

ras antes de que en el embrión se hubiera diferenciado el mesenquima en cartilago, o sea que la sustancia alterante tendría que actuar sobre el núcleo primario de osificación precartilaginoso; lo cual creemos que puede servir para otros puntos de apoyo a nuestra hipótesis.

Para terminar, queremos hacer algunas indicaciones en cuanto al pronóstico y tratamiento de los dos casos que presentamos.

Desde luego el pronóstico del caso 2 es muy malo y no creemos que sea posible una supervivencia prolongada; de momento, se le ha corregido la deformidad de sus pies, colocándole sendos escayolados, protegiéndose asimismo la falta de su parietal mediante un casquete modelado de escayola; no creyendo aconsejable de ninguna manera intervenirle su mielo-meningocele para proceder a su extirpación por temor a agravar más su cuadro con la presentación de una paraplejia, aparte de poner en gravísimo riesgo su vida.

El pronóstico del caso núm. 1 en cuanto a vida es bueno.

De momento, nos proponemos someter a ambos enfermos a una serie de observaciones repetidas, para evitarles posiciones viciosas, haciendo que sus malformaciones sigan el curso más favorable posible, mediante un régimen alimenticio y de vida conveniente, con administraciones suplementarias de vitaminas, etc.

Más adelante, cuando los niños comiencen la deambulación, habrá que vigilarles ésta para evitarles contracturas y posiciones viciosas; favoreciéndoles el crecimiento longitudinal del miembro y el juego de las articulaciones, según el grado de defecto de las mismas, mediante prótesis que corrijan únicamente el acortamiento, para no suprimir el estímulo de crecimiento que supone la "carga funcional", a lo que BLENCKE da mucha importancia, rechazando la prótesis de descarga.

Si mucho más adelante, al término del pro-

ceso de osificación, el acortamiento o defectos de las funciones articulares son intensas y se pierden las esperanzas de una recuperación espontánea, habrá llegado el momento de efectuar un tratamiento quirúrgico más intenso, a base de alargamientos, estabilización de las articulaciones, etc.; pero el mejor modo de no equivocarse es no pretender actuar como adivino, prediciendo cómo van a quedar las cosas. Así, pues, nos proponemos firmemente, animados de la máxima curiosidad científica, seguir la evolución de estos enfermitos, cuyo resultado, a su tiempo, si tenemos fortuna para conseguirlo, lo comunicaremos a nuestros lectores.

RESUMEN.

Los autores estudian dos casos de hipoplasias óseas congénitas (uno de tibia y otro de fémur), asociadas a otras malformaciones óseas (ausencias de metatarsianos, parietal, núcleos epifisarios), tratando de dar una interpretación patológica común, basada en que la presentación con retraso de los núcleos de osificación, después de una fecha límite, traería como consecuencia una pérdida de su innervación simpática, con las consiguientes alteraciones en la vascularización y trastornos tróficos derivados, que pueden dar lugar desde una agenesia total del hueso hasta trastornos más ligeros, manifestados por cambios en su estructura, desarrollo y conformación, comprendiéndolos bajo el título común de "disnucleoplasias óseas".

BIBLIOGRAFIA

- BASTOS MORA, F.—R. E. Reumatismo, 1, 44, 1945.
BERTHESEN, A.—Act. Orth. Scand., 15, 39, 181, 1944.
CARBONELL, C.—Rev. Clin. Esp., 36, 179, 1950.
COHN, I.—Annals Surg., 123, 4, 1946.
FLECKER, H.—Amer. Jour. Roentg., 47, 97, 1942.
JIMÉNEZ DÍAZ, C.—Rev. Clin. Esp., 4, 99, 1942.
KEITH, A.—Human Embryology, 1947.
KISKADDEN, W. S.—Intern. Abst. Surg., 88, 1, 1949.
MURPHY, D. P.—Surg. Gyn. Obs., 63, 593, 1936.
PLA MAJO, R. E.—Reum. Enfer. Osteo., 1, 28, 1945.
PRUNEDA, J.—Rev. Clin. Esp., 9, 48, 1943.
RODRIGO PALOMARES, F.—La Pediatría Española, 247, 245, 1933.
VANZANT, B. T.—Journ. Am. Med. Ass., 110, 10, 1942.

RESUMEN TERAPEUTICO DE ACTUALIDAD

TRATAMIENTO DE LAS PERFORACIONES AGUDAS ABIERTAS DEL ESTOMAGO Y DUODENO

C. SEBASTIÁN DACOSTA.

Cirujano del Seguro de Enfermedad. Córdoba.

La existencia de una perforación representa siempre un peligro vital para el que la sufre. Es natural que ante una perforación, la primera medida que se ponga en marcha sea la oclusión de la misma. Ello evita que el contenido del tubo digestivo, rico en gérmenes variados, continúe vaciándose en

el peritoneo, suprime al par las causas primarias del *shock* y de la infección y coloca a la lesión local en condiciones de que su reparación sea fácil y pronta y permite al organismo desarrollar todos los recursos defensivos para vencer la infección peritoneal.

Parecía, pues, lógico que el tratamiento de la perforación fuera establecido definitivamente con el cierre. Sin embargo, el afán de mejorar los resultados, el ensayo y aplicación de nuevas técnicas, la lucha contra la peritonitis aguda, el estado general del enfermo, la peculiaridad de las lesiones locales en algunos casos, la existencia de complicaciones y la recidiva del proceso ulceroso han hecho que el

tratamiento de la úlcera péptica perforada, que es a la que de un modo preferente vamos a dedicar nuestra atención, por su predominio absoluto sobre los demás síndromes, haya sufrido variaciones en estos últimos años.

Para combatir la perforación han sido propuestas las siguientes intervenciones: sutura simple de la perforación, epiploplastia oclusora de la perforación (BRAUN), drenaje de la perforación mediante tubo introducido en el orificio y protegido por epiploon o gasa para aislarlo de la cavidad peritoneal (NEUMAN), excisión local de la úlcera, la cauterización de la úlcera (BALFOUR), la sutura asociada a la gastroenteroanastomosis (MOYNIHAN) o a la yeyunostomía (WITZEL) y la resección gástrica (VON HABERER).

Todas estas intervenciones, en la práctica quirúrgica, se han reducido a dos: la sutura de la perforación sola o combinada con otra operación y la resección gastroduodenal. Las otras operaciones señaladas en la lista anterior, o han caído en desuso tras propugnarlas su autor, o sólo están indicadas en casos excepcionales, careciendo de importancia práctica.

El problema había quedado reducido a escoger entre dos intervenciones, cuando en estos últimos años algunos cirujanos anglosajones, a cuya cabeza figura TAYLOR, han aconsejado y puesto en práctica un método antítesis del tratamiento operatorio: el tratamiento conservador no operatorio.

A) LA SUTURA DE LA PERFORACIÓN.

El cierre de la perforación debe ser hecho lo más pronto posible, porque la intensidad de la peritonitis está en relación directa con el tiempo transcurrido, hecho puesto en evidencia por todas las estadísticas. En la nuestra se halla marcado este hecho, pero es clásica, a este respecto, la estadística de WAGNER, en la que la mortalidad asciende del 0 por 100 en los operados antes de las cuatro horas, al 9,7 por 100 en los intervenidos hasta las doce horas; al 61 por 100, en los tratados entre las doce y veinte horas, y el 100 por 100 de mortalidad, en los laparotomizados después de las veinte horas.

Esta relación entre el tiempo pasado entre la perforación y la intervención es exacta en la inmensa mayoría de los casos, pero, desgraciadamente, hay casos, raros si se quiere, que, aun operados muy pronto, antes de las seis horas, al abrir el peritoneo nos encontramos con una peritonitis grave, ya en marcha, que rápidamente conduce a la muerte, a pesar de la intervención.

Esto nos dice que, además del tiempo, existen otros factores ya enumerados más arriba, de los cuales los más importantes son el estado general y la virulencia de los gérmenes.

El estado general, pasadas las primeras horas de shock, suele ser bueno durante bastantes horas, es fácil de evaluar; muchas veces la simple inspección es suficiente, pero, sobre todo, el estado del pulso y la tensión arterial nos pueden servir de guía.

