este enfermo, cuando se presentó a mí, venía largo tiempo padeciendo un úlcus péptico de la boca de anastomosis con fístula gastroyeyunocólica y su estado

de nutrición era excepcionalmente precario. En ambos enfermos se hizo la misma intervención, o sea, una resección de estómago e intestino con anastomosis en Y de Roux; en el segundo enfermo se cerró el orificio cólico sin resear intestino grueso y el asa distal del yeyuno se pasó por el mesocolon transversal para transformar la anastomosis que traía antecólica en otra retrocólica. Ambos enfermos llevan curados más de un año.

No se puede culpar a defectos de técnica por economía de la resección la presentación de la úlcera péptica en estos casos. Muy al contrario, la resección había sido extraordinariamente amplia a tal extremo que no pude operarlos con una incisión media y me vi precisado a completar ésta con otra transversal y movilización del plano condral conforme a lo descrito al principio de este trabajo.

Los otros dos casos que conozco y que no tuvieron confirmación operatoria, pero sí radiológica, se refieren, uno, al de un enfermo que tampoco había sido operado por mí y que traía una amplia resección con la técnica de Polya. Tenía un nicho en la boca, de anastomosis, aparte de la sintomatología propia de la úlcera péptica. Y por fin otro caso de úlcera péptica después de la resección era el de un enfermo de 52 años que yo había intervenido un año antes practicándole una anastomosis a lo Bilioth I, pero no con técnica de Haberer, sino practicando una reducción de boca por el lado de curvatura menor con arreglo a una técnica de MIKULICZ. Tuvo un úlcus péptico que se diagnosticó en radioscopia y que no se operó, falleciendo más tarde de una neumonía cuando se disponía por fin a aceptar la intervención. Este caso no demuestra mucho, porque un hijo suyo a quien se le había practicado años antes una gastroenterostomía, también padeció úlcus péptico y le operé yo. Parece por lo tanto que existía una predisposición familiar ulcerosa.

Para terminar diré brevemente algunas palabras acerca de la técnica de NEUMAN y otras, sobre la movilización precoz de estos operados.

El drenaje gástrico a través de la úlcera perforada conforme a la técnica que describió NEUMAN, parece que los autores la reservan para aquellas úlceras que no son susceptibles de cerrar por sutura, ni el estado del enfermo permite la resección. No tengo experiencia personal y sin ella es muy difícil tener una opinión que merezca ser respetada. Pero si hemos de creer las estadísticas que dan WEESE y KURT, que resumen los trabajos realizados en la Clínica de Freiburg a las órdenes primero de KIRSCHNER y después de USADEL, la mortalidad que acusa esta operación es del 100 por 100. Bien es verdad que habrán sido los casos peores o desesperados los que han sufrido esta intervención y que habrá habido algunos éxitos que justifiquen la continuación de su práctica, pero a nosotros nos da la impresión de que, cuando sólo esta operación sea susceptible de ser practicada, es que el enfermo no debió ser operado por su excepcional gravedad. De todas formas su práctica sólo es factible cuando radique la perforación en regiones del estómago con fácil acceso, tales como la cara anterior, el antro o el cuerpo, para que la epiploplastia que hay que hacer establezca un fácil trayecto hasta la piel, para el drenaje del contenido gástrico.



En cuanto a la movilización de los resecados, es una práctica acogida con gran entusiasmo en nuestro país, sobre todo desde la aparición del libro de CAMPEANU (Postoperative Krankheiten). La difusión en España de la anestesia local, ha coincidido con esta práctica. Sea por una u otra causa o por ambas a la vez, lo cierto es que los enfermos evolucionan mejor, y que las complicaciones de aparato respiratorio han disminuído mucho. Pero no considero indispensable que se muevan necesariamente los enfermos desde la mesa de operaciones. Si el enfermo tiene taquicardia o disnea o simplemente se halla fatigado, yo le permito reposar y demoro la movilización prudente para algunas horas más tarde o al día siguiente.

Si el estado general es malo y el pulso muy frecuente, hago que los enfermeros levanten al enfermo pasivamente varias veces al día y le sienten en un sillón. En modo alguno les fuerzo a moverse cuando para ello necesitan un gran sacrificio de su voluntad.

## RESUMEN

La elección de método operatorio está subordinada a múltiples condiciones dependientes del enfermo, del operador y del ambiente operatorio, que han de ser valoradas de modo ecuánime en cada caso individual si se ha de proceder con acierto.

Dentro de las doce primeras horas la resección es el procedimiento de elección, reservándose la simple sutura para cuando aquélla no deba ejecutarse.

Pasadas las doce primeras horas disminuyen mucho las condiciones óptimas para resecar.

La gastroenterostomía y el procedimiento del Neuman no deben practicarse.

