

sea capaz de impedir que los parásitos penetren en las células retículo-endoteliales, o de destruirlos ahí mismo en caso de que hayan logrado refugiarse en ellas.

Quizás los éxitos obtenidos por algunos medicamentos que no tienen poder antipalúdico definido, como la adrenalina, los arsenicales, el yodo-mercurato de manganeso y otros, se debe a que obren por excitación del retículo-endotelio, aun cuando esta excitación no sea lo suficientemente enérgica, como para considerarlos de un valor absoluto.

La plasmoguina misma, cuya acción se estimaba antiguamente como la de un poderoso destructor de los gametocitos, se cree en la actualidad (Sicault y Messerlin y otros autores) que tiene un poder estimulante del retículo-endotelio.

La terapéutica antipalúdica debe, pues, evolucionar de acuerdo con nuestros conocimientos actuales, y a ello se encamina el esfuerzo de muchos de los investigadores contemporáneos.

Nosotros, por nuestra parte, no hemos permanecido indiferentes ante el esfuerzo general por hacer avanzar la terapéutica antipalúdica. Dentro de nuestro modesto radio de acción, hemos venido haciendo algunos estudios, que serán motivo de una comunicación cuando tengamos estadísticas que permitan obtener conclusiones.



Algunas consideraciones acerca del tratamiento de la úlcera gastroduodenal *

Por el Dr. MARIO QUIÑONES

Ya en otra ocasión tuve el gusto de presentar ante esta distinguida Academia algún trabajo haciendo consideraciones acerca de la úlcera gastroduodenal en general. Quiero ahora más bien limitarme a las indicaciones y empleo de la cirugía en el tratamiento de la citada afección.

Afortunadamente cada día se va admitiendo con mayor amplitud la conveniencia de aplicar el tratamiento quirúrgico a un mayor número de casos de úlcera del estómago y del duodeno.

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 10 de febrero de 1943.

Esto permite que se vean con menos frecuencia las complicaciones antes comúnmente encontradas.

Sin embargo, hay que tomar en consideración que no todas las úlceras gastroduodenales ameritan para su curación un tratamiento quirúrgico, y que debe seguirse teniendo en cuenta que hay indicaciones que deben considerarse como absolutas y otras como relativas. Dentro de las primeras hay que contar las siguientes: la perforación, la estenosis, la cancerización y algunos casos de hemorragia.

Como se ve, son los casos que antes se consideraban como complicación de la úlcera, pero que en realidad entran más bien dentro de la evolución avanzada de tal padecimiento, aquellos que todo mundo acepta ya que deben caer desde luego dentro del dominio quirúrgico.

Las indicaciones relativas se refieren a todos aquellos casos que han evolucionado hasta llegar al estado de úlceras crónicas, callosas, o a los que, sin haber alcanzado este grado de evolución se han hecho insoportables o, por lo menos, demasiado molestos para permitir una actividad normal a los pacientes que las sufren.

Nuestra corta experiencia nos permite ser un poco más entusiastas por lo que respecta al tratamiento quirúrgico del *ulcus* gastroduodenal y recomendar que, en general, todo paciente que después de dos períodos de tratamiento médico bien establecido y bien llevado tiene una recidiva más, aunque haya tenido períodos intermedios de mejoría o aparente curación, debe ser sometido al tratamiento quirúrgico.

Las ventajas que derivan de esta ampliación de las indicaciones son obvias y muy de tenerse en consideración. Desde luego, la prolongación del mal con sus manifestaciones (dolores, pirosis, vómitos, etc.), y el régimen a que constante o periódicamente se somete o es sometido el enfermo, lo lleva frecuentemente a un estado de desnutrición y de invalidación temporal que hará más precarias sus condiciones para poder resistir una intervención a la que, a fin de cuentas, tendrá que someterlo un médico consciente, ya que es la única forma en que podrá curar radicalmente, si la operación se hace de manera adecuada.

Para los que piensan que la úlcera gástrica y duodenal no es sino una manifestación local de un estado general, y que pudiera

parecerles exagerada la afirmación de una cura radical, diremos que ampliando las indicaciones en la forma que antes hemos dicho, se beneficia al paciente, por lo menos, de un tratamiento sintomático completo y permanente.

