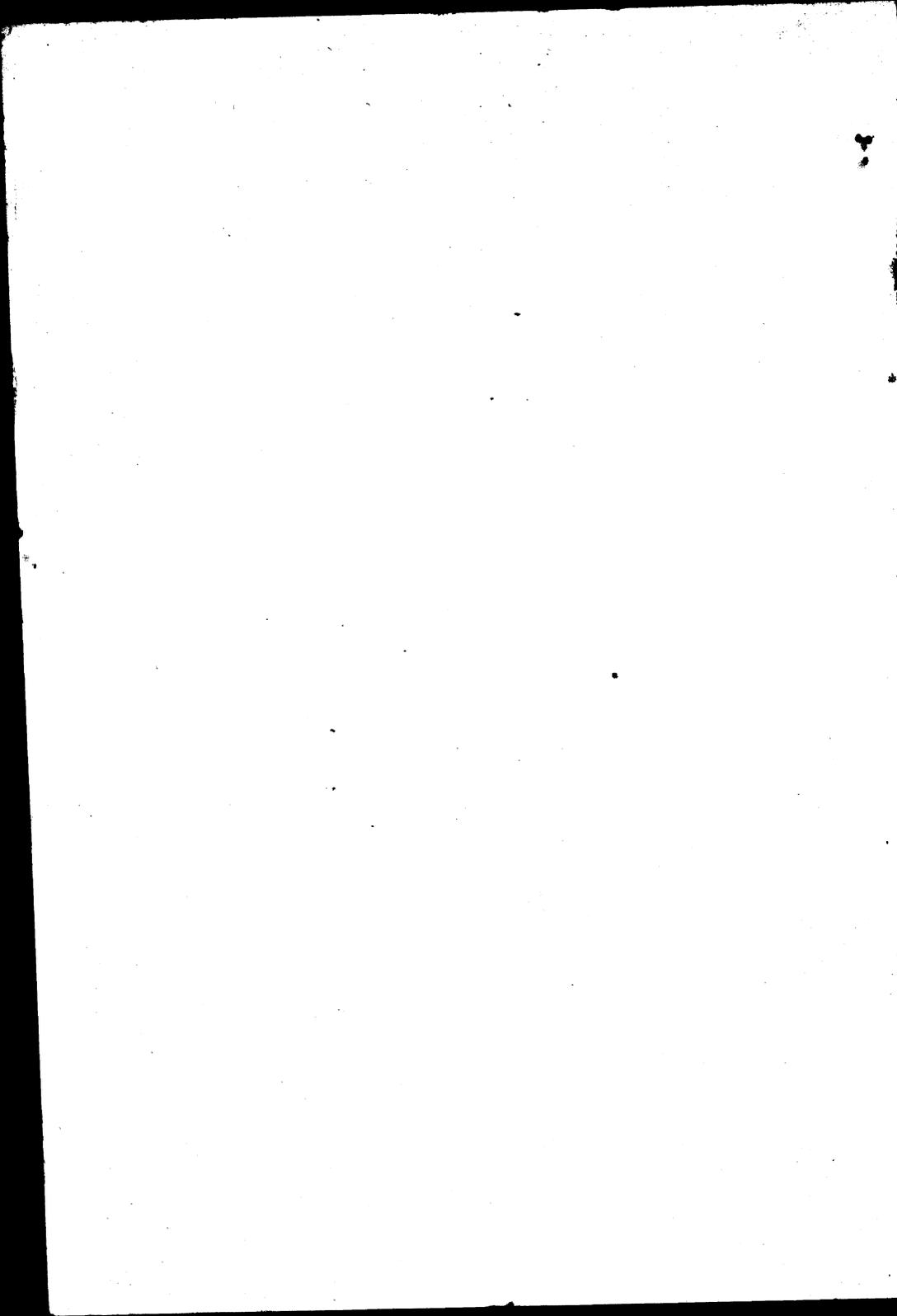




coll. B. G. S.

ALGUNAS CONSIDERACIONES
SOBRE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA
ÚLCERA DEL ESTÓMAGO
Y SUS COMPLICACIONES



AÑO 1914

NÚM. 2782

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**ALGUNAS CONSIDERACIONES
SOBRE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA
ÚLCERA DEL ESTÓMAGO
Y SUS COMPLICACIONES**

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

SALVADOR PATANÉ

Ex-practicante externo del Hospital Rawson

Ex-practicante menor y mayor interno por concurso del Hospital Rawson

Ex-practicante menor y mayor por concurso de la Casa Central de la A. Pública

Ex-practicante mayor del Hospital «Pedro Fiorito» de Avellaneda

(1909 - 10 - 11 - 12 y 13)



BUENOS AIRES

PREMIADO ESTABLECIMIENTO GRÁFICO "RIACHUELO" — ALMIRANTE BROWN 1076

1914

*Man
OS
97h*

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 102 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Vice-Presidente

DR. D. LUIS GÜEMES

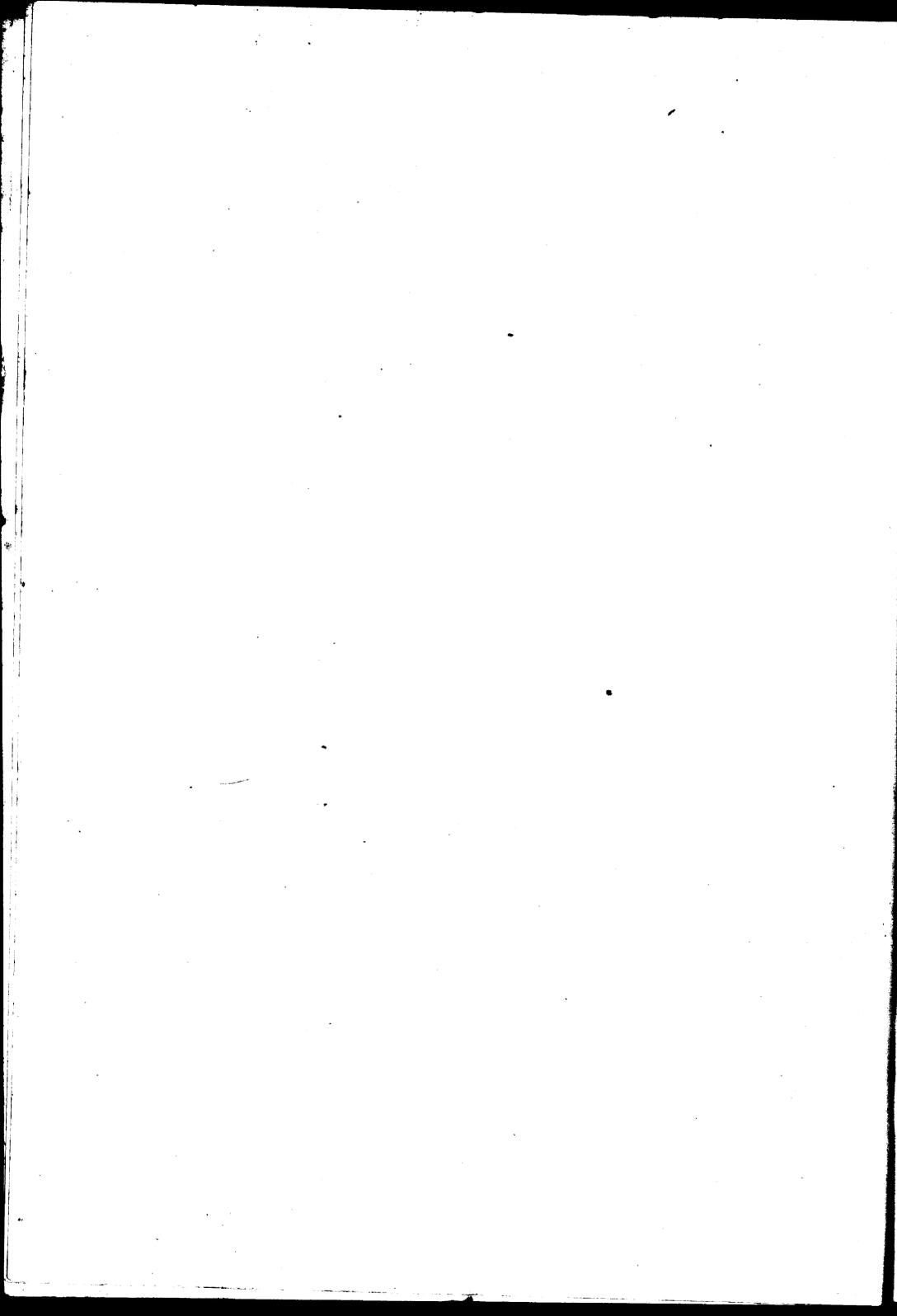
Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. " " JACOB DE TEZANOS PINTO
3. " " EUFEMIO UBALLES
4. " " PEDRO N. ARATA
5. " " ROBERTO WERNICKE
6. " " PEDRO LAGLEYZE
7. " " JOSÉ PENNA
8. " " LUIS GÜEMES
9. " " ELISEO CANTÓN
10. " " ENRIQUE BAZTERRICA
11. " " ANTONIO C. GANDOLFO
12. " " JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
13. " " DANIEL J. CRANWELL
14. " " HORACIO G. PIÑERO
15. " " JUAN A. BOERI
16. " " ANGEL GALLARDO
17. " " CARLOS MALBRAN
18. " " M. HERRERA VEGAS
19. " " ANGEL M. CENTENO
20. " " DIÓGENES DECOUD
21. " " BALDOMERO SOMMIER
22. " " FRANCISCO A. SICARDI
23. " " DESIDERIO F. DAVEL
24. " " DOMINGO CABRED
25. " " GREGORIO ARAOZ ALFARO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

