

INDICACIONS QUIRÚRGIQUES EN LA ÚLCERA GÀSTRICA

pel Dr. E. RIBAS i RIBAS

Si nosaltres comparem les nostres estadístiques fins l'any 1916 amb les d'aquests 5 últims anys es nota notable diferència en les intervencions practicades en la úlcera gàstrica. Fins 1916 havíem practicat 6 reseccions gàstriques per úlcera. Des de 1916 fins a l'actualitat portem practicades 66 reseccions gàstriques per la mateixa malaltia.

Eloqüentment es veu una modificació de criteri. Som més radicals sense que això signifiqui que deixem de reconèixer els aventatges i indicacions de la gastro-enterostomia en molts casos. En 1916 tot i essent partidaris de la resecció gàstrica, en determinats casos ens inclinàvem a favor de la gastro-enterostomia, però els fets clínics, els resultats tardívols de la gastro-enterostomia ens han demostrat que la úlcera de la petita corbadura té un segell característic completament distint de les úlceres del pilor i de l'antre i en les quals la gastro-enterostomia falla quedant després el malalt exposat a totes les complicacions de la permanència de la úlcera. Poderosament ha contribuït a canviar de criteri l'arribar els malalts a la taula d'operacions en millors condicions que abans—puix devem fer constar el fet que els metges amb una visió clara de l'esdevenidor dels ulcerosos envien el malalt al cirurgià més oportunament; el domini major de la tècnica de la resecció gàstrica; factors que han contribuït amb la supressió de l'anestèsia general a millorar els resultats de la resecció gàstrica.

No podem ni devem parlar d'úlcera gàstrica sinó d'úlceres pilòriques o de l'antre, úlceres de la petita corbadura, de la cara

anterior o posterior. Cert que la gastro-enterostomia dóna en quasi tots els casos beneficiosos resultats immediats per l'alcalinització del suc gàstric per la bilis i suc pancreàtic que reflueix de l'estómac; perquè cessa l'espasme pilòric i gàstric; desapareix la hipersecreció gàstrica, es facilita el buidatge del mateix; factors tots que contribueixen a la curació de gran nombre d'úlceres del pílor i de l'antra però insuficients per a curar les úlceres de la petita corbadura, si bé alguna vegada es veu una remissió de símptomes després de la gastro-enterostomia, però no s'oblidi que també es veuen remissions espontànies.

La úlcera de la petita corbadura té les seves característiques que la separen de les úlceres gàstriques i que li donen una fisonomia pròpia. És úlcera que radica en lloc—la petita corbadura—al qual van directament vasos grossos sanguinis i limfàtics i nervis, lloc que sofreix contínuament les embestides de la motilitat gàstrica tant més accentuades com les úlceres de la petita corbadura van acompanyades d'hipersecreció i espasme gàstric; localització en què pel calibre dels vasos que l'irriguen és més freqüent i formidable l'hemorràgia i per la quantitat de filets nerviosos englobats pel procés flogístic; és la úlcera de la petita corbadura, sobre tot quan existeixen adherències, la més dolorosa i potser aquesta inclusió o estrangulació dels filets nerviosos expliqui la rebeldia i persistència de la úlcera després de la gastro-enterostomia per trastons tròfics afegits al procés ulceratriu. HARTMAN i LECENE han trobat mantes vegades en la paret d'aquestes úlceres calloses de la petita corbadures lesions de neuritis i alteracions dels petits ganglis nerviosos situats en el gruix de les túniques musculars esclerosades. LÆPER ha insistit sobre aquestes alteracions.

Demés, la petita corbadura serveix d'inserció a l'oment gastro-hepàtic i qualsevol infecció de la úlcera ràpidament s'estén al mateix i als limfàtics que per ell passen presentant-se ràpidament infarts ganglionars sobre els quals han insistit els cirurgians nordamericans. Tots aquests factors segellen la úlcera de la petita corbadura i es comprèn el diferents que són l'evolució i complicacions comparades amb la úlcera de la cara anterior—lloc de vasos sanguinis i limfàtics terminals amb filets nerviosos tenuíssims.

Totes aquestes particularitats expliquen els fracassos de la

gastro-enterostomia i ha calgut canviar de rumb, buscant en l'extirpació la curació radical, menys que un estat general depauperat o les condicions locals — grossa infiltració amb adherències nombroses — facin molt perillosa l'operació.