Ningún dato clínico ni de laboratorio basta por sí solo para establecer un pronóstico operatorio.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 WEESE y KURT. — Arch. f. Klin. Chirug., 201, 3, 1941.
- 2 KARL GRIEP. — Zbl. Chir., 2, 1942.
- 3 BEST. — Zbl. Chir., 38, 1940.
- 4 WILHELM, H. — Zbl. Chir., 4, 1941.
- 5 KLAGES, F. — Zbl. Chir., 17, 1941.
- 6 HOHMEIER, F. — Zbl. Chir., 22, 1941.
- 7 LATTANZIO, R. — Zbl. Chir. (ref. de Arch. Ital. Chir.), 1941.
- 8 WASCHULEWSKI. — Ref. en Zbl. Chir., 41, 1941.
- 9 BORTLESMANN. — Zbl. Chir., 13, 1941.
- 10 HARTZEL SOROCK. — Ref. en Zbl. Chir., 30, 1941.
- 11 HILLEBRAND. — Zbl. Chir., 40, 1941.
- 12 GREVILLIUS y GODERLUND. — Arch. Klin. Chir., 202, 3.
- 13 FORNI. — Arch. Klin. Chir., 202, 3.
- 14 PAUCHET, V. — Practique Chirurg. Illustré, 9, 1926.
- 15 LOEWY. — Journ. de Chir., 71, enero 1922.
- 16 LAURET. — Journ. Chir., 178, agosto 1921.
- 17 POWERS. — Surg. Gynec. a. Obst., 84, 1925.
- 18 PERA JIMÉNEZ. — Rev. Méd. Barcelona, 151, agosto 1932.
- 19 PAUCHET. — Practique Chirurg. Illustré, 3, 49, 1925.
- 20 MUGLAMAN-BOURGARDT. — Surg. Gynec. a. Obst., 294, septiembre 1927.
- 21 LINCOLN DAVIS. — Surg. Gynec. a. Obst., 294, septiembre 1927.
- 22 PABLOS ABRIU, J. — Rev. Clín. Esp., 8, 35, 1943.
- 23 BARÓN, G. — Rev. Esp. de Enfer. del Apar. Digest. y de la Nutr., 12, diciembre 1935.
- 24 FRANK ROST. — Pathologische Physiologie des Chirurgen. Leipzig.
- 25 HIMMELEMAN. — Deutsch. Zeitschr. f. Chirug., 53, 246, 1935.
- 26 URRUTIA. — Enfermedades del estómago, 1920.
- 27 URRUTIA. — Cuestiones gastroenterológicas, 1931.
- 28 HABERER. — Wiener Klin. Wschr., 32, 413, 1919.
- 29 HABERER. — Münch. Med. Wschr., 2, 1973, 1935.
- 30 HABERER. — Zbl. Chir., 58, 890.
- 31 ZUCKSCHWERT y ECK. — Deutsch. Zeitschr. Chir., 232, 295, 1931.
- 32 FERRE, A. — El problema de la úlcera gástrica perforada. III Congreso de Patología Digestiva, 1942.
- 33 PERA. — II Congreso de Patología Digestiva, 1933.
- 34 EINHORN. — Surg. Gynec. a. Obst., 416, 1930.

## ZUSAMMENFASSUNG

Bei der freien Perforation des Magen-und Darmgeschwürs ist die Wahl des operativen Eingriffs

von vielen Bedingungen des Patienten, des Chirurgen und der Umgebung abhängig, die bei jedem einzelnen Fall sehr genau gegeneinander abgewägt werden müssen, um mit Erfolg zu operieren.

Innerhalb der ersten 12 Stunden ist die Resektion die Methode der Wahl, die einfache Naht wird nur für die Fälle reserviert, wo die Resektion nicht durchgeführt werden kann.

Nach Ablauf der ersten 12 Stunden verschlechtern sich die optimalen Bedingungen der Resektion.

Die Gastroenterostomie und das Vorgehen nach Neumann dürfen nicht angewendet werden.

Kein klinisches - noch - Laboratoriumsdatum für sich allein genügt zur Prognose der Operation.

## RÉSUMÉ

L'élection de la méthode opératoire dans la perforation libre de l'ulcère gastroduodénale est subordonnée à des conditions multiples qui dépendent du malade, du chirurgien et de l'ambiance opératoire, qui doivent être évaluées d'une manière équitable dans chaque cas individuel, si on veut agir avec succès.

Au cours des 12 premières heures la resection est le procédé d'élection réservant la simple suture, alors que celle-là ne doit pas être pratiquée.

Les 12 premières heures écoulées, les conditions optimales pour la resection diminuent de beaucoup.

La gastroentérostomie et le procédé de Neuman ne doivent pas être pratiqués.

Aucune donnée clinique ni de laboratoire suffit de soi-même pour établir un diagnostic opératoire.

## ENFERMEDAD DE AYERZA

A. CABELLO OTERO

(Huelva)

Ex médico interno del Hospital General de Madrid

Es indudable que las afecciones de la arteria pulmonar no son muy frecuentes en la clínica, sobre todo si las comparamos con las de la aorta, pero también lo es que muchas de dichas afecciones pasan desapercibidas ante los ojos del médico por el solo hecho de no pensar en ellas.

Existe un grupo de enfermos, comúnmente diagnosticados de "bronquitis crónica e insuficiencia de C. derecho", en cuyo conglomerado se escapan frecuentemente los afectos de arteritis de la pulmonar.

Por este motivo he creído de cierto interés comunicar este caso haciendo, a la vez, una sucinta exposición de la clínica de dicha enfermedad.

Enfermo: M. V. S., soltero. Dependiente de comercio. Natural de Huelva. Domiciliado en Huelva, de 39 años de edad.

Historia. — Desde pequeño se acatarras con gran frecuencia. Estos catarros le empezaban por la nariz con gran hidrorrea y