La virulencia de los gérmenes depende de la clase del germen existente y de su asociación con otros microbios. Ya BRÜTT había señalado que la presencia de un exudado peritoneal estéril era un signo favorable y que la identificación de estreptococos *viridans* en el exudado era menos grave que el hallazgo de estreptococos hemolíticos.

FERNELL TURNER ha estudiado mediante cultivos la bacteriología del exudado peritoneal en 146 perforados. De estos cultivos, el 40 por 100 fué positivo (59), y en más de la mitad de ellos (38) ha sido encontrado el estreptococo *viridans*; le siguen por orden decreciente el estreptococo no hemolítico (15), el estafilococo áureo (12), el estreptococo hemolítico (9), el *Escherichia coli* (9), anaerobios (4), y en algunos casos, hongos y levaduras.

Como es natural, estos hallazgos no tienen valor para decidir en el momento de la operación qué operación debe sufrir el enfermo, decisión que depende del estado local, del general y del grado de desarrollo de la peritonitis, pero sí tienen un valor pronóstico, y sobre todo, permiten al cirujano elegir durante el curso postoperatorio el antibiótico más adecuado.

La peritonitis, según TRINCA, pasa en los perforados ulcerosos por tres estados evolutivos: I. *Hiperémico*, caracterizado por la dilatación de los capilares subserosos. II. *Reactivo*; en él se forma en la zona subperitoneal un exudado reaccional que va acompañado de irritación de las terminaciones nerviosas, que origina el intenso dolor y la rigidez muscular de la pared abdominal; y III. *Plástico*, durante el cual se deposita la fibrina sobre la superficie inflamada y se forma un abundante exudado, que tiene un carácter protector antiácido y antibacteriano, no guarda relación con la virulencia de los gérmenes y tiende a localizar la infección.

La peritonitis, como toda lesión inflamatoria, necesita un lapso de tiempo para llegar a un período final, y puede considerarse como complicación tardía; para TRINCA, la intervención puede ser diferida hasta las doce horas, cuando el estado del paciente lo exija, lo cual no siempre es aceptable.

En relación con los conceptos sobre la evolución de la peritonitis aguda y sobre el papel que se ha creído desempeñaba el exudado y el valor asignado al drenaje, la sutura simple ha pasado por tres estadios distintos: 1.º Se realizaba la oclusión de la perforación, acompañada de la limpieza del peritoneo mediante compresas, extrayendo los cuerpos extraños y el exudado; se terminaba por la colocación de numerosos tubos de drenaje. 2.º El cierre de la perforación era seguido de limpieza limitada del peritoneo, extracción de cuerpos extraños y drenaje suprapúbico durante veinticuatro horas. 3.º Sutura de la perforación, aspiración sólo del líquido y supresión de todo drenaje.

Resumiendo: el desarrollo fatal de la peritonitis en las perforaciones mantenidas abiertas y la incapacidad en que se encuentre el cirujano de valorar antes y, a veces, después de abrir el vientre, la fuerza defensiva del organismo, ha establecido como conclusión que cuanto más precozmente se realice la oclusión, mejor luchará el organismo contra la infección y más brillantes serán los resultados obtenidos.

La sutura simple ofrece las siguientes ventajas: es una operación sencilla al alcance de cualquier cirujano, que no exige ni instrumental ni técnica compleja, breve; en la mayoría de los casos puede ser realizada con rapidez; es practicable con anestesia local y exige muy poco de la resistencia física del enfermo, dando una mortalidad muy reducida (4 al 8 por 100).

Técnica.—La incisión de elección es la laparotomía media supraumbilical, porque es poco vascular, permite un cierre fuerte, da un campo suficiente

para exploración del estómago, duodeno y vísceras vecinas y es fácilmente ampliable.

Los tiempos operatorios son: a) *Exposición de la perforación.* Previa inspección de la cara anterior del estómago y duodeno, para lo cual se eleva el hígado mediante una valva maleable, que sostiene un ayudante, el estómago se atrae hacia abajo y afuera. Si no se descubre la perforación ni en la cara anterior del estómago, píloro y duodeno, se debe explorar la curvatura menor hasta el cardias; si no se halla, se explorará la pared posterior del estómago, abriendo la transcavidad de los epiplones, atravesando el ligamento gastrocólico, procurando evitar los vasos.

b) *Tratamiento de la perforación.*—No se debe hacer la sutura directa de la perforación por la friabilidad de los tejidos, sino el hundimiento de la misma, mediante un pliegue ancho y profundo, como aconsejan MONDOR y LAURENT.

Si la perforación es pequeña y está rodeada de tejidos flexibles, se puede cerrar con una sutura en bolsa de tabaco con puntos hilvanados en el espesor de la pared, anudándolos y enterrándolos bajo un segundo plano de sutura de Lambert. Si la perforación está rodeada de tejidos callosos, el operador debe armarse de paciencia, se pasan varios hilos paralelos por fuera de los tejidos callosos en dirección paralela al eje mayor del tubo digestivo para evitar la estenosis y se anudan con delicadeza. El acoplamiento obtenido de los tejidos es, a veces, imperfecto, pero no importa; por encima de esta primera sutura de Lambert se practica una segunda, también de puntos separados, realizados en la misma dirección que los anteriores, y tomando amplio apoyo en las zonas sanas, sobre ellos se coloca un fragmento de epiplon para reforzar la sutura.

Si no es posible realizar la sutura, tres soluciones caben al cirujano: el colocar dentro de la perforación un tubo de drenaje que ajuste bien a las márgenes del orificio, procurando suturarlo a la pared del tubo digestivo, cosa, a veces, muy difícil o imposible, y al que se rodea de un manguito de epiplon. Mala solución, a pesar de que BRAUN haya obtenido con ella un 81 por 100 de curaciones. Dejar la herida abierta puede dar lugar a una fistula digestiva, aumenta la deshidratación, prolonga el tiempo de hospitalización y predispone a la hernia postoperatoria. No la hemos empleado nunca porque no hemos tenido necesidad de recurrir a ella.

La segunda solución es colocar un trozo de epiplon a modo de tapón dentro de la perforación, cosiendo el colgajo a los tejidos de alrededor. La hemos utilizado dos veces, con feliz éxito. Creo que es el método a elegir en este caso.

La tercera solución es la práctica de una resección, que, extirpando toda la zona lesionada, consienta la reconstrucción del tubo digestivo en áreas sanas. Esta última solución, aunque ideal en teoría, no siempre es factible por las razones que exponemos más adelante.

A veces, cuando no se ha tenido la precaución de vaciar el estómago antes de la operación, fluye incesantemente líquido por la perforación, que obliga a limpiar o a aspirar continuamente, interfiriendo el campo operatorio y alargando la intervención; en estos casos, un pequeño tapón de gasa o de un punto de catgut penetrante que coja en bloque todas las capas de la pared y aproxime los bordes de la perforación puede hacer cesar esta moles-

tia, mientras se prepara la sutura, que siempre debe ser hecha con material no absorbible.

c) *Limpieza de la región.*—Mediante compresas húmedas se quitan los cuerpos extraños (restos alimenticios, grumos de bario) que se encuentren en las proximidades; se aspira el exudado, sin pretender agotarlo, colocando sulfamidas o antibióticos en los alrededores de la perforación.

d) *Cierre de la pared.*—Se verifica en tres, dos o un plano, según el estado del enfermo; es preferible el cierre en tres planos, más seguro y más anatómico; en los viejos, debilitados o hipoproteinémicos usamos en la sutura del plano aponeurótico, puntos de catgut alternados con otros de material no reabsorbible (lino, nylon, seda, alambre inoxidable); todos los planos de sutura deben ser puntos separados; en la piel usamos la crin, seda o nylon.

Empleo de drenaje.—Empleado hace años con la idea falsa de poder drenar el exudado peritoneal, y colocado en las inmediaciones del foco y en la región suprapúbica para drenar el Douglas, ha sido completamente abandonado. Al hablar del método de Neuman, hemos citado sus peligros, que no vamos a repetir aquí. *Sólo vamos a añadir que ni aun en caso de duda de la solidez de la sutura está indicado el drenaje.*

Hay dos casos, sin embargo, en que puede estar indicado el drenaje: en la imposibilidad de localizar la perforación y la existencia de un absceso subfrénico. La mortalidad y las complicaciones son tres veces más frecuentes en los casos de drenaje que en los casos sin él.