" " MARCELINO HERRERA VEGAS

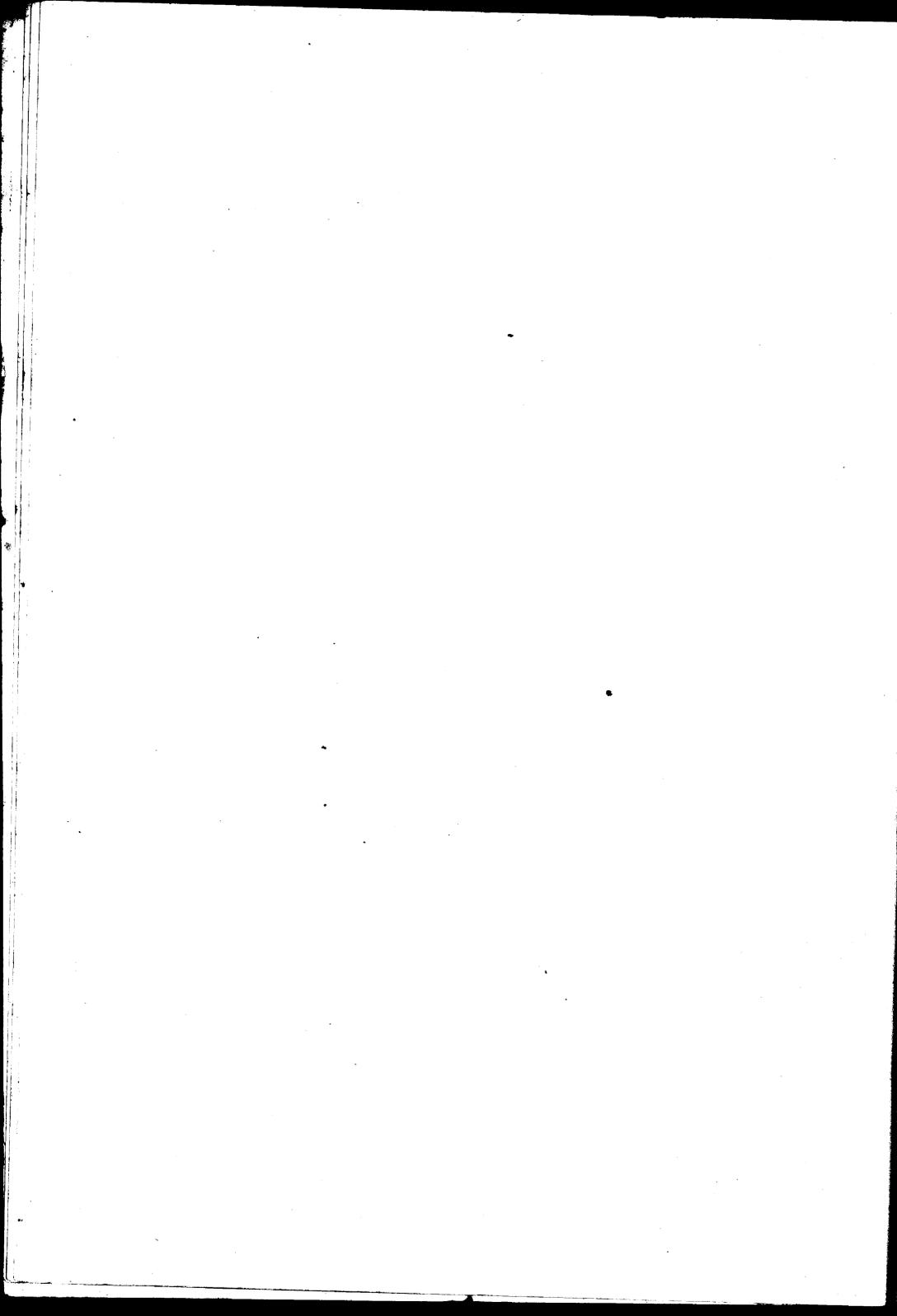


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. " " TELÉMACO SUSINI
2. " " EMILIO R. CONTI
3. " " OLHINTO DE MAGALHAES
4. " " FERNANDO WIDAL



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice-Decano

DR. D. EDUARDO OBEJERO

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)

„ „ FRANCISCO SICARDI

„ „ TELÉMACO SUSINI

„ „ NICASIO ETCHEPAREBORDA

„ „ EDUARDO OBEJERO

„ „ LUIS GÜEMES

„ „ ENRIQUE BAZTERRICA

„ „ JUAN A. BOERI (suplente)

„ „ ENRIQUE ZÁRATE

„ „ PEDRO LACAVERA

„ „ ELISEO CANTÓN

„ „ ANGEL M. CENTENO

„ „ DOMINGO CABRED

„ „ MARCIAL V. QUIROGA

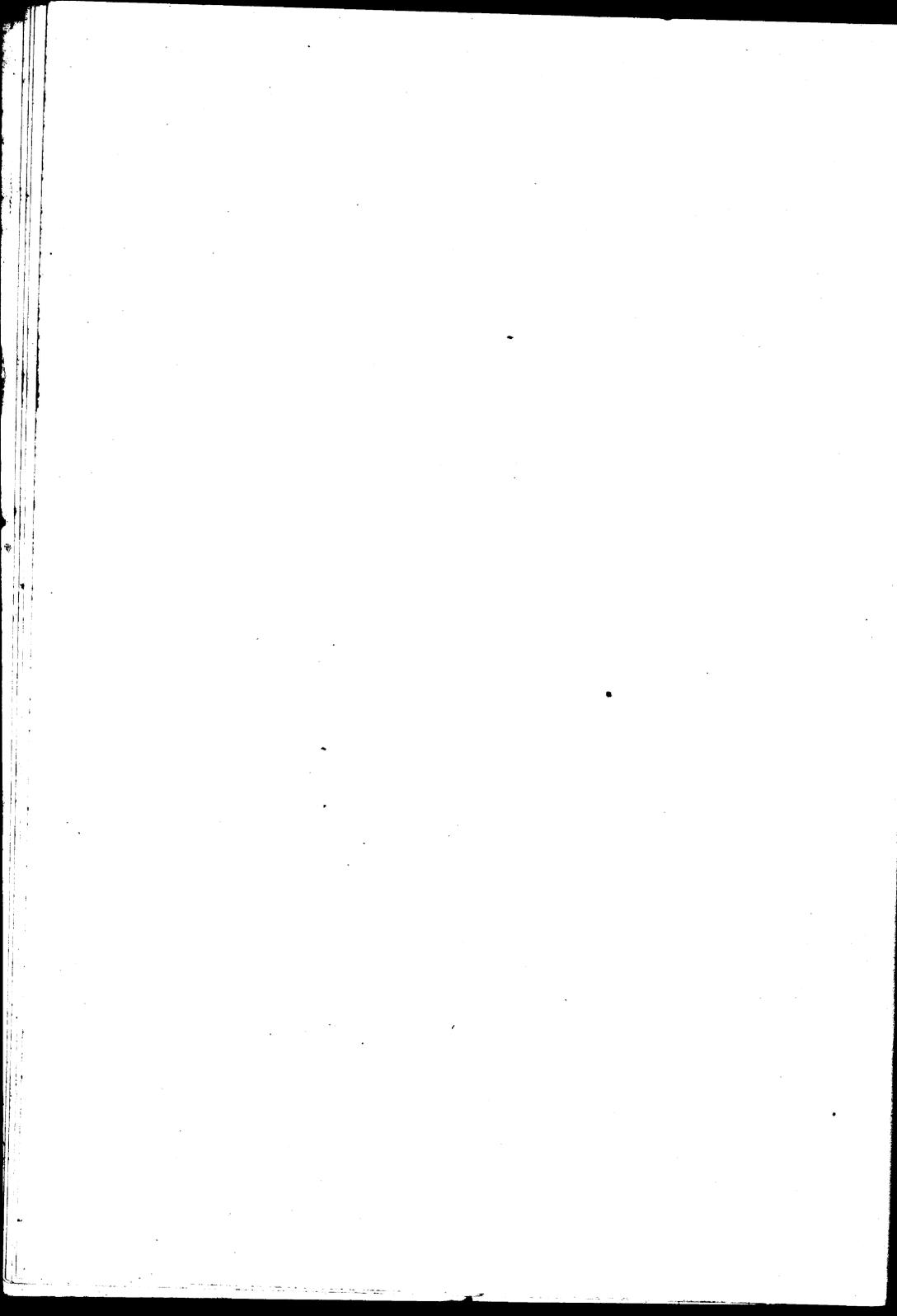
„ „ JOSÉ ARCE

„ „ ABEL AYERZA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)

