

MOMENT DE LA INTERVENCIÓ QUIRÚRGICA EN LA LLAGA DE L'ESTOMAC

pel Dr. G. MAS I PUIG

És el nostre desig tractar d'aquest punt en la present comunicació, amb la finalitat de precisar algunes particularitats que no hem trobat prou precisades en la majoria d'obres i monografies que d'això s'ocupen, i que si ho són, discrepen del criteri que en tenim, fonamentat amb el nombre de casos observats, tant en l'hospital com particularment, bastant abundosos, el suficient per a tractar de dur a aquí el resultat i les deduccions que els mateixos ens suggereixen.

No és que pretenguem modificar res de l'establert, ni molt menys sentar un cos de doctrina nova; no arriben a tant nostres escassos mèrits, ni és això el que es deu fer per ara, tal com s'entén aquest particular de la patologia gàstrica. La nostra voluntat és de sentar una línia de conducta ben definida perquè es compari amb les altres exposades i s'arribi a l'elecció que millors resultats pot reportar als nostres malalts.

La qüestió prèvia, que entenem devem deixar ben sentada, és que en aquesta qüestió, el mateix que en tants altres capítols de la patologia, no deu haver-hi un criteri mèdic ni quirúrgic exclusiu.

Estudiarem, en la nostra comunicació, l'oportunitat quirúrgica en la llaga gàstrica, entenent per tal la llaga aguda presentada principalment per les dones joves, múltiple moltes voltes i amb tendència a la perforació, i l'úlcera crònica de CRUVEILHIER, les característiques de la qual són ben conegudes.

Diferenciarem d'apuestes entitats les altres hemorràgies que tenen lloc en l'estómac, les traumàtiques, les gastrorràgies

vicariants que substitueixen una menstruació, les de la púrpura de HENOC, les varices gàstriques, les de les cirrosis hepàtiques; finalment exclourem les erosions hemorràgiques de l'estómac descrites per PARISER, que considerades com a precursors de l'ulcus, mereixen la significació d'una gastritis crònica. Els elements diferencials no deuen ser descrits aquí.

Tampoc ens ocuparem de la sífilis, procés que dóna amb relativa freqüència lloc a lamentables equivocacions i que convé tenir-lo sempre present en el gros problema del diagnòstic en les afeccions gàstriques, pel molt que poden guanyar els malalts amb un tractament específic ben establert.

Prescindirem per ser tan breus com poguem, de l'etiologia i patogènia de la llaga, amb tot i comprendre la grossa importància que pel desenrotllament ulterior té això. Tan sols citarem les observacions anatomo-patològiques i clíniques de diferents autors, assignant el caràcter de tuberculoses a moltes de les peces. I també l'extremada freqüència amb què es troba vagotonisme, en casos de l'afecció que ens ocupa (DANÉS).

Freqüència de la llaga (predomini entre diferents sexes).—Els autors antics donaven un gros predomini al sexe femení. LORENZ, BRINTON, DANZINGER, en la proporció de 2:1. MURRILL, en més de 3000 casos, 2-3 : 1.

Les estadístiques dels autors moderns inverteixen els termes de la proporció. SHERREN, de 192 operats per ulcus, 112 eren dones. BARTRINA, entre nosaltres, també té més operats del sexe femení.

Les dades d'autòpsia citades per BOSANQUET, demostrarien que els dos sexes pateixen per igual aquesta malaltia.

Elements de judici per a l'elecció del tractament.—Mèdicament, la llaga pot curar? Cura sovint?—La primera pregunta no és discutible. Infinitat d'individus que l'han patit essent joves, durant llargues temporades amb tot el quadre de la llaga crònica, arriben a vells sense sofrir-ne cap més conseqüència. En operats per altres lesions abdominals, és molt corrent de veure en l'estómac cicatrius perfectament fibroses i sense evolució. En autòpsies de subjectes de totes edats succeeix altre tant, àdhuc amb més d'un element.

De manera que hem de considerar aquest procés com un dels més curables.