INCONVENIENTES DE LA SUTURA.

1.º *Dehiscencia de la sutura oclusiva.*—Cuando ocurre es debida a fragilidad de los tejidos per ulcerosos. GARCÍA BARÓN supone que acaece en el 5 por 100 de los operados. Nosotros no hemos tenido ninguno; su mejor profilaxis es hacer la sutura en tejidos sanos y realizar la epiploplastia.

2.º *Posibilidad de hemorragias postoperatorias procedentes del úlcus suturado o de otro coexistente.*—A nosotros nos ha ocurrido en el 1,9 por 100 de los casos.

3.º *Existencia de otros úlcus.*—Es relativamente frecuente; del 5 por 100 en nosotros.

4.º *Posibilidad de transformación maligna posterior.*—Hecho discutido aún (en España, JIMÉNEZ DÍAZ y HERNANDO no lo admiten). Se acepta como hecho evidente por la mayoría de los cirujanos y gastropatólogos. Hay que tener en cuenta que, macroscópicamente, es muy difícil decir si se trata de un cáncer o de un úlcus. Son particularmente sospechosas las úlceras callosas de la curvatura menor y del antro; sólo el análisis histológico lo puede decidir.

5.º *Recidiva de los síntomas ulcerosos.*—El hecho de quedar la úlcera después de la sutura parece que debía conducir a la persistencia de los síntomas de úlcus, y, sin embargo, no es así. De momento, lo habitual es que el perforado se vea libre de molestias durante una temporada más o menos larga, que, a veces, es permanente. La explicación de este tiempo libre de molestias no se ha encontrado; es muy posible que influyan la misma perforación, el reposo en cama y la dieta postoperatoria y el régimen que se le recomienda después de la operación. Es un hecho cierto, además, que muchos úlcus perforados curan después de la sutura. No se sabe en

qué proporción un ulceroso perforado y suturado permanece curado, pues las estadísticas ofrecen cifras muy dispares, desde 19 por 100, la de FERNON; 41 por 100, la nuestra; al 99,4 por 100, la de ESTES y BENNETT. GARCÍA BARÓN estima que la verdad está alrededor del 25 al 35 por 100.

Pero también es cierto que muchas de las estadísticas comprenden enfermos que no han sido seguidos durante muchos años después de la sutura. Por otra parte el conocimiento de la verdadera naturaleza de la "enfermedad ulcerosa" empieza a vislumbrarse, y aunque su etiología en sus múltiples facetas no haya sido revelada todavía se habla hoy de diátesis ulcerosa, conocemos mejor el papel que en su producción tiene el sistema neurovegetativo, la naturaleza proteica de sus síntomas y la creciente frecuencia con que se observa esta enfermedad, hecho sobre el que ya llamó la atención MOYNIHAM, siendo considerada por algunos como incurable y creyéndose que se trata de uno de los azotes de la civilización moderna. Se ha calculado que la padece del 5 al 12 por 100 de la población durante parte del curso de su vida y las autopsias seriadas han revelado que del 5 al 6 por 100 de las personas muertas de otras lesiones presentan un úlcus péptico.

Las estadísticas han puesto de relieve que a medida que pasa el tiempo después de la sutura el número de recidivas aumenta. FLOOD afirma que "en los años sucesivos el número de pacientes libre enteramente de síntomas es progresivamente menor y después de diez a quince años el grupo original de curados se ha reducido a una pequeña proporción. Es excepcional el enfermo que no ha tenido una recidiva si ha sido seguida una suficiente longitud de tiempo".

Otro hecho curioso revelado por las estadísticas es que cuando se comparan pacientes tratados médicamente con los que han tenido una perforación, estos últimos representan una forma mucho más "intratable" de la enfermedad.

Además el número de enfermos ulcerosos que requieren tratamiento quirúrgico es superior en el grupo de los perforados que en el grupo de los tratados médicamente y no perforados; en el primer grupo es del 38,5 por 100, y en el segundo, del 13 por 100.

La frecuencia de la recidiva es mayor en los adultos y en los viejos que en los jóvenes. También es mayor el doble aproximadamente en los enfermos en los que la perforación ocurre después de un tiempo variable de molestias con respecto a los enfermos en que la perforación fué el primer síntoma.

Respecto a la causa anatomo-patológica de las recidivas, la úlcera perforada persiste en el 59 por 100 de los casos, hay un úlcus gemelo persistente en el 11 por 100 junto con el perforado, en el 18 por 100 persiste el gemelo y está curado el perforado y en el 18 por 100 restante existen gastritis crónicas, estenosis o ninguna lesión que justifiquen sus molestias. Los datos que anteceden pertenecen a GARCÍA BARÓN.

6.º *Reperforaciones.*—Un úlcus cerrado operativamente no está garantizado de sufrir una nueva perforación en el mismo úlcus. También es un hecho conocido que un ulceroso que sufrió una perforación puede sufrir una o varias algún tiempo después de la primera y producidas en nuevas úlceras, esta reincidencia es estimada por ST. JOHN y FLOOD en el 6,3 por 100.

7.º *Posibilidad de estenosis.*—Para FERNELL TURNER la estenosis ocurriría en un tanto por ciento elevado, el 36,8 de los perforados suturados. Si la estenosis asienta a nivel del píloro el grado de su intensidad es variable y en ella predomina el espasmo sobre la lesión orgánica.

Esta posibilidad ha llevado a algunos cirujanos a establecer como complemento de la sutura la gastro-enteroanastomosis, habiéndose dado en su apoyo las siguientes razones: a) Sirve para dejar en reposo el área de la pared a cuyo nivel se practicó la sutura. Esto es una falsedad, el contenido gástrico tiene más facilidad para evacuarse por su camino ordinario que por el de la anastomosis; si fuera necesario practicar una anastomosis en una operación tan pequeña como la sutura habría que hacerlo en todas las operaciones de importancia. b) Para contrarrestar la producción de una estenosis originada por una sutura. Cosa que no debe ocurrir cuando la sutura se realiza correctamente. c) Como curativa del úlcus que originó la perforación. A esto hay que decir que la tercera parte de los casos en que se emplea como tratamiento del úlcus la anastomosis no curan, que los fracasos son numerosos en las úlceras callosas y en las situadas lejos del bulbo, que no evita las hemorragias, las perforaciones y la degeneración maligna, que a veces ni disminuye la acidez ni suprime las molestias y sobre todo *predispone a la úlcera péptica del yeyuno*, complicación temible que es precisamente en las gastro-enteroanastomosis usadas en el tratamiento de los úlcus perforados donde tiene su más alta frecuencia, llegando al 51,3 por 100 de los úlcus duodenales perforados tratados por la anastomosis (ZUKSCHWERTD y HORTSTANN).

Por lo tanto repetimos con GARCÍA BARÓN que "agregar al simple cierre una intervención con la que se pretende cuidar una sutura que no necesita esa clase de cuidados, prevenir una estenosis que no se produce e influir la evolución ulterior del úlcus para lo que carece de acción segura no es aconsejable". Además la anastomosis tiene el inconveniente de requerir un tiempo poco menor del necesario para una resección.

Pero existe una sola excepción en la cual esto puede estar indicado el empleo de la gastro-enteroanastomosis complementaria de la sutura: *cundo exista una estenosis anterior a la perforación y el estado local o general del enfermo impida que se pueda practicar una resección.*

ANESTESIA.

La anestesia raquídea alta y la anestesia general son peligrosas, la primera, por la posibilidad de hipotensión que en enfermos ya hipotensos tiene la mayor gravedad; la segunda, por la mayor frecuencia de complicaciones.

El método ideal de anestesia en los perforados sometidos a la sutura simple es la anestesia local que permite realizar la operación sin grandes inconvenientes y que realizada con la técnica de FINSTERER, que es la que nosotros empleamos, permite al enfermo no sólo soportar la intervención con el mínimo de shock y de molestias postoperatorias, sino que sirve al cirujano para practicar no sólo la oclusión sencilla, sino una gastrectomía si lo estima necesario.