„ „ JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

„ J. T. BACÁ

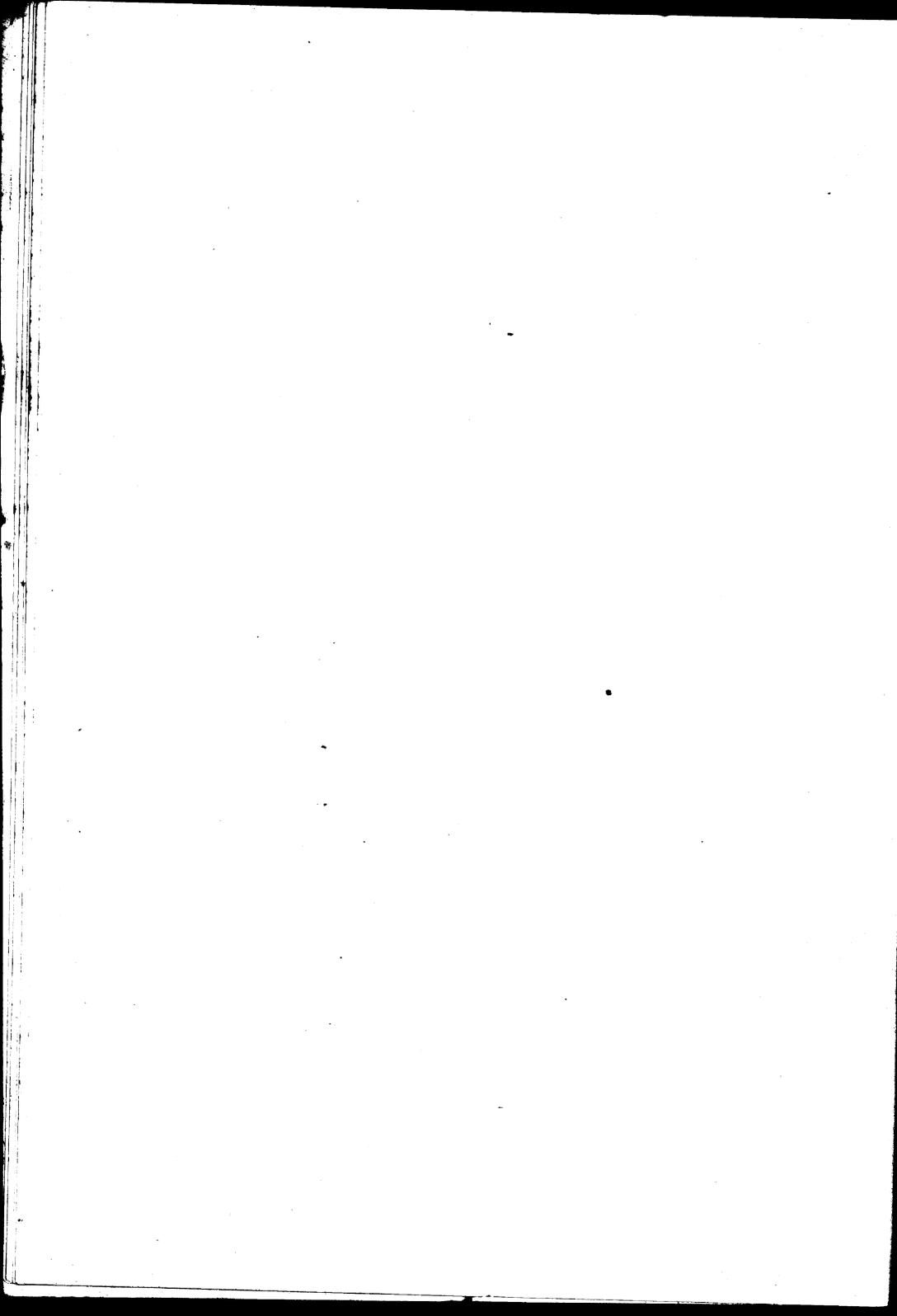
„ J. Z. ARCE

„ P. N. ARATA

„ F. DE VEIGA

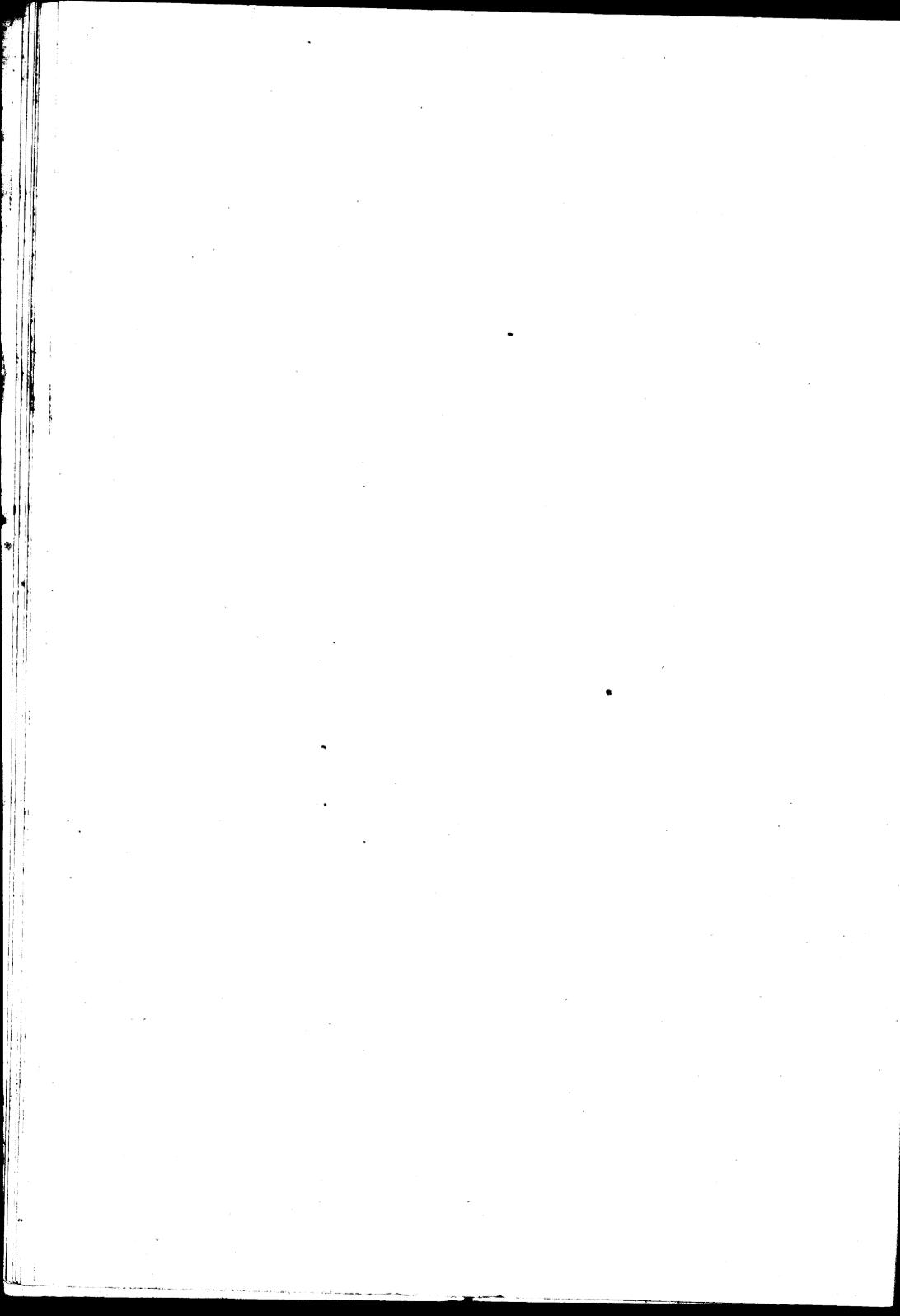
„ ELISEO CANTÓN

„ J. M. RAMOS MEJÍA



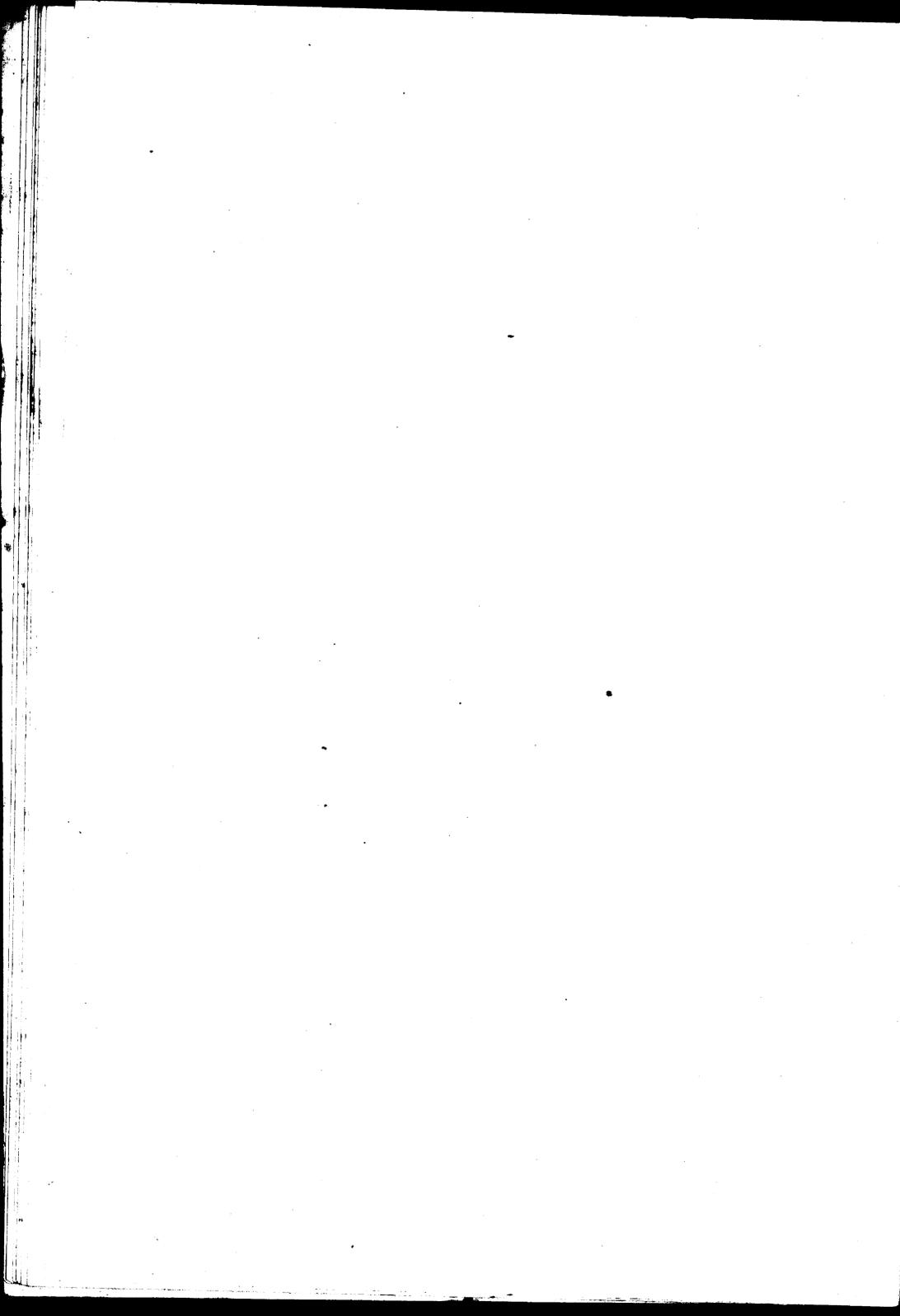
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	" LUCIO DURAZONA
Anatomía Descriptiva	" RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	" JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
Química Médica	" ATANASIO QUIROGA
Histología	" RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	" ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana ...	" HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	" CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica	" PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	" RICARDO SCHATZ
Semeiología y Ejercicios clínicos .	" GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	" DAVID SPERONI
Anatomía Patológica	" AVELINO GUTIÉRREZ
Materia Médica y Terapia	" TELÉMACO SUSINI
Patología Externa	" JUSTINIANO LEDESMA
Medicina Operatoria	" DANIEL J. CRANWELL
Clinica Dermato-Sifilográfica	" LEANDRO VALLE
" Génito-urinaria	" BALDOMERO SOMMER
Toxicología Experimental	" PEDRO BENEDIT
Clinica Epidemiológica	" JUAN B. SEÑORANS
" Oto-rino-laringológica ...	" JOSÉ PENNA
Patología Interna	" EDUARDO OBEJERO
Clinica Quirúrgica	" MARCIAL V. QUIROGA
" Oftalmológica	" PASCUAL PALMA
" Quirúrgica	" PEDRO LAGLEYZE
" Médica	" DIÓGENES DECOUD
" Médica	" LUIS GÜEMES
" Médica	" FRANCISCO A. SICARDI
" Médica	" IGNACIO ALLENDE
" Quirúrgica	" ABEL AYERZA
" Neurológica	" ANTONIO C. GANDOLFO
" Psiquiátrica	" MARCELO VIÑAS
" Obstétrica	" JOSÉ A. ESTEVEZ
" Obstétrica	" DOMINGO CABRED
" Pediátrica	" ENRIQUE ZÁRATE
Medicina Legal	" SAMUEL MOLINA
Clinica Ginecológica	" ANGEL M. CENTENO
	" DOMINGO S. CAVIA
	" ENRIQUE BAZTERRICA