Vol dir això que sempre evolucioni favorablement?—De cap de les maneres. Però en aquest particular, és nostre desig se-

nyalar ben marcadament, el que devem entendre per fracàs mèdic. Si s'entén per això la protesta del malalt (per diverses circumstàncies) a subjectar-se al règim alimentici i al tractament farmaco-higio-fisioteràpic, estarem conformes d'entregar aquests malalts als cirurgians.

Altrament, fins aquests últims, no estan tots conformes amb els casos justiciables de llur intervenció. En la llaga, principalment de les dones joves amb hematemesi o melena, de relatiu pronòstic favorable, la major part d'operadors no la creuen indicada, ja que l'hemorràgia prové de diferents llocs i segueix després de la intervenció.

Per altra part, pocs malalts moren d'aquesta hemorràgia, menys de l'1 al 3 %. LENHARTZ, 652 casos, 1'2 %.

SPRIGGS afirma que els operats per gastrorràgia donen més mortalitat que els tractats mèdicament.

En canvi, en la llaga rodona, les xifres de mortalitat per aquesta complicació, són molt variables; uns diuen que no en moren a penes, altres donen xifres de 50 %.

Per la nostra part, podem dir que hem tingut ocasió d'observar moltes gastrorràgies, i que no hem vist morir cap subjecte per elles.

Si bé aquesta hemorràgia no tingui un molt greu pronòstic directe, no s'ha de perdre de vista que les seves conseqüències, cas de prolongar-se, poden dur a nostres malalts a termes ben dignes d'ésser tinguts en compte (anèmia, consumció), la qual cosa vol dir, que les seves repeticions freqüents, puguin fer-nos considerar oportunes la intervenció.

Així i tot, una conducta mèdica exagerada, pot encara ser utilíssima i puc citar un fet del més demostratiu: Un home de 34 anys tingué una llaga rodona de l'estómac, forma greu hemorràgica al principi. Es seguí el tractament establert, amb el qual cediren els dolors i els vòmits, seguia, però, durant quatre o cinc mesos amb Weber positiu en les fesses. Anèmia. Ingressà a l'Hospital del Sagrat Cor, per ser intervingut per l'honorable mestre Dr. CARDENAL, qui imposà una dieta adequada i observació. Estigué allí durant uns dos mesos, i no se li practicà l'operació perquè clínicament estava curat. Fa d'això uns quatre anys, no ha tingut cap més molèstia i bé que per prudència s'està d'ingerir allò que podria perjudicar-lo, ho tolera perfectament. És un treballador que no pot cuidar-se gaire.

Faig remarcar aquest cas, pel molt que em plau que un ci-

rurgià tingui més paciència que un internista. Demostra també la vàlua de la internació en aquests malats.

El punt referent a hemorràgia interna, el tractarem junt amb la perforació.

La nostra opinió, doncs, de conformitat amb moltes altres i valuoses, és que en la llaga crònica no deu operar-se en el moment de l'hemorràgia. URRUTIA creu millor el tractament mèdic.

En l'hemorràgia perllongada, que dura setmanes i mesos, si després d'un íntim convenciment que la prescripció mèdica falla, en un temps prudencial que no arribi a caquectitzar el malalt, es deu recórrer a l'operació.

Transcorreguda l'hemorràgia, s'ha de portar el malalt a la taula d'operacions? La nostra conducta serà guiada pels següents elements de judici:

- 1.^{er} Condicions de curabilitat de l'ulcus.
- 2.^{on} Fracàs del tractament mèdic (persistència dels símptomes).

{	dolor,	
{	hiperacidesa,	
{	hemorràgia,	{vòmits, altres trastorns de la motilitat.
{	estenosi cicatricial	
- 3.^{er} Possibilitat de complicacions

{	transformació en tumor,	
{	abscess d'orgues veïns – (degeneració amiloidea).	
{	adherències,	{hemorràgia interna, peritonitis.
{	perforació	
- 4.^{rt} Perills de la intervenció

{	diferents operacions i gravetat de les mateixes.
---	--

1.^{er} *Condicions de curabilitat de la llaga.* – Ja hem referit incidentalment, algunes dades pertinents a aquest punt. Afegirem aquí els fets que poden ajudar a aclarir i precisar el que afecta a l'epígraf.