El empleo como anestesia base del escofedal o de la morfina endovenosa mejora la anestesia. En

caso de intervenciones prolongadas a nosotros nos ha dado excelente resultado el uso del Pentotal o del Evipán endovenoso como complemento de la anestesia local, aunque alguna vez el Evipán ha producido una intensa excitación durante o después de la operación que cede a la administración de dolantina.

TRATAMIENTO PREOPERATORIO.

Existen varias indicaciones urgentes que cumplir. En primer término, *calmar el dolor*. La sedación del dolor ante un caso de abdomen agudo no debe de ser nunca hecha por el médico general, solamente se está autorizado a practicarla después de visto el enfermo por el cirujano y hecho el diagnóstico. Antes no, ni las exigencias del enfermo, ni las instancias de los familiares, ni la necesidad de transportar al paciente a una clínica quirúrgica por largo e incómodo que sea el viaje debe hacer cambiar el criterio del médico. Pero una vez el enfermo en la clínica y decidida la intervención, la primera medida a ejecutar es la inyección de dos centigramos de morfina o de una ampolla de escofedal en inyección lenta endovenosa.

La segunda indicación urgente es *combatir el shock* cuando existe. Es en los enfermos en fase de descompensación en los que hay que actuar con rapidez y energía; lo primero que hay que hacer es aumentar el volumen sanguíneo y para ello nada mejor que la transfusión de sangre. La cantidad de sangre a transfundir depende del grado del shock; en el shock ligero suelen bastar 600 c. c., en el intenso es necesario como mínimo de 1.200 a 2.000 c. c.

El plasma y las soluciones isotónicas tienen un valor coadyuvante, pero no pueden reemplazar a la sangre. La transfusión está todavía más indicada si el enfermo ha sufrido o sufre de hemorragia.

El empleo de drogas vasoconstrictoras y el de preparados de corteza suprarrenal no ha demostrado eficacia alguna en el tratamiento del shock aunque se empleen rutinariamente. El calentamiento del enfermo y la *administración de oxígeno* en la cantidad de ocho litros por minuto si son dos medidas eficaces como complemento de la transfusión. Una vez tratado el dolor y el shock se debe proceder a la *evacuación gástrica*, que se realizará con sonda gruesa y mediante aspiración, nunca por lavado gástrico.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.

Se comprende que la urgencia de la intervención que obliga al cirujano a proceder con rapidez sin exploración y preparación adecuada exigen que se preste al tratamiento postoperatorio la más cuidadosa atención debiendo llenar los siguientes objetivos:

1.º *Aliviar las molestias del operado*.—El dolor y la sed suelen atormentar a los intervenidos. Generalmente el dolor es bien soportado porque el contraste entre el dolor pre y el postoperatorio es tan grande que el último les es muy llevadero a los enfermos. Cuando se trata de enfermos excitables o con verdadero dolor, la morfina sola o asociada a la escopolamina produce fácil sedación.

La sed depende de múltiples factores: los vómitos, la fiebre, la sudoración, la falta de ingreso de agua y electrolitos y la pérdida de fluidos por la peritonitis asociada a menudo a la hemorragia. Se

corrige por la administración adecuada de fluidos; si el enfermo está sometido a la aspiración endodigestiva continua se le pueden dar desde el primer momento pequeños buches de agua que serán aspirados en seguida. En todos los casos la falta de líquidos debe ser compensada por la administración de soluciones de cristaloides. Para evaluar las cantidades necesarias, el clínico atenderá a la sed, al estado de humedad de las mucosas, la cantidad de orina eliminada, el hematocrito, el recuento de hematies o la determinación de hemoglobina y al descenso del peso específico de la sangre.

Las cantidades a inyectar ordinariamente corresponden a 3.000 c. c. diarios; si se realiza la aspiración endo-digestiva hay que sumar a esta cifra la cantidad de líquido aspirado.

Deben de ser empleadas todas las vías de administración parenteral, excepto la intramuscular. Si se emplea la vía endovenosa la velocidad de inyección es de 50 a 300 c. c. por hora.

2.º *Corregir las deficiencias en electrolitos y proteínas*.—Con la administración de soluciones isotónicas y sobre todo hipertónicas de cloruro sódico, se compensan las primeras, y en cuanto a las segundas, por la administración de sangre, plasma o aminoácidos. Nosotros hemos utilizado de estos últimos los preparados nacionales con bastante buen resultado, aunque hayamos tenido algún caso de reacción febril e hipotensión que ha cedido rápidamente.

3.º *Evitar la distensión abdominal*.—El medio más eficaz de conseguirlo es la aspiración gástrica continua, con sonda introducida por vía nasal. Hemos empleado el tubo de Miller-Abbot, pero en caso de necesidad una sonda duodenal o un tubo largo y fino puede servir. La aspiración no sólo evita la distensión, sino que suprime los vómitos postoperatorios, permite la administración precoz de agua, favorece el reposo de la herida e impide la elevación del diafragma disminuyendo las complicaciones postoperatorias.

Si no existe peritonitis franca o ésta retrocede, puede ser suprimida tan pronto se restablezca la motilidad intestinal. SINGLETON, ROGERS y HOUSTON aconsejan pinzar el tubo entre las 24 y 48 horas postoperatorias durante tres horas, administrando agua oralmente durante este período de tiempo; si al aspirar de nuevo no se retira agua o sale en escasa cantidad, se puede quitar el tubo; si la cantidad extraída es igual o mayor, se debe continuar la aspiración.

Si la peritonitis avanza se debe procurar hacer progresar la sonda hasta el intestino, poniendo en juego para ello todos los recursos técnicos; la aspiración será mantenida hasta que la peritonitis ceda y reaparezca la motilidad intestinal o hasta que el enfermo se transforme en moribundo.

Es preciso declarar que no es en la peritonitis donde la aspiración ha conseguido sus mayores éxitos, pero pese a ello debe ser utilizada. La aspiración gastro-intestinal exige una vigilancia cuidadosa y prolongada por persona experta en su manejo. Es preciso convencer al enfermo sobre sus necesidades y sus ventajas; en general, la soportan bien.

4.º *Tratamiento de la peritonitis*.—Como en toda perforación, por precoz que haya sido la intervención, existe siempre una peritonitis en potencia, lo primero que el cirujano debe observar es la posible evolución de la peritonitis. Para juzgar de su curso el cirujano prestará atención al estado general del paciente, a la temperatura, a la frecuencia y a la tensión del pulso. La palpación abdo-

minal, que debe ser suave, nos orienta sobre la existencia de zonas dolorosas; la auscultación nos dice si existe, persiste o desaparece la parálisis intestinal. El hemograma seriado es también buen indicador de la evolución de la infección peritoneal.

El tratamiento clásico de la peritonitis está hoy comprobado que carece de valor; de él se conservan el control del dolor y la colocación del enfermo en posición semisentada, porque la posición de Fowler carece de efectos beneficiosos.

El verdadero tratamiento etiológico de la peritonitis ha empezado con el empleo de las sulfamidas y los antibióticos.

La eficacia de la sulfamidoterapia en la peritonitis ha sido demostrada por los trabajos experimentales de LONG y BLISS, que han probado que las sulfamidas administradas por vía parenteral alcanzan en el exudado peritoneal una concentración tan sólo inferior en un 20 a 25 por 100 de la que presentan en la sangre. En todo caso las sulfamidas a las dosis terapéuticas habituales llegan a alcanzar una concentración suficiente para ejercer una acción bacteriostática potente.

El tratamiento comienza con la colocación de sulfamidas en polvo en la región afecta, en cantidad que varía de cinco a diez gramos. La sulfamida más empleada es el sulfatiazol, que hoy tiende a ser sustituido por asociaciones sulfamídicas de más alta potencialidad y de más fácil eliminación renal (una de las asociaciones más empleadas es la de sulfatiazol, sulfadiazina y sulfamerazina). A la aplicación local debe seguir la endovenosa a dosis crecientes de cuatro gramos el primer día, de cuatro a seis gramos el segundo y de seis a ocho el tercero. La duración del tratamiento dependerá de la evolución de la peritonitis y de la aparición de fenómenos tóxicos.