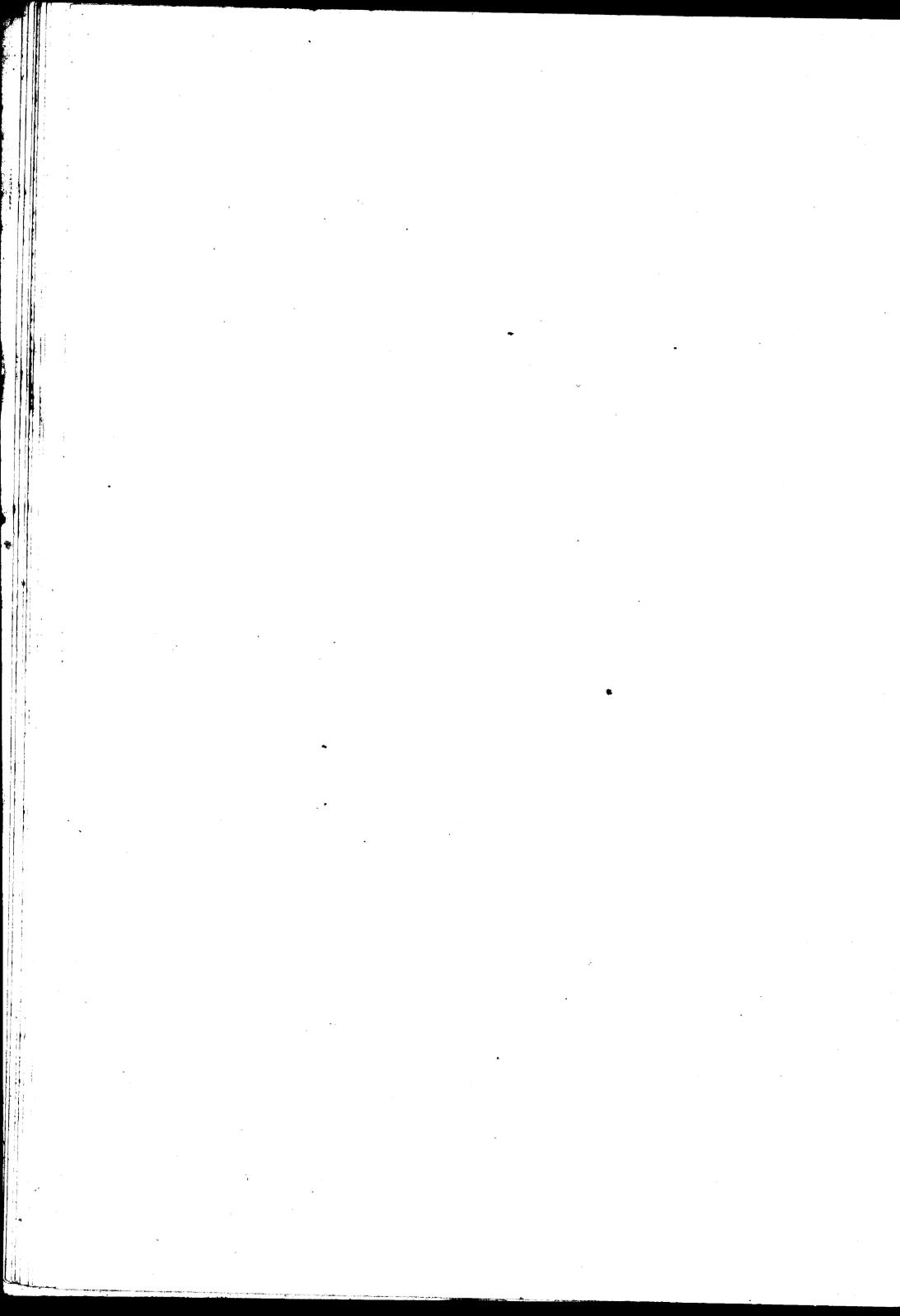
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	DR. DANIEL J. GRENWAY
Física Médica	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	{ „ JUAN CARLOS DELFINO
	{ „ LEOPOLDO URIARTE
	{ „ ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica	„ JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	„ JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	„ PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica ...	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	{ „ JOSÉ R. SEMPRÚN
	{ „ MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica	„ BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	„ ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica	„ FRANCISCO LLOBET
Patología interna	„ RICARDO COLÓN
Clínica oto-rino-laringológica	„ ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica	„ JOSÉ T. BORDA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica	DR. RODOLFO ENRIQUEZ (en ejer.)
Anatomía descriptiva	" PEDRO BELOU
Zoología médica	" GUILLERMO SEEBER
Histología	" JULIO G. FERNÁNDEZ
Fisiología general y humana	" FRANK L. SOLER
Higiene Médica	" FELIPE JUSTO
Semciología	" MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica	" ROBERTO SOLÉ
Materia Médica y Terapia	" CARLOS R. CIRIO
Medicina Operatoria	" JOAQUÍN LLAMBIAS
Patología externa	" JOSÉ MORENO
Clinica Dermato-Sifilográfica	" PEDRO CHUTRO
" Génito-urinaria	" CARLOS ROBERTSON
Clinica Epidemiológica	" NICOLÁS V. GRECO
Patología interna	" PEDRO L. BALIÑA
Clinica Oftalmológica	" BERNARDINO MARAINI
" Quirúrgica	" JOAQUÍN NIN POSADAS
" Médica	" FERNANDO R. TORRES
" Pediátrica	" PEDRO LABAQUI
" Ginecológica	" LEONIDAS JORGE FACIO
" Obstétrica	" ENRIQUE DEMARÍA
Medicina legal	" ADOLFO NOCETI
	" MARCELINO HERRERA VEGAS
	" JOSÉ ARCE
	" ARMANDO MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
	" JOSÉ M. JORGE (H.)
	" LUIS AGOTE
	" JUAN JOSÉ VITÓN
	" PABLO MORSALINE
	" RAFAEL BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" M. R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCÍA
	" MANUEL A. SANTAS
	" MANERTO ACUÑA
	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" JAIMÉ SALVADOR
	" TORIBIO PICCARDO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" ALBERTO PERALTA RAMOS
	" FAUSTINO J. TRONGÉ
	" JUAN B. GONZÁLEZ
	" J. C. RISSO DOMINGUEZ
	" JOAQUÍN V. GNECCO