És evident que el curs de la llaga rodona és molt crònic, i que *no cuidada*, és rar que arribi a curar espontàniament. És més, i per no pecar d'exclusivistes, no ho devem dissimular: un ulcus que fa temps que no *dóna* símptomes, pot portar accidents mortals. De manera, que en tot malalt que ha tingut una úlcera, encara que no se senti cap manifestació de la mateixa, el clínic deu prodigar els mitjans diagnòstics de què disposa, per assegu-

rar-se de com es comporta aquella. En conjunt, sovint, metges i cirurgians, abandonem massa aviat els nostres pacients, donant-los per curats.

Però l'úlcera gàstrica tractada pels mitjans mèdics, intensament i amb perseverància, és de pronòstic *bastant favorable*.

LEUBE senyala una mortalitat de 0'3-2'4 ‰. FLENER i WEITRAND 0 ‰, cada u amb 300 i 133 casos respectivament. BULSTRODE dóna xifres bon xic més altes, 18 ‰. HABERSHON té una estadística fatal; 60 casos, amb 24 defuncions, dels quals són homes 16 (6 perforacions, 7 hematemesis i 3 agotament). No es comprenen en pràctica mèdica aquestes xifres, només que en moments apurats.

Del que acabem de dir, en treiem la conseqüència que per bé que el malalt que té un ulcus al ventrell està exposat a algun perill, la deu arrostrar amb el tractament mèdic, sempre i quan alguna de les altres circumstàncies que estudiarem, no modifiquin això, que per nosaltres és un *eredo*.

En el capítol de la intervenció quirúrgica compararem el perill que el malalt corre per aquesta, amb el que pugui tenir d'haver presentat una llaga que vigilem, que es cuida i que no és activa.

2.^{on} *Fracàs del tractament mèdic*. (Persistència de símptomes).—Per la importància que pel diagnòstic del procés que ens ocupa, té l'hemorràgia, teòricament fem partir les nostres deduccions d'aquest fet, que no és precís veure per acceptar un ulcus. Supliquem se'ns perdoni ço que sols té un pla d'exposició. En aquest apartat com en altres, igual valua donem a les altres manifestacions.

Més amunt ens hem ocupat del perquè fracassa aquest tractament a voltes. Si el malalt, per la seva posició social, pel seu modo de viure, o per altres circumstàncies, no es pot o no es vol subjectar a aquesta severa dieta, farà bé, i nosaltres així li aconsellarem de fer-se operar.

En el cas que àdhuc servant la més exquisida cura en el compliment de les nostres prescripcions, presenti alguns dels símptomes que detallarem, es deduirà el nostre judici del caràcter especial de cada manifestació.

a) *Dolor*.—És un símptoma que requereix un nombre de factors variables per la seva presentació; el pes dels aliments en l'estómac en les gastràlgies, i en l'espasme pilòric per la contracció reflexa del pílor, pel contacte d'un suc massa àcid en

la fissura o la llaga, i a més a més, la participació que al mateix donen els plexes nerviosos secundàriament (GALLART).

La belladona i l'atropina, tenen aquí una acció sovint ben manifesta. Si amb aquests o altres mitjans no assolim calmar l'àlgia, i sols si la intensitat de la mateixa fos manifesta i persistent, es podria llavors practicar la intervenció. Convé que aquesta indicació vagi acompanyada de trastorns secretoris i radiogràfics.

b) *Hiperacidesa*.—Coneguda és la quantitat d'àcid clorhídric lliure i combinat que en l'estómac normal existeix en ses diferents fases de treball i modificat pel règim alimentici i medicamentós. No ens entretindrem a parlar de l'acció dels alcalins en diferents dosis administrats i en variats moments, relacionats amb les àlgies.