La penicilina tiene un valor bien establecido en el tratamiento de la peritonitis por la experiencia de la segunda guerra mundial. En casos leves puede bastar su empleo exclusivo; la pauta es administrar 100.000 U. O. antes de la operación, 200.000 intraperitonealmente y después de la intervención 100.000 U. O. cada dos horas por vía intramuscular; cuando la fiebre desaparece se administran 100.000 U. O. cada tres horas y luego 50.000 cada tres horas durante dos días más.

En casos avanzados o muy contaminados, la penicilina debe ser asociada a las sulfamidas y a la estreptomina; se administran 200.000 U. O. de penicilina y cinco gramos de sulfamidas intraperitonealmente, después cada dos horas 100.000 U. O. de penicilina intramuscular y un gramo de sulfamidas por vía endovenosa, mas 0,1 a 0,3 gr. de estreptomina cada cuatro horas.

En la peritonitis purulenta localizada se colocan en el foco la misma cantidad de penicilina y sulfamidas citadas más arriba y después se administran 50.000 U. O. de penicilina intramuscular, mas 1,5 gr. de sulfamidas endovenosa cada tres horas y eventualmente lavados de la cavidad del absceso con penicilina y estreptomina. Empleando esta pauta de CALVIN y WALLACE la mortalidad ha descendido del 40-60 por 100 al 14-18 por 100.

Recientemente se ha empleado la aureomicina endovenosa a dosis de 500 mg. dos veces al día, que cuando se puede se sustituye por la vía oral y las mismas dosis; con ella la mortalidad es del 6,67 por 100.

Nosotros hemos empleado de preferencia la asociación penicilina-sulfamidas reservando la estreptomina para los casos tardíos o de peritonitis generalizada.

Del empleo de los bacteriostáticos se deduce que su uso no puede sustituir al tratamiento quirúrgico precoz de la lesión causal, que su administración debe ser precoz, preoperatoria y postoperatoria, a dosis adecuadas administradas de un modo intenso y persistente y combinadas con la aplicación local; de preferencia se debe utilizar la asociación de la penicilina con las sulfamidas más la estreptomina en los casos graves, continuando su administración hasta derrotar por completo a la infección.

La transfusión de sangre y la administración de fluidos son medios eficaces que deben ser añadidos al tratamiento bacteriostático.

5.º *Tratamiento de la herida.*—La herida de ordinario no exige más tratamiento que un apósito estéril que es levantado tan sólo si el enfermo tiene fiebre, dolor a nivel de la herida o el apósito se mancha. El apósito debe ser fijado con colodión y tiras de esparadrapo, el vendaje es incómodo y no se mantiene bien; las tiras de esparadrapo deben ser anchas y aplicadas sobre la piel de modo que no produzcan fruncimiento de ésta ni dificulten la respiración abdominal.

Los puntos se quitan en los jóvenes y adultos sanos al sexto día; en los enfermos, viejos, hemorrágicos o hipoproteinélicos, del décimo al duodécimo día. La infección local de la herida se trata por inyecciones locales de penicilina, aspiración del exudado y, si es necesario, por la apertura parcial de la misma.

6.º *Alimentación.*—Tan pronto como sea posible se alimentará al enfermo. De ordinario si el curso es favorable se le autoriza a tomar algunos sorbos de agua sola el segundo día; el tercer día se le dan pequeñas cantidades de leche aguada y alcalinizada; el cuarto, leche sola; el quinto, alimentación pastosa; el sexto y el séptimo, alimentación rica en proteínas e hidratos de carbono.

Cuando el curso de la peritonitis es amenazador y prolongado hay que recurrir a la alimentación parenteral a base de soluciones concentradas de glucosa, alcohol, hidrolizados de proteínas y aminoácidos, o en caso de carecer de estos últimos, de transfusiones de plasma.

7.º *Levantamiento del operado.*—La existencia en estos enfermos de una peritonitis en potencia o en evolución desaconseja el levantamiento precoz; creemos que es necesario mantener al operado en el mayor reposo posible y sólo permitimos que se levante el enfermo del quinto al sexto día si el curso ha sido apirético, el enfermo no tiene vómitos ni dolores, se ha restablecido la motilidad intestinal y no presenta síntomas de complicación alguna.

8.º *Tratamiento de las complicaciones.*—La observación postoperatoria debe ser aún más cuidadosa en los operados enfermos, viejos o debilitados, dedicando especial atención a los aparatos respiratorio y circulatorio. Desde el primer día se les debe enseñar y exigir a los enfermos la práctica de ejercicios respiratorios y de movimientos activos de los miembros inferiores, a fin de prevenir las complicaciones respiratorias, infecciosas, las trombosis y las embolias.

En caso de aparición de complicaciones de tipo médico, se debe establecer una estrecha colaboración del cirujano con el internista y aun con el otorrinolaringólogo, por si es necesario la práctica de una aspiración bronquial.

La hemorragia postoperatoria representa después de la peritonitis el peligro más temido, porque casi siempre es intensa, coloca al operado y a su familia en una situación angustiosa y lleva la

incertidumbre al ánimo del cirujano. Es preciso valorar rápidamente su intensidad. Si la intensidad es considerable y el estado del enfermo lo permite, transfusión inmediata de 1.200 a 2.000 c. c. de sangre y reintervención que será una gastrectomía lo más sencilla posible y practicada del modo más rápido que se pueda. Si la hemorragia fué pequeña, transfusión de 600 a 1.000 c. c. de sangre, observación cuidadosa y espectación armada dispuesto a practicar una gastrectomía al menor signo de agravación. Si el estado general es malo, transfusiones copiosas repetidas, coagulantes, aspiración gástrica continua, opiáceos e intensificación del tratamiento antibiótico. Todo lo que antecede es la expresión de nuestro criterio personal.

La dehiscencia de la herida no tiene más tratamiento que el cierre operatorio acompañado de transfusión copiosa de sangre e intensificación del tratamiento antibiótico.

La fístula gástrica o duodenal se tratará por medios paliativos: aspiración continuada, protección de los alrededores de la herida con grasas o pasta Lassar para evitar su digestión, introducción y mantenimiento mediante dispositivo de gota a gota en el trayecto fistuloso de caldo de peptonas alternando con aceite de olivas para neutralizar los líquidos digestivos, reforzar la administración de flúidos, electrolitos y aminoácidos por vía parenteral para compensar las pérdidas de éstos.

La yeyunostomía en pacientes con buen estado general ha sido practicada alguna vez para permitir la alimentación del enfermo y debe ser ensayada, sobre todo, en los casos tardíos y prolongados.

El absceso subfrénico suele ser una complicación tardía cuya mejor profilaxis es la limpieza de los restos alimenticios de la zona sub-hepática y un tratamiento bacteriostático aplicado con energía y precocidad. Una vez establecido y diagnosticado, su tratamiento único es el drenaje quirúrgico.

9.º *Tratamiento de la enfermedad ulcerosa después de ser dado de alta el operado.*—El tratamiento del perforado después de la intervención ha pasado por tres fases: 1.º Tratar al paciente médicamente durante el período siguiente a la operación; en muchos casos el tratamiento es casual y casi siempre negligente a causa de la extendida creencia de que muchos de los ulcus perforados curan después de operados. 2.º Más recientemente, a causa de la noción de la existencia de la diátesis ulcerosa, el operado ha sido tratado como cualquier otro enfermo de ulcus péptico. 3.º Algunos cirujanos creen hoy que el perforado, por el hecho de serlo, debe ser considerado como un caso "intratable", y por lo tanto debe ser sometido a gastrectomía profiláctica electiva dentro de las tres o cuatro semanas después de la convalecencia de su episodio perforativo. Esta idea está apoyada por la actitud de los enfermos y sus familiares, que mientras hace años se contentaban con permanecer bajo tratamiento médico todo lo más, actualmente, a causa del progreso de los métodos quirúrgicos y de la cada vez más baja mortalidad operatoria, aumenta el número de ulcerosos que desean y a veces exigen el tratamiento quirúrgico radical. Esta corriente de opinión entre el público habla en favor del éxito de la terapéutica quirúrgica radical en la prevención de la morbilidad postoperatoria.

B) LA RESECCIÓN.

Cuanto acabamos de decir constituye, junto con un grupo de razones que vamos a exponer a continuación, el fundamento del empleo de la resección

en la úlcera perforada aguda, terapéutica iniciada por VON HABERER (1919).