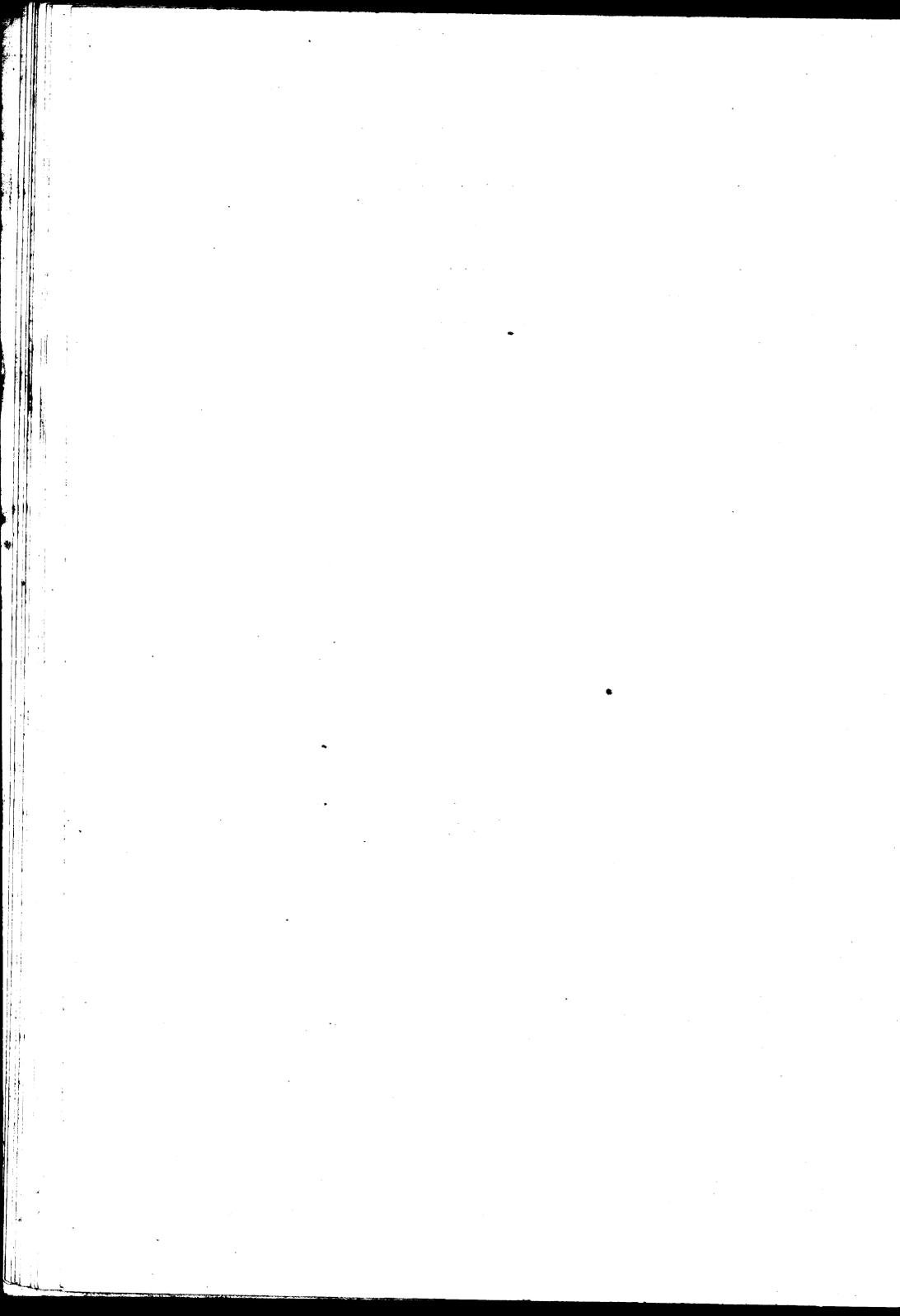


ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	„ ADOLFO MUJICA (con lic.)
Química inorgánica aplicada	„ MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	„ FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología racionales	„ JUAN A. BOERI
Física farmacéutica	„ JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicología (primer curso)	„ FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	„ J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicología (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	„ FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	„ RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Farmacognosia y posología racionales	SR. JUAN A. DOMINGUEZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica	} „ PASCUAL CORTI „ RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología racionales	
Física farmacéutica	DR. OSCAR MIALOCK
Química orgánica	„ TOMÁS J. RUMI
Química analítica	„ PEDRO J. MÉSIGOS
Química inorgánica	„ JUAN A. SÁNCHEZ
	„ ANGEL SABATINI



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	} DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Partido distócico y Clínica Obstétrica	

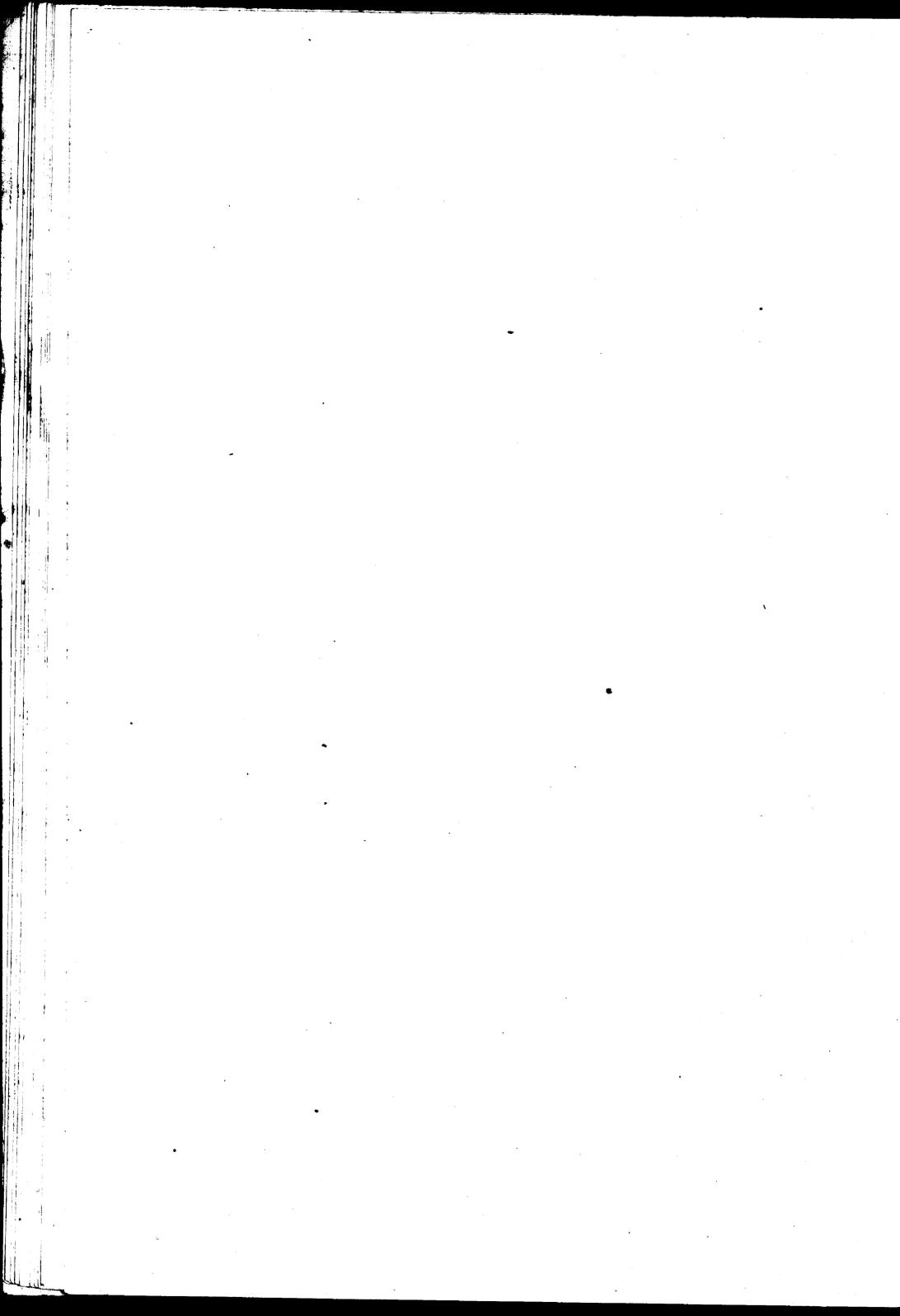
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	} DR. UBALDO FERNÁNDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica	

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año	„ LEÓN PEREYRA
3.er año	„ N. ETCHEPAREBORDA
Protésis Dental	SR. ANTONIO GUARDO

Catedrático sustituto

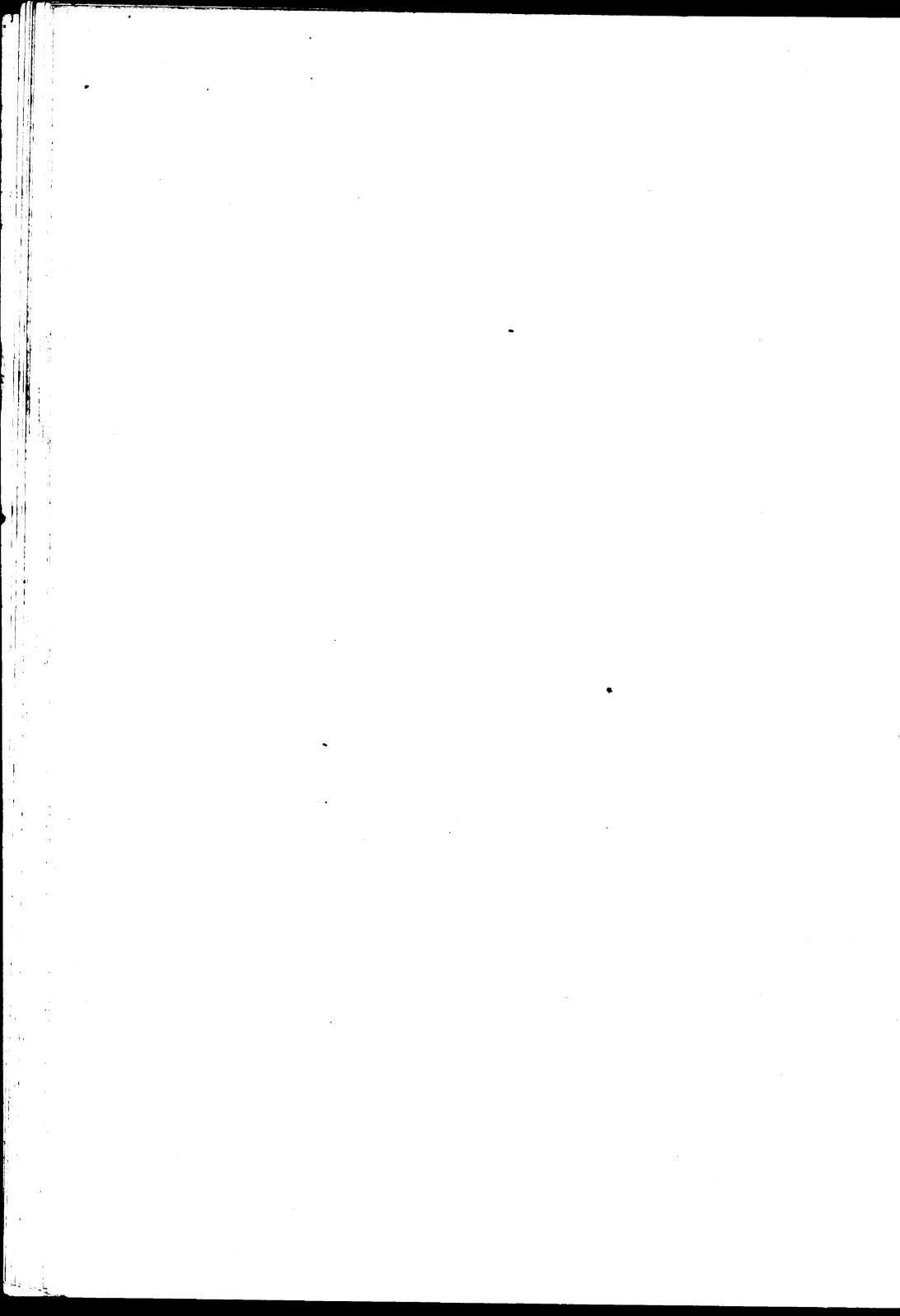
DR. ALEJANDRO CABANNE



PADRINO DE TESIS :