Dins dels caràcters generala de la úlcera de la petita corbadura hem de senyalar les següents modalitats: úlceres petites sols apreciables per lleugera induració i canvis vasculars de la serosa; úlcera petita i callosa, de vores dures, fons excavat; úlcera gran tumoral amb grossa infiltració; úlceres grans, adherents, penetrants al fetge i pàncreas, paret abdominal; i clar està que no deu ésser la mateixa la conducta del cirurgià ni el pronòstic serà igual.

Demés, la histologia ens demostra que en aquestes úlceres excavades i amb grossa infiltració arriba molt lluny de la úlcera la endoarteritis obliterant i la infiltració leucocitària i en altres casos tot l'estómac està engruixit per gastritis crònica; en uns casos domina l'atonía, la distensió gàstrica; en altres la hipertonia. Com és possible siguin igual els resultats post operatoris? Dissequin els cirurgians llurs estadístiques, analitzin els casos aïlladament i es veurà com no es pot dir mortalitat de l'operació en la úlcera de la petita corbadura. Sèries hi han, d'úlceres petites operades sense cap defunció, però en canvi existeixen sèries d'úlceres grans, penetrants, etc., amb un 60, 70 i 80% de mortalitat operatòria.

S'imposa doncs un diagnòstic precoç i una intervenció ràpida, però no devem negar l'operació en els casos de grosses úlceres, puix convençuts de llur incurabilitat encara que l'operació sigui greu es practica per combatre una malaltia molt més greu.

No vull passar per alt un fet de grossa importància per al pronòstic operatori, i és la infiltració tumoral que acompanya a certes úlceres i que les dona extensió considerable, són úlceres infectades, sobre les quals la intervenció radical és molt perillosa, perillosa per l'extensió a ressecar i molt difícil saber on acaba el teixit infectat i per tant exposat a suturar teixits malalts i que s'escapin punts de sutura amb els perills consegüents.

La clínica ha demostrat que la gastro-enterostomia podrà no tenir influència sobre la cura radical de la úlcera però té evident acció sobre la infiltració de la úlcera. Moltes són les ocasions en què reoperat un malalt d'antiga gastro-enterostomia,

hem vist desaparició completa de la infiltració persistent, malgrat la úlcera. Essent doncs la infiltració causa de greus dificultats tècniques lo lògic és operar a ésser possible quan aquella desaparegui.

La infecció de la úlcera origina la infiltració conjuntiva i més intensa vascularització, infecció limfàtica i ganglionar fent-se els teixits més sensibles i més friables; condicions pèssimes per a una intervenció. El cirurgià deu saber que la infiltració és un procés de flogosi que s'afegeix a la úlcera i com a tal susceptible de retrogradar.

De la qual cosa es dedueix una gran ensenyança i és que sempre que podem diagnosticar una úlcera gàstrica fortament infectada devem o bé abans de la operació seguir un tractament mèdic si és possible o bé, llençats a l'operació, una volta vista i tocada la massa infiltrant, limitar la nostra actuació a la gastroenterostomia per a procedir més tard en una nova intervenció a l'extirpació de la úlcera ja lliure d'infecció.

Aquesta sana conducta ens alleugerirà la negror de l'estadística. Jo ja sé que és difícil que el malalt accepti una nova intervenció, però aquesta negativa no pot influir en l'esperit del cirurgià per a variar un criteri basat en una dolorosa experiència i que ha demostrat que és el que dóna millors resultats.

Influeixen en el pronòstic: 1.^a La motilitat gàstrica. 2.^a La taxa clorhídrica. 3.^a Les lesions de gastritis crònica que tant sovintegen en els processos ulcerosos. Tots, el mateix els hipertònics amb alta taxa clorhídrica, que els afectats de gastritis crònica, que els atònics, deuen sotmetre's a un tractament mèdic després de tota intervenció quirúrgica si no volen que malgrat una extirpació d'úlcera sobrevinguin símptomes dispèptics sobre tot si s'ha practicat una resecció econòmica. Devem doncs concloure que la úlcera gàstrica deu extirpar-se i extirpar-se àmpliament.

El principi sentat per FRODMAN és cert: no sols—diu—deu extirpar-se la úlcera sinó tota l'àrea que amb ella es relaciona.

A mida que els cirurgians han fet reseccions i han seguit els casos, han vist que tota cicatriu intragàstrica producte d'una resecció obra immobilitzant l'estómac en el lloc de la cicatriu i obra com causa irritant o estímulant d'espasmes gàstrics o pilòrics. No tenim més que veure una resecció segmentària per

úlçera de la part mitja amb sutura dels dos segments. La radioscòpia demostra una zona immòbil en el lloc de la sutura i una pronunciada deformació gàstrica amb una extensa corba de concavitat superior en forma de caragol com si es retorqués cap amunt. Aquestes cicatrius, petites o grans, expliquen la persistència de dolors per espasmes gàstrics o pilòrics.