Aquí també deuríem ocupar-nos de si l'aparició de la hiperacidesa és primitiva o secundària a la llaga, però això ens portaria a estendre'ns en el terreny de l'etiologia i patogènia de l'ulcus, que no podem endinsar.

La hiperclorhídria sola, i més si va acompanyada de dolors o altres manifestacions, generalment indica l'evolució activa de la llaga, de manera que la seva presència continuada durant llarg temps, en quantitats manifestes i que no depengui d'altres factors, deu fer practicar una intervenció quirúrgica.

La hipoclorhídria té una valor de la qual ens ocuparem més endavant.

Després de l'operació, l'examen de l'acidesa té una importància relativament petita (RIBAS I RIBAS).

c) *Estenosi cicatricial* (vòmits i altres trastorns de motilitat). —La confirmació clínica i radiogràfica d'una estenosi de qualsevol dels orificis de l'estómac o de la seva cavitat que provoqui l'estancament del seu contingut, obliga sense reserves a practicar alguna de les intervencions indicades, que ho estaran doblement, si coexistent amb aquest trastorn, es pot apreciar alguna altra dada de llaga evolutiva, diferenciï's, però, amb cura si els canvis de forma de l'estómac apreciables als raigs X, són deguts a la parèsia motriu. No deu deixar de fer-se mai, abans d'operar aquests subjectes, la prova de l'atropina, i els lavatges ben establerts, que milloren i àdhuc curen a molts individus.

El caràcter dels vòmits, a més de les particularitats que respecte a acidesa ja hem dit, té una importància gran el referent a sa presentació en els ulcerosos, quan tractem d'augmentar la

quantitat o la qualitat de llurs aliments; si aquests sols són tolerats permanentment, en proporció insuficient a atendre llur nutrició, li deurem també proposar d'operar-se.

3.^{er} *Possibilitat de complicacions.*—Remarcarem com a més corrents, la transformació de l'ulcus en tumor, la formació d'abscessos en els orgues veïns, les adherències, i la perforació (hemorràgia interna, peritonitis).

a) *Ulcus i tumor.*—Enorme importància pel pronòstic i tractament de la llaga ens proporciona la contingència de desenrotllar-se un càncer en la base d'una llaga. Examinem primerament si és molt freqüent. Segons HAUSER, d'un 56% s'hi converteixen. Altres autors donen xifres de 2-3%. Les dades de WILSON i MAC CARTHY de la clínica Mayo, senyalen entre 159 peces patològiques observades, 109 o sigui 71%, en les quals hi havia senyals de neoplàsia maligna implantada en l'úlcer crònic.

SHERREN entre 30 peces, sols n'ha trobada una amb vestigis de formació maligna. BARTRINA, en la memòria d'ingrés en la R. A. ens parla de dues; una, començ d'epitelioma i l'altra en franca evolució, a pesar de ser l'individu jove; afegeix, que en més del 50% dels malalts, les úlceres eren indurades o calloses. Troba dit cirurgia exagerades les proporcions de WILSON.

URRUTIA, en estudiar aquesta particularitat, remarca per afirmar-la: *clínicament*, que alguns cancerosos gàstrics, abans havien sigut ulcerosos, 3-4%; en l'*anamnesi* dels cancerosos es troba llaga d'un 6-66%, segons els autors. I senyala que ambdós processos poden coexistir amb independència. *Anatomo-patològicament*: estudis de càncer d'estómac amb senyals de llaga, 12-44%, segons els autors. S'explica URRUTIA aquesta variabilitat en les estadístiques, segons els criteris subjectius. Accepta per a Espanya, la implantació, en 15-20% dels casos, i d'aquí en treu deduccions terapèutiques. Subscriu l'aclaració que el Dr. BARTRINA fa en la seva monografia, ço és, que els casos observats de vàlua, són els sorpresos en el principi de les manifestacions neoplàsiques sobre la vorella de les llagues, quan encara aquestes tenen el seu caràcter inflamatori, ja que quan el càncer està molt desenrotllat, és impossible de diferenciar l'ulcus-càncer, del càncer ulcerat.