Estas son: 1.º La persistencia de la úlcera después de la sutura. 2.º El gran tamaño de algunos ulcus. 3.º El gran peligro de la hemorragia postoperatoria inmediata o tardía, tantas veces citado en este trabajo, especialmente cuando la úlcera es grande y sobre todo en los ulcus de la curvatura menor, en los penetrantes en páncreas y en los duodenales que asientan en el borde superior o en la pared posterior por su proximidad a las arterias gastroduodenal y pancreatoduodenal. 4.º La frecuencia de la existencia de ulceraciones múltiples y de erosiones en la mucosa gástrica o duodenal. 5.º La posibilidad de que alguna de las úlceras coexistentes con la perforada, sangre o se perfora durante el período postoperatorio. 6.º La indolencia extrema y la lentitud de cicatrización de algunas de las úlceras a pesar de un tratamiento médico enérgico. 7.º La posibilidad de reperfusión de la úlcera perforada y suturada. 8.º Posibilidad de estenosis mesogástrica o pilórica como consecuencia de la sutura del ulcus. 9.º El deseo de mejorar los resultados definitivos ahorrando al enfermo una nueva intervención y evitando la aparición de complicaciones y secuelas postoperatorias. 10.º El concepto ya expuesto de la intratabilidad médica de la úlcera perforada. 11.º Posibilidad de cancerización del ulcus perforado y suturado.

La resección impulsada por una pléyade de cirujanos ilustres (HABERER, CONTI, BRÜTT, KIRSCHNER, YUDIN, GRAVES, STRAUSS, BEDFORD, BOBBIO) ofrece, al lado de las ventajas resumidas más arriba, una serie de inconvenientes dignos de estudio y recopilados magistralmente por GARCÍA BARÓN.

a) *Edema e hiperemia de los tejidos.* A medida que transcurren las horas después de la perforación, el edema peritoneal y sub-peritoneal dificulta la visibilidad, aumenta la hemorragia y hace más frágil los tejidos, la resección es más molesta, la orientación menos fácil y los hilos rasgan los tejidos en que se apoyan.

b) *La localización del ulcus,* las úlceras subcardiales, las duodenales de la cara posterior y penetrantes en páncreas y ligamento hepatoduodenal, los ulcus en la herradura de la curvatura menor y los ulcus perforados en colon ofrecen particulares dificultades a la resección durante el período agudo y es preciso cerciorarse bien antes de "lanzarse alegremente" y luego, cuando no sea posible, retroceder, lamentar tal decisión y temer por la vida del enfermo.

c) *La hora a que se efectúa la resección.*—Para la práctica de una resección es preciso que el cirujano mantenga por lo menos durante una hora la máxima atención sobre la intervención que realiza; ello exige que el cirujano y su equipo estén en buenas condiciones de rendimiento físico; no es lo mismo intervenir durante el día en horas de poco trabajo que hacerlo al final de una sesión operatoria agotadora o a altas horas de la noche cuando la falta de sueño representa una debilitación de la fuerza psíquica y física.

A ellas hay que añadir la dificultad de evaluar el estado general del enfermo y su resistencia, la edad del enfermo y la existencia de una peritonitis en marcha.

En la evaluación de la oportunidad de una resección influye de un modo preferente el número de horas transcurridas. En general, los cirujanos partidarios de la resección estiman como período ideal cuatro o seis horas después de la perforación y realizada en adultos con escasa reacción peritoneal,

buen estado general, a ellas hay que añadir la extensión e intensidad de la defensa, el grado de obesidad y las características del hemograma. Se admite que para que esta interpretación sea correcta el cirujano tendrá gran experiencia de esta situación y dominará la técnica de la resección.

Una vez recogidos todos los datos que anteceden, se permitirá colocar al perforado en uno de estos dos grupos, el de la necesidad absoluta de la intervención mínima y el de la posibilidad de la intervención radical. Una vez practicada la laparotomía el cirujano debe examinar otros factores: intensidad y extensión de las lesiones peritoníticas, localización del úlcus, aspecto del líquido peritoneal, volumen de la masa callosa cuando existe, relaciones de la úlcera y calidad de la anestesia.

Entonces el cirujano, si estaba decidido antes de la operación a practicar una resección, se decidirá por una de estos dos soluciones: o persistir en la resección o suturar. Si persiste en la resección, el cirujano no debe precipitarse, sino que volverá a valorar el estado general, el abdominal, las dificultades presumibles de la resección y el estado del equipo quirúrgico. Si el balance es muy favorable puede ejecutar la resección, pero si no lo es tanto o es dudoso, debe emplear la sutura.

Elección del método operatorio.—Es indudable que existen, al llegar a manos del cirujano y desde el punto de vista de la clase de intervención, cuatro grupos de perforados: 1.º Grupo de perforados en que el excelente estado general y local invita a la resección. 2.º Grupo de perforados en que el único camino es la sutura. 3.º Grupo de perforados en los que el empleo de la sutura o de la resección es discutible. 4.º Moribundos en los que el tratamiento quirúrgico no tiene nada que hacer.

La existencia del grupo dudoso es lo que hace que la conducta del cirujano sea tan difícil de decidir.

El perforado por su estado, y la familia por su situación y desconocimiento del problema, no pueden decidir; es al cirujano al que compete la elección del método.

En favor de la sutura existe la razón de que si el perforado vuelve a sufrir de su úlcus después de curada su perforación, tiene tiempo de evaluar sus molestias, conocer en qué grado perturban su trabajo y su vida, informarse del resultado de la gastrectomía. Como dice muy bien GARCÍA BARÓN, examina él mismo su situación con prudencia, rara vez con audacia, y al decidirse por la intervención parece como si compartiera la responsabilidad del cirujano. El cirujano, a su vez, puede estudiar con todo detalle al enfermo, conocer la existencia de otras lesiones y su naturaleza y en qué grado pueden disminuir las probabilidades de éxito operatorio, saber mediante el estudio radiográfico y gastrosκόpio cuál es la localización y posible naturaleza de la lesión y poder elegir de antemano la técnica más conveniente.

Por otra parte, el cirujano no está capacitado para juzgar si es preferible seguir viviendo con un padecimiento a correr un mayor riesgo operatorio, o si no será mejor aplicar ahora la sutura y más tarde la resección. Claro es que si se confirma el concepto de la intratabilidad médica de la úlcera, en ese caso el problema sería más sencillo en algunos casos.

Es conveniente, ante un caso dudoso, que el cirujano se pregunte qué conducta seguiría si se tratase de un médico, una personalidad relevante o de un familiar y obrar de arreglo a la respuesta. Además, los cirujanos que practican con frecuen-

cia la resección en el úlcus perforado, y no hay ninguno que la use exclusivamente, se lamentan muchas veces de haberla utilizado.

Hemos visto, al hablar de la recidiva de la enfermedad en los perforados suturados, la frecuencia con que al cabo de algunos años han vuelto a reaparecer las molestias. A las estadísticas entonces citadas vamos a añadir ahora dos bien elocuentes.

ILLINGWORTH y SCOTT presentan una que comprende 880 casos de perforados suturados. De ellos, al final del primer año después de la intervención, el 60 por 100 no tiene molestias y el 20 por 100 tiene signos intensos de la recidiva; cinco años después sólo sigue sin molestias el 30 por 100, un 20 por 100 padece molestias leves y un 50 por 100 tiene molestias intensas; de ellos el 20 por 100 había sufrido complicaciones graves.

En la de HOUSTON, al cabo de años sólo el 38 por 100 está libre de molestias. Al lado de esto, hay que tener en cuenta el reverso de la medalla; el 20 por 100 de los resecaos sufren de molestias peores que las que quedaban después de una sutura y sólo el 50 por 100 de los resecaos se encuentra en condiciones superiores a los suturados al cabo de los años.

La mortalidad comparada de la sutura y de la resección tiene valor; en 10 casos operados antes de las seis horas la sutura da una mortalidad que va del 4 al 8 por 100, mientras que la mortalidad mínima de la resección en iguales circunstancias es del 14 por 100, y eso que la gastrectomía suele ser empleada por cirujanos más experimentados y con más dominio de la técnica.

El riesgo operatorio del perforado, suturado y resecaado más tarde, es muy pequeño; oscila del 1 al 5 por 100, incluyendo en ellos los casos difíciles y complicados de úlceras penetrantes en hígado o páncreas o fistulizadas en colon.