Lo anteriormente expuesto nos lleva a hacer notar que sólo consideramos ya en la actualidad como del dominio médico, los casos de gastritis simple, de gastritis erosiva, de ulceración simple o de úlcera joven, etapas que son las que habitualmente sigue esta afección, hasta antes de intervenir la infección acentuada que hace reaccionar los tejidos, llevando a la úlcera al estado de úlcera callosa, de úlcera crónica, que siempre debe ser curada quirúrgicamente, ya que el tratamiento médico no podrá modificarla haciendo retroceder al estado de reacción fibrosa que se ha originado.

Esto no quiere decir que neguemos importancia a la terapéutica médica en el tratamiento de la úlcera gastroduodenal, sólo que debe aplicarse en los períodos y momentos oportunos de su evolución para que sea útil. Persistir en querer tratar un úlcus a "outrance" es peligroso, ya que por lo menos resta oportunidad de curación al paciente, si no es que lo lleva a la complicación y aun a la muerte.

Por lo que respecta a la táctica y a la técnica quirúrgicas que deban aplicarse al tratamiento de los casos de úlcera gastroduodenal, debe tenerse siempre en cuenta el estado general del paciente, la situación de la lesión, la profundidad de ella y si alcanza órganos vecinos, o ha determinado estenosis o estados degenerativos.

Siendo los ulcerosos individuos generalmente desnutridos por la alimentación reducida a que se ven por largo tiempo sometidos, debe procurarse mejorar su estado de nutrición previamente a la intervención.

Casi no hay para qué recordar la importancia tan grande que tiene el hacer todos los exámenes pre-operatorios que se consideren necesarios, para confirmar o descubrir cualquiera otra falla orgánica o funcional, a fin de corregirla oportunamente y de estar prevenido de donde pudiera venir alguna complicación operatoria o post-operatoria.

Por lo que respecta a la anemia más o menos acentuada que se encuentra en estos enfermos, por hemorragias a veces invisibles, o como consecuencia del mal estado general, debe corregirse haciendo las transfusiones que sean necesarias, que también ayudarán a mejorar la coagulabilidad sanguínea, cosa importante en intervenciones que accionan tantos vasos y tejidos.

El sitio de la lesión tiene importancia para la intervención porque en ocasiones regulará el tipo de esta última.

En general desechamos las intervenciones llamadas paliativas, pues creemos que sólo deben aplicarse a casos muy especiales, a los que no se pueden aplicar las llamadas, correcta o exageradamente, intervenciones radicales, que son a las que nos adherimos. Por ello, dentro de las sesenta últimas intervenciones sobre estómago por ulcus gastro-duodenal, que hemos practicado en el Sanatorio Español, sólo hemos hecho nueve gastro-enterostomías contra cincuenta gastrectomías.

Considero inútil repetir ante tan selecto auditorio, los grandes inconvenientes que tiene la gastro-enterostomía, dentro de los que, uno de las más frecuentes y temibles, es la úlcera péptica post-operatoria.

Consideramos con Hortolomei y Butureanu, que el método que ofrece más garantías de curaciones definitivas es la resección amplia. Si no goza de la superioridad de una terapéutica causal, es el único método en el estado actual de nuestros conocimientos que satisface, a lo menos, todas las exigencias de una terapéutica sintomática completa. Tiene menos complicaciones y ofrece resultados superiores a los otros métodos. Esto se explica si tomamos en cuenta, que si las causas originarias de úlcera no siempre están al alcance de nuestro conocimiento, sí se ha podido determinar la evolución del padecimiento, admitiéndose por trabajos que se inician desde Broussais, Abercrombie, Cruvelhier y más tarde Letulle, Konjetzy, Kalima, Duval, Roux, Moutier, Rosenow, Aschoff y muchos otros, que previamente a la lesión ulcerosa declarada y reconocible y acompañándola siempre, existe en más de noventa y cinco por ciento de casos un estado inflamatorio de la mucosa gástrica que, generalmente, abarca las porciones alcalinas del estómago, alcanzando el proceso al duodeno también.