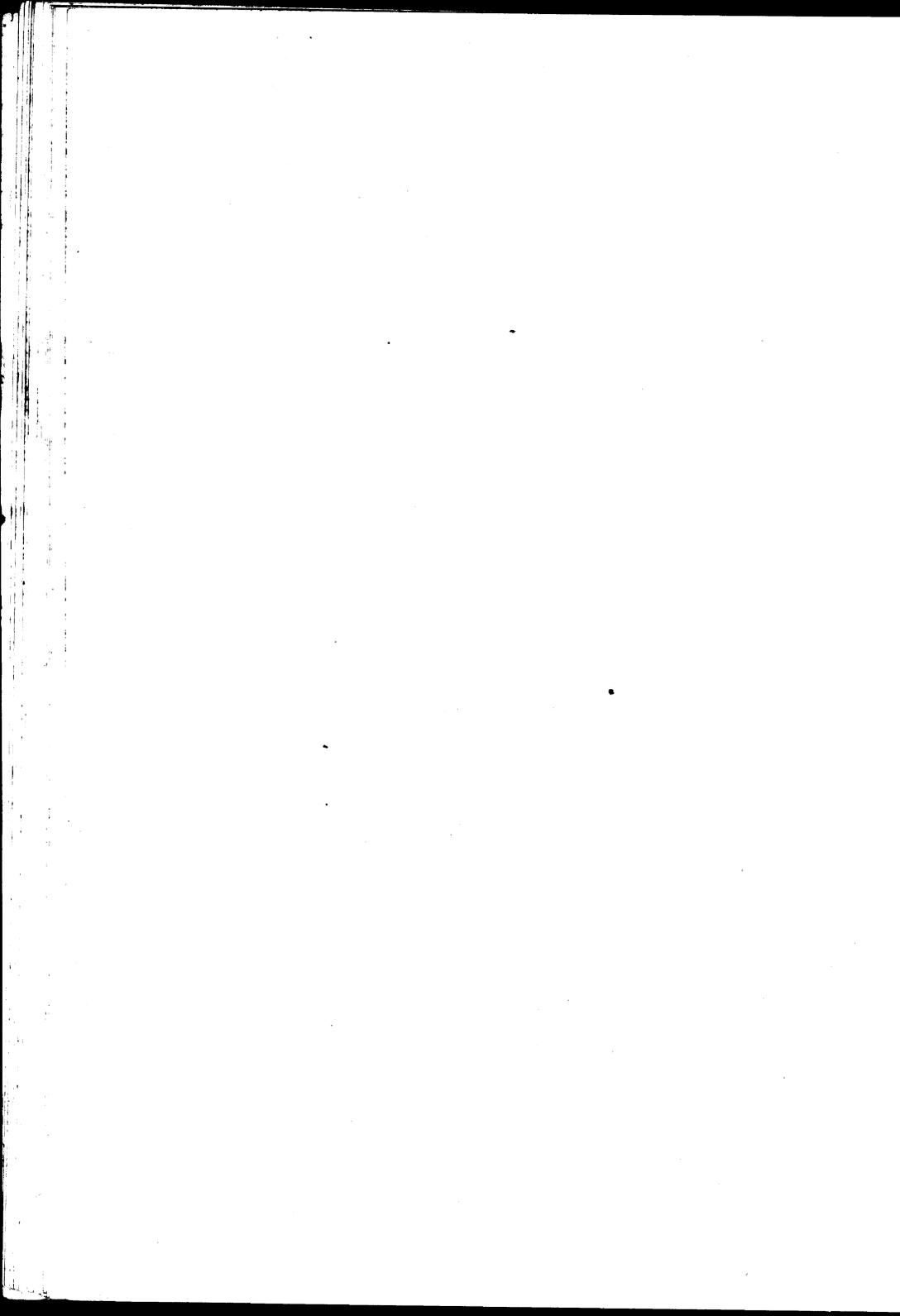
Doctor E. Oscar Copello

Jefe de la Sala V del Hospital T. de Alvear



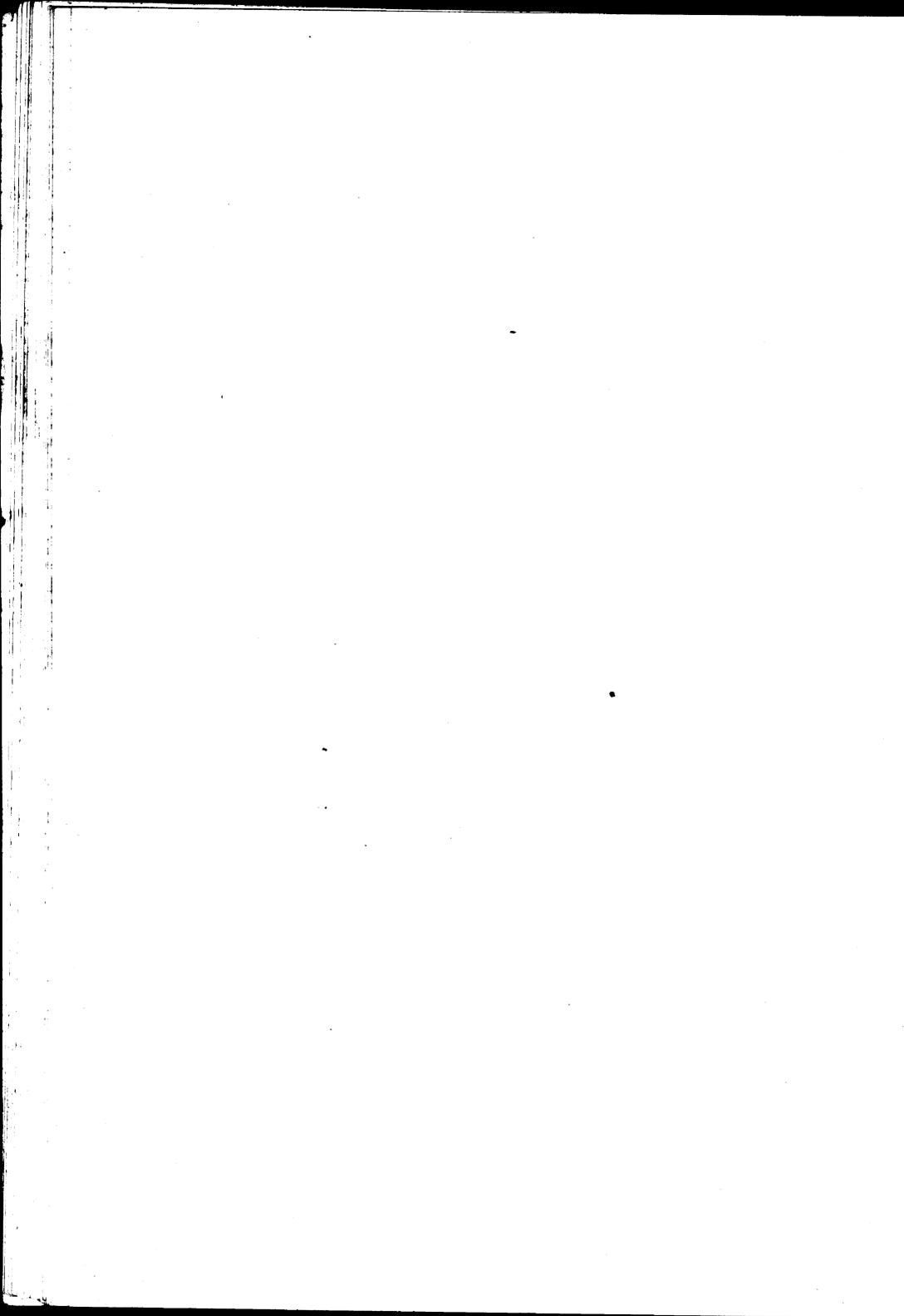
A MIS PADRES

A MI ABUELA

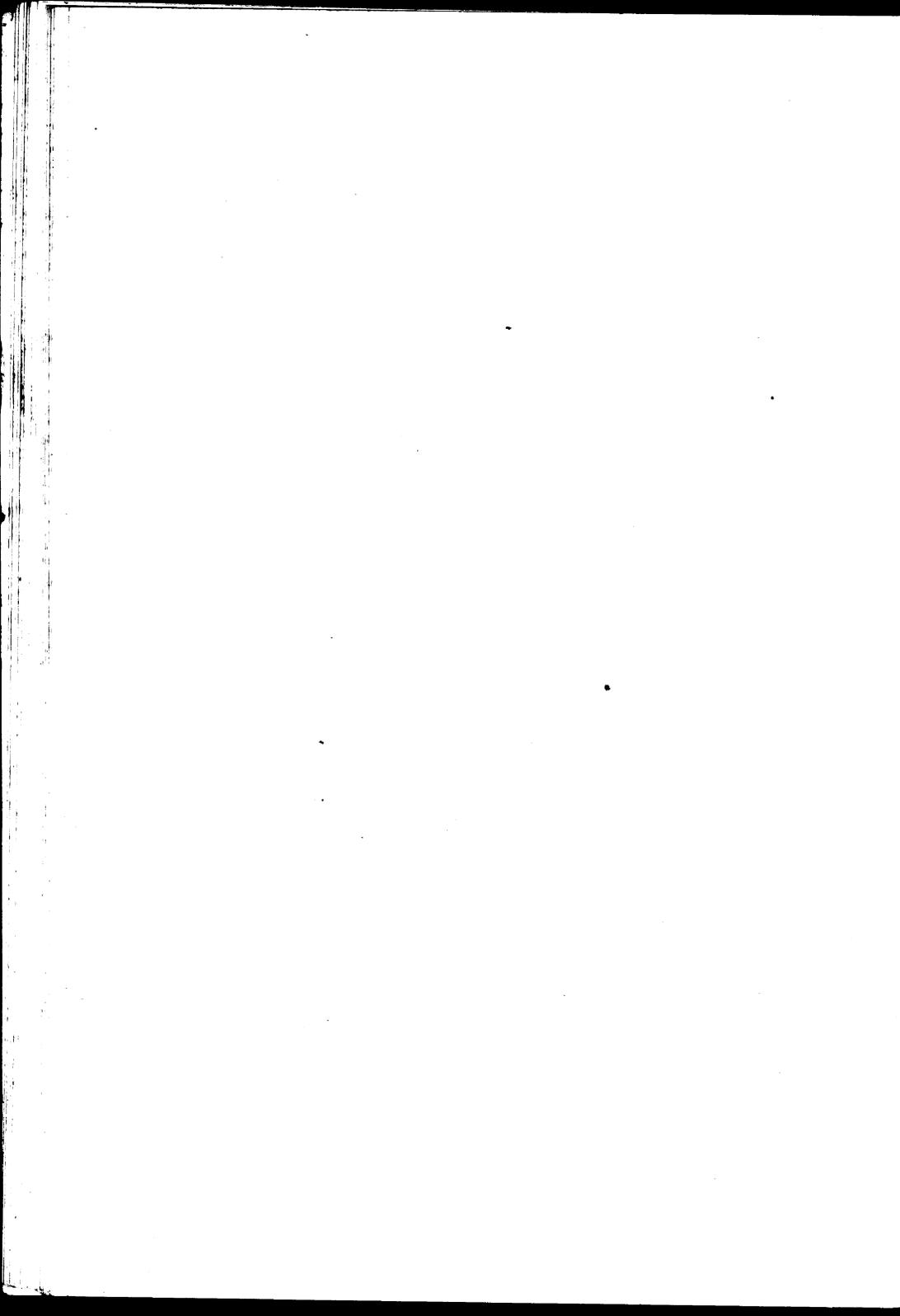


A LA MEMORIA DE MI QUERIDO HERMANO

A MIS HERMANAS



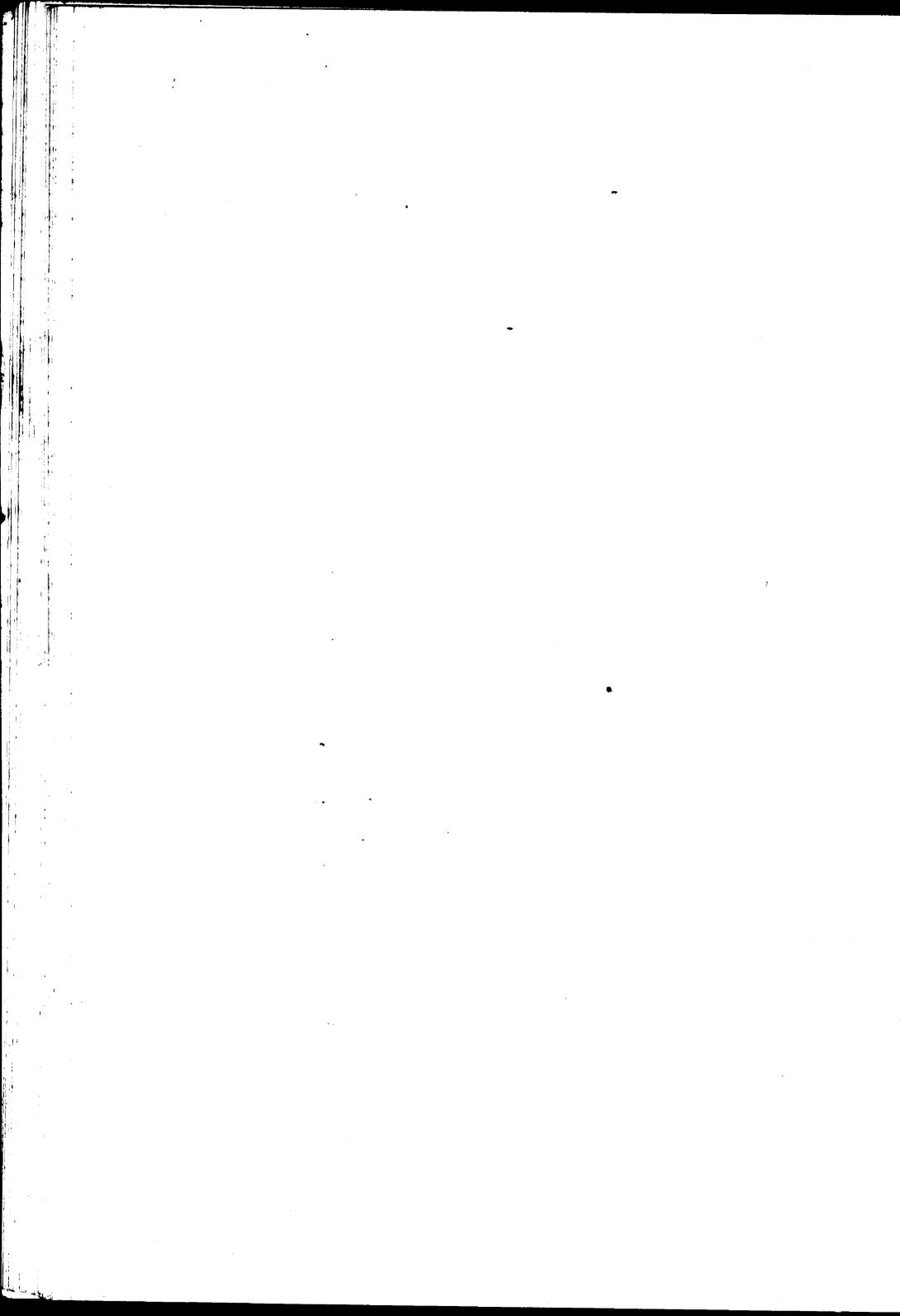
A MIS TIOS
A MIS AMIGOS



AL SEÑOR DESIDERIO ROSETI Y SEÑORA

HOMENAJE DE GRATITUD

AL SEÑOR JULIAN SOLVEYRA



Señores Consejeros,

Señores Académicos,

Señores Profesores:

Como última prueba que exige la ordenanza presento a la consideración de vuestro científico y elevado criterio, el presente trabajo sobre "*el tratamiento quirúrgico de la úlcera del estómago y sus complicaciones.*"

Sé que nada nuevo puedo decir sobre el asunto, pues para esto son necesarios varios años de experiencia, pero he puesto de mi parte todo el empeño para que este modesto trabajo merezca vuestra aprobación.

Divido el presente trabajo en tres capítulos. En el primero me ocupo del tratamiento quirúrgico de las úlceras del cuerpo del estómago: considero la gastro-enterostomía, la excisión de la úlcera y la resección transversa del estómago.

En el segundo capítulo, trato las úlceras de la porción pilórica: la gastro-enterostomía simple, la exclusión pilórica y la pilorectomía.

En el tercer capítulo hablo del tratamiento quirúr-

gico de las complicaciones: la perforación y la hemorragia.

Al daros el adiós de despedida séame permitido expresar mi profunda admiración para los que fueron mis maestros que con tanta dedicación y tanto desinterés se sacrifican en aras de nuestra bién querida escuela. A ellos mi más sincero reconocimiento.

A los Doctores Manuel Augusto Zavaleta, Juan José Vitón y Pedro Escudero, mi sincero agradecimiento por las sabias lecciones recibidas mientras he sido su practicante.

Al Doctor Antonio Montenegro, eximio especialista en vías urinarias, a quien debo los conocimientos que poseo en esa rama de la medicina, mi sincero reconocimiento.