De todo cuanto hemos dicho se deduce claramente que *las estadísticas demuestran que la recidiva de la enfermedad ulcerosa es muy frecuente en los perforados suturados después de los cinco años, que la mortalidad es menor en el simple cierre que en la resección y que el riesgo operatorio del perforado suturado e intervenido secundariamente es muy pequeño.*

Es preciso añadir que las estadísticas son falaces porque el número de casos recogidos en la mayoría de ellas es pequeño y dentro de ellas pueden abundar casualmente casos excepcionales porque representan la suma de hechos diversos y agrupados con arreglo a puntos de vista muy diferentes de una estadística a otra y expuestos de tal manera que a menudo es imposible su uso con fines comparativos.

Ateniéndonos a nuestra estadística, la mortalidad de la sutura simple es muy baja, el 4,5 por 100; la mortalidad en la resección primaria ha sido nula, pero la escasa cuantía de los resecaos (3) nos priva de poder obtener conclusiones, y en cuanto a la mortalidad de las resecciones secundarias es muy alta, el 50 por 100; claro es que se trata de casos complicados, de por sí muy graves.

El simple cierre de la perforación es y debe seguir siendo el método basal y único utilizable; cuando la infección peritoneal es intensa, el cirujano que emplea sistemática y exclusivamente la sutura, cumple de un modo perfecto su misión y sería injusto quien le hiciera el más mínimo reproche (GARCÍA BARÓN).

Es norma fundamental que ante una situación de urgencia la primera misión del cirujano es sal-

var la vida del enfermo sin que entren en juego otras consideraciones.

Pese a la baja mortalidad de la resección, debe ser considerada como un lujo, "no debe practicarla el que no sepa resecar, no debe ser el campo de aprendizaje de un cirujano novel, ni ser empleada en los servicios de urgencia. Puede ser realizada por un cirujano capacitado, pero debe pensar que en los casos dudosos el simple cierre puede resolver la situación. Los cirujanos jóvenes deben convencerse de que limitarse al simple cierre no implica incapacidad técnica para ejecutar una resección, sino prudencia, que en Cirugía tiene más valor que la soltura en el manejo del porta-agujas".

Hasta aquí GARCÍA BARÓN; nosotros añadimos que la resección coloca al perforado en una situación de mayor peligro y que debe reservarse para aquellas complicaciones de la perforación que la hagan inexcusable o aquellos casos seleccionados que pueden hacer pensar al cirujano que el mayor riesgo compensa los inconvenientes futuros.

C) LA RESECCIÓN PROFILÁCTICA.

Como apéndice al tratamiento quirúrgico, diremos algunas palabras acerca de la gastrectomía llamada profiláctica y preconizada por los cirujanos americanos que se realiza tres o cuatro semanas después del restablecimiento del perforado suturado con el fin de prevenir la aparición de complicaciones y recidivas y basada fundamentalmente en el concepto moderno de la intratabilidad médica de los ulcerosos perforados.

Esta proposición, muy aceptada hoy en Norteamérica, debe ser tenida en cuenta y empleada sobre todo en aquellos pacientes que sufrían anteriormente de la úlcera si las condiciones físicas del enfermo lo autorizan. Los americanos creen que debe ser utilizada, aún con el riesgo de dificultar el futuro progreso del tratamiento médico.

D) EL TRATAMIENTO CONSERVADOR.

Aconsejado en 1935 por WANGENSTEEN para el tratamiento de los casos dudosos, las perforaciones localizadas y cubiertas y los casos tardíos en los que no haya evidencia de continuar abiertos y en los enfermos con alto riesgo operatorio, ha sido resucitado por BEDFORD-TURNER en 1945 y aplicado al tratamiento de todas las úlceras perforadas agudas. Empleado por VISICK, BINGHAM y SEELEY, ha sido defendido y propugnado con entusiasmo en Inglaterra por TAYLOR.

Dicho tratamiento conservador o no operatorio se basa en las siguientes razones: 1.ª La mayor parte de la mortalidad por úlcus perforado se debe a neumonía, insuficiencia cardíaca, lesiones renales, etcétera, afecciones que no pueden ser evitadas por la operación. 2.ª La relativa frecuencia de la obturación espontánea de las úlceras perforadas tantas veces encontrada por el cirujano al intervenir. 3.ª La frecuencia de adherencias encontradas en las resecciones, lo que indica el cierre espontáneo de perforaciones que han pasado desapercibidas. 4.ª La posibilidad de que la operación altere el mecanismo natural de cierre y favorezca la extensión de la infección. 5.ª El peritoneo es capaz de esterilizar y absorber grandes cantidades de líquido con tal de que la contaminación no se repita antes de que se haya repuesto de los daños sufridos. 6.ª La posibilidad (dudosa) de que mediante la aspiración gástri-

ca se evite la repetición de la contaminación peritoneal. 7.ª Las escasas dimensiones de la mayoría de las perforaciones.

De todas estas razones unas son ciertas y otras dudosas o falaces; para nosotros la mayor causa de mortalidad es la peritonitis; la operación no sólo no favorece la extensión de la infección, sino que es el único medio de evitarla; no es lo frecuente que la contaminación peritoneal sea discontinua, sino continua, y la aspiración no garantiza contra la posibilidad de contaminación peritoneal.

La técnica es la siguiente: 1.º Administración endovenosa de 0,015 gr. de morfina que puede ser repartida si es necesario. 2.º El enfermo chupa una pastilla de Ametocaina para anestesiarse la faringe. 3.º Vaciado del estómago con una sonda gástrica gruesa por aspiración. 4.º Se quita la sonda gástrica, se coloca al enfermo en la cama y se le introduce por vía nasal, previa anestesia de la mucosa de la fosa nasal correspondiente, una sonda duodenal hasta el estómago la cual se fija en la cara y por la que se aspira el contenido gástrico cada media hora con una jeringa de 20 c. c. durante el primer día, cada dos horas durante el segundo día en el cual se administran también frecuentemente 30 c. c. de agua; así se continúa parte del tercer día hasta comprobar que el líquido administrado oralmente pasa al duodeno. El tercer día se sustituye el agua por una mezcla de agua y leche.

Durante estos tres días se administrarán parenteralmente al enfermo antibióticos, opiáceos, flúidos, electrolitos y aminoácidos.

Una aspiración negativa no debe hacer suponer que el estómago está vacío; debe darse agua y aspirar para comprobar que la sonda no está obstruida.

El método necesita dos personas diestras y cuidadosas que se turnen en la vigilancia y aspiración del enfermo y disponer de un aparato aspirador para vaciar primariamente el estómago.

En caso en que después de 10 a 18 horas del tratamiento aspirador se dude si la perforación se ha cubierto o no, se debe intervenir para cerrar el orificio.

Como *contraindicaciones* del método el mismo TAYLOR cita: la inadaptabilidad del enfermo, la existencia de gran cantidad de líquido peritoneal, la dilatación gástrica por estenosis pilórica, los enfermos tardíos, los enfermos que han ingerido gran cantidad de líquido antes o después de la perforación y los casos de peritonitis establecida.

Entre las *indicaciones* absolutas TAYLOR señala: perforados llegados precozmente a la clínica (antes de las seis horas) y las perforaciones pequeñas sin signo de peritonitis. A estas indicaciones absolutas añade otras relativas: posibilidad de su empleo en distritos poco poblados, en barcos en alta mar y en todo caso en que no sea posible el tratamiento quirúrgico inmediato.

El método es lógico, pero su aceptación sin más objeciones y su divulgación es peligrosa. Las estadísticas publicadas, aunque de casos pequeños en general, ofrecen una mortalidad más alta que la sutura simple; mientras que ésta oscila de 4,1 al 8 por 100; la del tratamiento conservador, en manos de TAYLOR es del 14 por 100; igual que en la resección primaria y la de VISICK es aún superior, el 21,4 por 100. Existen estadísticas como la de BEDFORD-TURNER (seis casos) y la de Seely con el 100 por 100 de curaciones.