Esta gastritis, que en muchas ocasiones da una sintomatología

de síndrome ulceroso sin que exista úlcera propiamente dicha, se ha podido estudiar mejor gracias a los progresos logrados con la introducción del gastroscopio, especialmente del flexible de Schindler, en clínica gastroenterológica. De la existencia, intensidad y amplitud de esta gastritis, depende el éxito de la intervención quirúrgica para tratar el *ulcus gastro-duodenal*. Su constancia origina las complicaciones post-operatorias, tan frecuentes cuando la intervención no elimina la porción afectada de gastritis. Intervención que, además, no resuelve los problemas del ulceroso, ya que persistiendo la gastritis existen las condiciones (excitabilidad, fragilidad, hiperacidez, etc.), para la producción de nuevas lesiones ulcerosas, y para la extensión, aun al intestino anastomosado, de dicho estado inflamatorio.

Por ello preferimos las intervenciones radicales amplias que eliminan, además de la lesión ulcerosa, toda la porción afectada de gastritis. Procediendo en esta forma hemos obtenido evoluciones que pueden calificarse de excelentes, especialmente las evoluciones lejanas.

De las sesenta intervenciones que hemos practicado sobre estómago, cuarenta y ocho han sido por úlceras del duodeno, seis por estenosis pilórica y seis por úlcera gástrica.

De las cuarenta y ocho úlceras del duodeno, treinta y seis han sido estenosantes y de ellas coincidían dos con apendicitis, una con divertículo duodenal, una con hernia de la línea blanca, una con pericolecistitis, una con fístula a la vesícula biliar y una con perivisceritis por gastro-duodeno-anastomosis previa. Las estenosis pilóricas fueron: dos por *ulcus pilórico*; una por tosis gástrica; dos por perivisceritis post-operatoria; una por compresión de tumor pancreático. De las seis úlceras gástricas, una era de la pequeña curvatura, otra coincidiendo con úlcera duodenal y tres terebrantes al páncreas.

Las intervenciones practicadas fueron cuarenta y nueve gastrectomías, nueve gastro-entero-anastomosis y una de liberación de adherencias.

En las intervenciones radicales hemos preferido la gastropíloro-duodenectomía empleando la anastomosis con asa corta transmesocólica, tipo Billroth II; pero también hemos efectuado algunas con asa larga y otras de tipo Polya. En los casos de úlcera

gástrica alta hemos hecho la gastrectomía en canaladura, tipo Pauchet. En nueve casos empleamos la gastrectomía fúndica con exclusión de la lesión, tipo Finsterer, habiendo obtenido buenos resultados. Del total de enfermos tratados, en algunos hubo que hacer a la vez que el tratamiento de la úlcera, apendicectomía, colecistectomía, tratamiento de hernia de la línea blanca o liberación de adherencias por operaciones anteriores.

De estos sesenta casos uno murió por hemorragia post-operatoria; uno por choque y dos por neumonía. Todos los demás han evolucionado satisfactoriamente, pues hemos tenido oportunidad de seguir observando a la mayoría de ellos, de los cuales voy a mostrar a ustedes algunas diapositivas y una película a colores.

Conclusiones

Primera.—Las indicaciones de tratamiento quirúrgico de la úlcera gastro-duodenal deben extenderse a todos aquellos casos que, sometidos a un buen tratamiento médico por dos ocasiones, sufran nueva recidiva.

Segunda.—En el tratamiento quirúrgico de la úlcera gastro-duodenal, los métodos paliativos deben emplearse sólo por excepción.

Tercera.—Deben preferirse los tratamientos llamados radicales, y de ellos la gastro-píloro-duodenectomía, con resección amplia de estómago.

Cuarta.—Cuando circunstancias especiales no permitan la extirpación de la úlcera del duodeno, es de aconsejarse la resección fúndica amplia del estómago, con exclusión de la úlcera, tipo Finsterer.

Quinta.—Aunque estos procedimientos recomendados, generalmente eliminan la porción afectada de gastritis, factor importante en la determinación y mantenimiento del *ulcus* gastro-duodenal, es de aconsejarse el auxilio de la terapéutica médica en el pre y en el post-operatorio de los enfermos tratados quirúrgicamente por úlcera gastroduodenal.