A los Doctores Emilio Bardi y Carlos Edo, muy obligado por sus atenciones.

A mi padrino de tesis Doctor Oscar Copello, mi sincera amistad; al acompañarme en este acto agrega una atención más a las muchas que es acreedor.

TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS DEL CUERPO DEL ESTÓMAGO

(GASTRO-ENTEROSTOMÍA, ESTIRPACIÓN DE LA ÚLCERA
RESECCIÓN TRANSVERSA DEL ESTÓMAGO)

El tratamiento médico de la úlcera del estómago cura la úlcera en la mayoría de los casos. Recién cuando este tratamiento se ha revelado inútil o cuando se han producido ciertas complicaciones entra en actuación la cirugía.

Está bien reconocido que es atendiendo a los peligros de la perforación de la úlcera, a la hemorragia, a la estenosis, o a las deformaciones ocasionadas por la retracción cicatricial, que el tratamiento quirúrgico ha sido instituido.

(GASTRO-ENTEROSTOMIA)

Hasta hace muy poco tiempo la única operación para todos los casos de úlcera del estómago y aun del duodeno era la gastro-enterostomía. En nuestros nuevos tiempos la resección del estómago y la exesión de la

úlceras toman su ubicación desalojando poco a poco a la gastro-enterostomía. Se ha determinado que esta operación en los casos de úlceras del cuerpo casi siempre fracasa.

Pocas operaciones han tenido el éxito de la gastro-enterostomía. Practicada por primera vez, por Wölfler en 1881; por Billroth en el mismo año; por Rydigier en 1884, fué primeramente reservada por los cirujanos avezados a la práctica quirúrgica y considerada como una de las operaciones más delicadas y más peligrosas; en efecto, las estadísticas arrojaban para las afecciones benignas un 25 o/o de mortalidad; fué durante largo tiempo considerada como una operación de urgencia que se practicaba en enfermos ya agotados, con un estado general malísimo y en las peores condiciones para resistir a una intervención quirúrgica.