Como defectos graves del método se pueden citar: 1.º Imposibilidad de afirmar si la perforación es grande o pequeña. 2.º Imposibilidad de decidir clí-

nicamente si el derrame peritoneal es copioso o no. 3.º Imposibilidad de conocer el asiento de la perforación y por lo tanto si ésta se encuentra en el duodeno; la aspiración gástrica puede mantener el estómago vacío y en cambio el líquido duodenal continuar derramándose en el peritoneo. 4.º Predominio de las perforaciones duodenales sobre las gástricas. 5.º En caso del fracaso del método hay que recurrir tardíamente a la intervención precisamente cuando todo el éxito del tratamiento operatorio está fundado en el cierre precoz de la perforación. 6.º Mortalidad superior a la operatoria en las estadísticas relativamente numerosas. 7.º Necesidad de un personal adiestrado y de un aspirador. 8.º No es posible actuar localmente sobre el proceso peritoneal (sulfamidas, antibióticos). 9.º Su empleo por el médico de cabecera puede retrasar la llegada de un enfermo de abdomen agudo a manos del cirujano.

Desde luego hay que reconocer que el método es capaz de curar casos de perforaciones abiertas.

Es aconsejable y deseable en los siguientes casos: 1.º En los perforados precoces con shock tal que contraindique la intervención y mientras se trata el shock; una vez desaparecido éste, debe ser intervenido. 2.º Cuando se estime que una perforación está cubierta porque en ella la aspiración gástrica puede evitar el peligro de la hipertensión del contenido gástrico y la posible reapertura de la perforación. 3.º Cuando después de realizar la sutura se tengan dudas sobre la solidez de la misma para evitar su dehiscencia. 4.º En los casos en que se duda si existe una perforación. 5.º En los enfermos con grave riesgo quirúrgico. 6.º Después de transcurridas 24 horas si hay peritonitis generalizada. 7.º Imposibilidad de traslado del enfermo a un hospital.

RESUMEN DEL TRATAMIENTO DE LA PERFORACIÓN AGUDA.

La operación de elección en las perforaciones agudas ulcerosas es la sutura simple reforzada con plastia de epiplon, realizada precozmente bajo anestesia local sin emplear drenaje y en la que por la existencia de una peritonitis en potencia o evolución y por la urgencia del caso el tratamiento postoperatorio debe ser cuidadoso. La aspiración gástrica, la transfusión sanguínea, la administración de soluciones glucosadas y cloruradas, y el empleo de los bacteriostáticos son recursos terapéuticos que el cirujano debe emplear de un modo sistemático si aspira a alcanzar los más brillantes resultados.

La gastro-enterostomía no tiene más aplicación que cuando coexiste una úlcera perforada con una estenosis pilórica intensa anterior a la perforación y el estado del enfermo no autoriza la práctica de una resección.

La resección debe ser reservada a casos seleccionados, operados antes de las seis horas, en adultos

jóvenes, con antecedentes ulcerosos o en aquellos otros casos que por sí o por la presencia de una complicación la hagan necesaria para salvar la vida del enfermo y empleada por cirujanos que dominen su técnica.

La resección profiláctica es aconsejable en los adultos y en los viejos, sufran o no de molestias ulcerosas anteriormente a la perforación. Sólo deben exceptuarse los jóvenes sin antecedentes ulcerosos y aun en estos enfermos con reservas.

El tratamiento conservador debe emplearse nada más que en los casos en que no es aconsejable la intervención o hay imposibilidad material de practicarla, o como complemento del tratamiento operatorio para afianzar el éxito del mismo.

BIBLIOGRAFIA

- ALLEN, A. V. y WELCH.—Amer. Surg., 124, 688, 1946.
 ALTHAUSEN, T. L.—Ann. Int. Med., 30, 544, 1949.
 ALTEMEIER, W. A.—Journ. Am. Med. Ass., 139, 347, 1942.
 BECK, W. C. Surg. Clin. North America, 28, 1.361, 1948.
 BEYFORD-TURNER, C. W.—Brit. Med. J., 1, 457, 1945.
 BINGHAM, D. L. C.—Canad. Med. Assoc. J., 58, 1, 1948.
 BROWN, R. B. y ANDRUS, D. L.—Ann. Surg., 128, 57, 1948.
 CAMPO MARDOMINGO, J.—Medic. Clin., 11, 427, 1948.
 CRILE, J.—Surg. Clin. N. America, 28, 1.123, 1948.
 COLVIN, E. M. y WALLACE, F. T.—Surg. Gynec. Obst., 440, 1948.
 COPPLESON, V. M.—Med. Jour. Australia, 2, 292, 1947.
 DELOR, R.—Rev. Clin. Esp., 27, 132, 1947.
 DE BAKEY, M.—Surgery, 8, 852, 1940.
 Editorial de Rev. Clin. Españ.—Yeyunitis necrótica, 33, 396, 1949.
 Id., id., id.—Conducta terapéutica frente a una úlcera gastroduodenal perforada, 25, 454, 1947.
 ESTES, W. L. y BENNETT, B.—Ann. Surg., 119, 321, 1944.
 FLOOD, C. A.—Gastroenterology, 10, 184, 1950.
 FELDMAN, M.—Radiology, 55, 217, 1950.
 FERNÁNDEZ PLEYAN, J.—Rev. Clin. Esp., 26, 121, 1947.
 FRANQUELO RAMOS, E.—Rev. Clin. Esp., 36, 321, 1949.
 FUENTES GÓMEZ, M.—Rev. Clin. Esp., 24, 444, 1947.
 FUNSTERER, H.—Ars Medica, 4, 205, 1945.
 FERNELL TURNER.—Surg. Gynec. Obst., 92, 281, 1951.
 GRAVES, A.—Ann. Surg., 120, 60, 1944.
 GARCÍA BARÓN, A.—Rev. Clin. Esp., 29, 93, 1948.
 Idem.—Rev. Clin. Esp., 28, 240, 1948.
 Idem.—Rev. Clin. Esp., 24, 147, 1947.
 Idem.—Rev. Clin. Esp., 33, 104, 1949.
 Idem.—Rev. Clin. Esp., 35, 389, 1949.
 Idem.—Rev. Clin. Esp., 33, 327, 1949.
 GROSSMANN, M. L.—Surg. Gyn. Obs., 92, 110, 1951.
 HERNANDO, T.—Bolet. Inst. Patol. Med., 1, 16, 1947.
 INNES, P. R.—Ann. Surg., 44, 1946.
 JORDAN, S.—Gastroenterology, 33, 252.
 LEWISON, E. F.—Int. Abst. Surg. del S. G. O., 90, 1, 1.
 McELHINNEY, W. T. y HOLZER, C. E.—Surg. Gyn. Obst., 27, 85, 1948.
 MORTON, H. S. y SMITH, F.—Arch. Surg., 56, 538, 1948.
 PABLOS ABRIL, J.—Rev. Clin. Esp., 23, 29, 1946.
 Idem.—Rev. Clin. Esp., 24, 120, 1947.
 PRIESTLEY, J.—Surg. Clin. North. Amer., 27, 905, 1947.
 RIDGEWAY TRIMBLE, I. y DAVIS, H. Lynn.—Intern. Abst. of Surg., 90, 105, 1950.
 R. DE LEDESMA, J. Pedro y LUENGO, A.—Rev. Clin. Esp., 31, 34, 1948.
 R. DE VEGA y FERNÁNDEZ CRESPO y PALACIOS, A.—Rev. Clin. Esp., 23, 468, 1946.
 SPADAN, G.—Giorn. Ital. Chirg., 603, 1948.
 SEELEY, S. y otros.—Bull. U. S. Army Med. Dep., 9, 124, 1949.
 SCHREIBER, H. y otros.—Harlem Hosp. Bull., 2, 137, 1950.
 TRINCA, A. S.—Med. Journ. Australia, 1, 1.385, 1947.
 THOMPSON, H. L.—Journ. Am. Med. Ass., 113, 2.015, 1939.
 VILLAFANE, I. Z.—Prens. Med. Argent., 33, 1.280, 1946.
 VISICK, A. H.—Brit. Med. J., 2, 941, 1946.
 WALTERS, W., LEWIS, E. y LEMÓN, R. G.—Surg. Gyn. Obs., 71, 240, 1940.
 WANGENSTEEN, O.—Minn. Med., 18, 477, 1935.