Hem d'acceptar això com a possible; però per a les resolucions terapèutiques, la línia de conducta que ens hem traçat és la que exposarem.

En un individu jove, pre-ulcerós, pràcticament prescindirem d'aquesta contingència, i no ens descuidarem l'examen minuciós de tot el que pot fer variar el criteri general que tenim establert. Amb semblants antecedents en subjectes de mitja edat o vells, sospitem l'aparició de càncer, quan es presenten els més petits signes clínics (dolor, inapetència, Weber, Abderhalden. La disminució de l'àcid clorhídric lliure o combinat; de l'exploració radiogràfica, són en aquestes circumstàncies motiu suficient per portar nostre malalt al cirurgià, abans que es presenti amagriment i caquèxia, i que es trobin el tumor o bé els ganglis.

b) L'aparició d'*abscess* sub-frènic, o en altres orgues veïns, deu ser primerament tractada per l'internista, intentant refredar els focus amb els mitjans usuals. La sèptico-piohèmia serà justiciable d'un tractament amb sèrums, abscess de fixació, etc.

L'estat general i el del pols, el mateix que la corba tèrmica, indicaran l'oportú moment del buidatge quirúrgic, acompanyat o no, segons com el malalt pogués comportar-ho, de l'actuació en el lloc ocasional.

c) I finalment, la complicació més important que la llaga pot ocasionar: la *perforació*, amb ses derivades, hemorràgia interna i peritonitis hipertòxica, deu ser sempre i immediatament entregada al cirurgià. No haurem de dir, ja és sabut de tothom, la importància que aquí tenen les hores per salvar la vida del pacient.

Es freqüent la perforació? Per SHERREN hi serien més exposades les dones que pateixen una llaga aguda, en canvi diu que l'home sofriria més sovint hematemesis.

Segons GERHARDT-HABERSHON s'esdevé en 13-18 % dels casos; per altres, seria d'un 6-7 %. Considerem tant les primeres dades com les altres enormement excessives, puix la úlcera és afecció freqüent i de perforacions feliçment se'n veuen molt poques.

Sobretot cal remarcar ho, les perforacions no es presenten sense signes d'activitat ulcerosa, a voltes molt solapada, però *sempre possible de conèixer clínicament*, amb bona exploració directa i complementària.

Convé educar els nostres malalts, fent-los conèixer les dades que tenen importància, i donant-los també compte dels perills que corren de no executar-los. La més petita d'aquestes manifestacions, obliga el pacient a una revisió meticulosa.

4.^{rt} *Perills de la intervenció quirúrgica.* (Diferents tècniques).—Els malalts amb perforació, no tractats quirúrgicament, moren tots. Amb la intervenció varien els resultats segons el temps que fa de l'accident. Abans de les 24 hores, la mortalitat no arriba a un 10 %.

SINCLAIR KIRK ha operat 11 casos per aquesta complicació. 10 feia menys de 12 hores, l'altre 20. Tots es salvaren.

SHERREN, d' 10 casos operats abans de les 24 hores, no se li n'ha mort cap, mentre que de 18 intervinguts després d'aquest temps n'han mort 12.

Es freqüent d'observar en aquests sobrevivents signes immediats de llaga en evolució.

En les úlceres que donen manifestacions clíniques, o en les que sospitem implantació neoplàsica, quin procediment és millor, el d'anastòmosis gastro-entèriques, o bé reseccions o gastrectomies totals o sub-totals?

Teòricament no cal dir que les preferències són per a les tècniques que treuen la llaga.

Dè totes maneres, la gastro-enterostomia simple o doble, té una petita mortalitat, i avui per avui, ja no són de témer les objeccions que se li feien de formació de cercle viciós, ni tampoc de tancament orificial. Resta allí, sí, l'ulcus actiu, l'aspecte del qual observat en l'acte quirúrgic, pot fer no elegible l'anastòmosi, per anar a la ressecció o a l'extirpació de la mateixa.

No voldrem allargar molt més aquesta comunicació, donant les xifres dels resultats obtinguts amb els dos procediments.