Molts casos podria citar de resecció limitada en els quals s'han obtingut bons resultats, però podria citar molts altres en què malgrat la resecció de la úlçera han persistit espasmes pilòrics o gàstrics, hipersecreció; aquests fenòmens he observat també en dos casos d'operació de HORSLEY i no som sols nosaltres sinó la majoria dels cirurgians, tants que són ja molts els que a la ressecció econòmica hi afegeixen la gastro-enterostomia. Jo de mi sé dir que els més bells resultats postoperatoris els he obtingut amb les extenses resseccions gàstriques amb gastro-enterostomia o bé amb l'anastomosi de l'extrem o boca gàstrica resecada al jejúnum. Jo ja sé que hi han úlceres petites a penes visibles ni tocables que el cirurgià més conservador del que es creu s'inclina a una resecció econòmica, escissió o un Balfour. Nosaltres seguim en aquests casos aquesta conducta, però sempre practiquem la gastro-enterostomia. No obstant, si les úlceres per petites que siguin radiquen a la petita corbadura devem considerar-la com una neoplàsia maligna i extirpar-la àmpliament amb gastrectomia procurant resecar fins al pílor emportant-nos així tota la zona glandular activa de l'antre, la persistència de la qual en els casos de resecció econòmica és causa de hipersecrecions, estímul aquestes d'espasmes pilòrics. En resum, en les úlceres de la petita corbadura deuen fer-se resseccions extenses comprenent pílor i zona glandular de l'antre; no deuen deixar-se cicatrius intragàstriques per la qual cosa crec preferible unir la boca o secció gàstrica amb el jejúnum.

No vull terminar sense reconèixer que un dels secrets dels majors èxits de la gastrectomia, és la tècnica moderna, que permet de reconèixer i exterioritzar l'estómac gràcies al desprendiment colo epiploic o al procediment de TMOIN i a la exacta hemostàsia—; molt contribueix a l'èxit la rapidesa operatòria; la seguretat de suturar teixits sans en les grans resseccions; l'anestèsia dels esplànics i el no malmetre massa l'estómac amb l'excés d'instrumental avui existent.

Enhorabona que s'usin clamps, els precisos perquè la gas-

trectomia sigui més neta i elegant, però quan aquells siguin difícils de posar o bé dificultin les maniobres, prescindim-ne, puix en els casos d'adherències, les úlceres penetrants de pàncreas i úlcera a prop del càrdias, és molt més senzill i ràpid tallar amb tisores i agafar les vores ressecades amb pinces i això no exposa a contratemps, procurant sempre com és de rigor que l'estómac estigui ben buit abans d'intervenir, i que s'hagi fet una prèvia i rigorosa hemostàsia.

En resum: 1.^{er} Les úlceres pilòriques i de l'antra poden ésser tractades per gastro-enterostomia. No obstant, si les condicions del malalt són bones, si el pilor no està adherit, podem llençar-nos a una pilorectomia seguida de gastro-enterostomia.

2.^{on} Les úlceres de la petita corbadura o de la cara anterior, petites, a penes visibles ni tocables, deuen sotmetre's a una escissió o al cauteri i gastro enterostomia.

3.^{er} Les úlceres dures, excavades, penetrants, deuen extirpar-se àmpliament amb ressecció completa de l'estómac i sutura de l'extrem piloro-duodenal aïllada i altra sutura de l'extrem gàstric seccionat seguida de gastro-enterostomia o bé abocament de la secció gàstrica en la primera porció del budell prim.

4.^{rt} En els casos de grossa infiltració de la úlcera, és preferible, o bé sotmetre al malalt a un tractament mèdic abans d'operar per a combatre la infecció de la úlcera o deu practicar-se l'operació en dos temps: 1.^{er}, gastro-enterostomia per a assolir la desaparició de la infiltració, i 2.^{on}, la ressecció de la úlcera.

5.^è Que la cura radical depèn d'una bona extirpació, de no deixar cicatrius intragàstriques, d'emportar-se el pilor i tota la zona glandular prepilòrica.

6.^è La tècnica deu ésser ràpida i ordenada, procurant la més exacta hemostàsia i devem sempre emprar l'anestèsia dels esplàcnics.