Sols direm que la mortalitat no arriba al 5 % en la gastro-enterostomia.

La gastrectomia sub-total o total és indubtablement més cruenta i amb més perills immediats; per més que molts cirurgians diguin el contrari, pugen en molt als de la gastro-enterostomia, es pot donar com a xifra mitja, el 10 % de defuncions.

L'extirpació sola, el mateix que l'anastòmosi, poden fracassar; aquesta en un 12 % dels casos.

BUSCH, de 12 casos d'extirpació, en 2 va haver de practicar més tard la gastro-enterostomia.

DOBSON, en 10 casos, en va haver de reoperar 4, dels quals a 2 se'ls havia extirpat l'apèndix en la primera intervenció.

La combinació dels dos procediments, té una aplicació més directa en les úlceres pilòriques i píloro-duodenals.

URRUTIA preconitza en les estenosis cicatricials del pílor, la

gastro-enterostomia simple, però si hi ha llaga en evolució, la pilorectomia, que beneficia també als ulcerosos duodenals. De totes maneres, té aquesta exclusió, dificultats tècniques en els malalts que presenten adherències a conseqüència de perigastritis.

Aquestes adherències amb els òrgues veïns, especialment en els casos de recaure en el pílor, fan que sovint hagin de ser abandonades les resseccions, per perilloses. La gastrolisi serà practicada de preferència.

En la gastrectomia simple, molts úlcers es reproduïxen, car l'alteració de la mucosa persisteix.

Si l'estat del malalt reclama reduir al mínim el xoc, es farà la gastro enterostomia.

Les biloculacions seran tractades amb ressecció anular o bé la piloro-gàstrica, operació perillosa, per la relativa benignitat del procés. Millor, la gastro-enterostomia doble, i la gastro-gastrotomia amb gastro-enterostomia de la bossa inferior (J. TRIAS).

LIEBLEIN afirma que les implantacions neoplàsiques no són més freqüents en els gastro-enterostomitzats, que en les gastrectomies.

No desitgem estendre'ns més descrivint altres procediments i llus indicacions especials, l'estudi dels quals no em pertany fer.

De ço dit en aquest apartat i en els anteriors, en treurem les següents

CONCLUSIONS

1.^a Si el tractament mèdic exclusiu dóna en molts casos èxits evidents, té en altres els seus perills i fracassos, que el quirúrgic també els compta, principalment en les tècniques de ressecció, i majorment si hi ha adherències, les quals no són molt rares.

2.^a L'operació sols es deurà proposar als malalts amb persistència rebel de símptomes, als que per llur edat o manifestació de les lesions se'ls sospiti implantació neoplàsica, en els casos d'estenosi cicatricial amb evident obstacle mecànic, en les adherències doloroses, i en les supuracions d'òrgues veïns.

3.^a Pel sol fet d'haver-se presentat una llaga, posteriorment no deurà ser practicada la intervenció, a no ser que per-

duri la seva activitat. En conjunt, tampoc està indicada aquesta, durant les hemorràgies, ni tampoc es deurà proposar per evitar una formació carcinomatosa, salvant el que ja hem dit de presentació de manifestacions.

4.^a La perforació serà operada immediatament. Cada hora que es guanyi, és una garantia per a la vida del malalt. Tots els partits rurals haurien de comptar amb clíniques d'urgència per atendre els pacients l'estat dels quals no permeti una llarga espera.

Es salven gairebé tots aquests malalts, però recauen sovint.

5.^a Els subjectes que no milloren després de la intervenció representen un percentatge digne d'ésser tingut en compte.

Les implantacions neoplàsiques són encara possibles, tant en els gastro-enterostomitzats, com en els gastrectomitzats; la mateixa cosa direm de l'ulcus i cicatrius.

6.^a Entenem que es desterra massa la gastro-enterostomia, per practicar massa resseccions, les quals haurien de tenir una indicació més exclusiva, en els casos d'úlcers callosa de difícil diferenciació amb el càncer. La primera compta encara en son haver, el nombre limitat de fracassos post operatoris.