A medida que los progresos de la asepsia y de la antisepsia daban un vigoroso impulso a la cirugía y cuando se hubo establecido una técnica precisa que permitiera un éxito operatorio fácil y que se hubo constatado los maravillosos resultados que daba la gastro-enterostomía en las estenosis pilóricas, sus indicaciones se fueron extendiendo de una manera desmesurada y durante mucho tiempo fué considerada como una panacea aplicable a todas las afecciones del estómago que resistían al tratamiento médico.

Actualmente, la gastro-enterostomía ha conquistado el lugar que le corresponde en la cirugía gastro-duo-

denal; sus indicaciones han sido perfectamente delimitadas, y en estos últimos tiempos los progresos de la experimentación, de la radioscopía y de la radiografía nos han permitido adelantar un gran paso y nos han permitido restringir el dominio de la gastro-enterostomía para dejar el lugar que le corresponde, a las otras operaciones más de acuerdo con la lógica y con la fisiología.

A propósito del tratamiento quirúrgico de la úlcera del duodeno, Ladevèze en su tesis "Etude clinique et le traitement dell'ulcere du duodenum", cita estas palabras de Mikulicz, de Berlín:

" 1.º El rol del cirujano comienza cuando la terapéutica médica se ha mostrado manifestamente insuficiente para detener la enfermedad;

" 2.º El paciente arriesga mucho más esperando la curación natural de la enfermedad que entregándose a las manos del cirujano."

¿Pero acaso el tratamiento quirúrgico quiere decir gastro-enterostomía? Hace diez años, probablemente sí; actualmente no.

Basta remontarse a 1905 y leer las comunicaciones del 18.º congreso francés de cirugía para darse cuenta del estado de cosas.

Más tarde se demostró que la gastro-enterostomía, que es tan eficaz y salvadora en algunos casos, permanecía, muy al contrario, ineficaz en otros casos, y se le ha culpado de la aparición de nuevos accidentes imputa-

bles, muy probablemente, a las nuevas condiciones fisiológicas creadas por la gastro-enterostomía.

¿En qué consistía el abuso que se hacía de la operación? Si después de haber hecho la nueva boca las cosas pasaran como las idealiza el cirujano no habría más nada que desear. Desde mucho tiempo se tenía la noción de que después de la gastro-enterostomía, el contenido gástrico pasaba directamente a través de la anastomosis, abandonando de una manera definitiva la vía pilórica; aun más, se creía que la nueva boca era una abertura que continuamente permanecía abierta, a la que iban a converger los alimentos introducidos al estómago.

Sabemos actualmente que las cosas no suceden así; la cuestión del funcionamiento de la boca anastomótica no está completamente resuelta; pero en estos últimos años, la experimentación, la radiografía y el estudio de los resultados clínicos, nos han permitido modificar los conceptos erróneos que se tenían de este nuevo estado de cosas.

En 1900, Kelling en su clásica memoria, establecía por la experimentación en el perro, que la gastro-enterostomía con píloro permeable no funciona; esta obliteración funcional del orificio era un fenómeno vital, ligado a la motricidad del estómago; pues sacrificado el animal, el estómago lleno de agua se vacía totalmente por el orificio de la gastro-enterostomía.

Casi todos los procedimientos de las investigacio-

nes confirmaron estos resultados. Cannon y Blake, experimentando en el gato insistían en que el estómago enterostomizado, era lo mismo que un estómago sano, un órgano motor que se amoldaba a los alimentos de tal manera, que la gravedad jugaba un rol absolutamente insignificante en la marcha del quimo gástrico, y que por otra parte sus contracciones llevaban directamente los alimentos hacia el píloro, que durante la contracción es el punto más declive.. Con tales argumentos no se podía ya hablar de drenaje del estómago en la gastro-enterostomía.

Deseando entonces obligar al contenido gástrico pasar por la neostomía, Cannon y Blake en el gato colocaron ligaduras estenosantes en el píloro y pudieron constatar que la evacuación estomacal como antes se hacía igualmente por el píloro; a veces más lentamente, pero siempre siguiendo esta misma vía: *solamente en caso de píloro impermeable los alimentos seguían la neostomía.*

Por otra parte, Tuffier y Aubourg, Frouin, al hacer radioscopía y radiografías en un perro operado vieron al bismuto empujado por las contracciones estomacales dirigirse siempre hacia el píloro. Leguett y Maury en 1907 habían constatado que una pequeña bola ligada a un hilo y deglutida por un perro gastro-enterostomizado, pasaba de una manera casi constante por el píloro, entraba enseguida a contracorriente al estó-

mago por la boca anastomótica, para salir nuevamente por el píloro.

Las experiencias hechas por Delbet en el perro, mostraban de una manera igualmente probatoria, el no funcionamiento de la anastomosis en los animales a píloro permeable.

Sin embargo, A. Pers, basándose en las exploraciones radioscópias de Jonas en 1907 y en 38 casos de gastro-enterostomias por estrecheces cicatriciales, espasmódicas y úlceras pilóricas o duodenales, observó el constante funcionamiento de la anastomosis, con píloro permeable o no, considerando, pues, la gastro-enterostomía como un verdadero drenaje del estómago.

La confirmación de los hechos experimentales fué aportada por la constatación en el hombre, del cierre espontáneo de la anastomosis.

Tuffier, en 1907, aportaba un caso de cierre espontáneo de la neostomia y agregaba un caso de Roux y otro de Monprofit. Han sido publicados otros tres casos: Papadopoulos, en su tesis, consigue reunir 24 observaciones que no dejan de tener un verdadero valor.

Sin embargo, es necesario no creer que en todos los casos, sea con píloro permeable o nó, la boca anastomótica se cierra, las pruebas faltan para admitir semejante conclusión. Los cirujanos hasta ahora no han podido establecer el mecanismo de este cierre espontáneo de la anastomosis.

En algunos casos la causa ha sido bien establecida.

Se trataba del desarrollo sobre la boca gastro-yegunal de una *úlcer*a péptica, que explica todos los fenómenos observados en cierto número de enfermos en que fué netamente constatada (casos de Novaro, Leriche, Gosset, Walton-Martín).

Aportando otros casos, muchos autores admiten como condición necesaria de esta evolución la persistencia o la reaparición de la permeabilidad del píloro.

Hartmann cree que el cierre de la neostomía no está en relación con el grado de permeabilidad del píloro, y Kindl relata 4 casos de estrechez considerable de la anastomosis a pesar de la impermeabilidad del píloro.

Para Leo Schüller, cuando la boca reside en el antro, las evacuaciones por esta boca cuando ellas se producen, son sincrónicas con la evacuación pilórica; ellas son completamente independientes si la boca reside en el fondo. En este caso la obliteración es más rápida.

La cuestión no es tan sencilla: para algunos cirujanos la obliteración sobreviene más frecuentemente cuando se trata de gastro-enterostomías hechas en Y, o al botón de Murphy.

Trastornos debidos a la gastro-enterostomía, en la circulación del contenido intestinal. — La gastro-enterostomía, cualquiera que sea el procedimiento empleado, algunas veces ocasiona una serie de trastornos notables en la circulación del contenido estomacal, trastornos ligeros a veces, trastornos de mucha gravedad

en otros casos: 1.º El contenido del ansa aferente puede evacuarse en el estómago: *es el reflujo en el estómago del contenido intestinal*. 2.º El estómago puede vaciarse por la anastomosis, pero su contenido pasar no por el ansa eferente, sino por el ansa aferente: *el círculo vicioso*.

El círculo vicioso verdadero definido de esta manera no es una complicación muy frecuente. Durante mucho tiempo se ha puesto en duda su existencia; fué necesario varios años de cirugía gástrica para ver un solo caso y en el único caso observado existían adherencias cuya sola ruptura bastó para obtener la curación (Mathieu, Sencert y Tuffier). En ciertos casos se explica por una suspensión manifiestamente defectuosa del ansa intestinal y la gastro-enterostomía anterior tiene en su cuenta numerosos casos de círculos viciosos. Por otra parte se culpó a accidentes infecciosos. La rareza actual de esta complicación aboga en favor de esta manera de pensar, debido a la perfección de la técnica y a una asepsia rigurosa que han determinado el mayor éxito en los resultados.

El círculo vicioso se manifiesta por la aparición de vómitos progresivos, jamás leucoides, que resisten a los anti-eméticos. Van acompañados de abovedamiento del epigastrio y poco a poco puede producirse un cambio del estado general que puede llegar hasta la muerte.

Las causas del círculo vicioso son mal conocidas; la dirección del ansa yeyunal adaptada a la cara pos-

terior del estómago, no parece tener la importancia que se le quiso asignar en un principio; parece que no hay una gran ventaja en colocar el ansa de tal manera que las contracciones sean isoperistálticas con relación a las contracciones gástricas. Sin embargo, la suspensión vertical del ansa con la boca en su punto más declive (Moynihan Ricard) es la mejor condición que se pueda imaginar para evitar el círculo vicioso.

En procedimiento en Y de Roux, actualmente abandonado hasta por él mismo, había sido propuesto para evitar el círculo vicioso, pero en cambio favorecía la producción de la úlcera péptica.

Es bueno hacer la boca yeyunal lo más cerca posible del ángulo duodeno yeyunal, y desde 1900 Czerny y Petersen insistían sobre la necesidad de hacer la operación sin ansas, disposición particularmente realizable en la gastro-enterostomía posterior, y Moynihan, Mayo, Sencert, Tuffier y Mathieu han insistido varias veces sobre esta condición esencial para el buen funcionamiento de la anastomosis.

Por otra parte, cuando el conjunto de condiciones patológicas ha impuesto la ejecución de una gastro-enterostomía anterior que a causa de la longitud del ansa necesaria predispone al círculo, se puede aun evitarlo practicando una entero-anastomosis yeyuno-yeyunal entre la rama aferente y la rama eferente del ansa intestinal anastomosada, según la técnica ideada por Braun,

quien había así mejorado de manera muy apreciable los resultados de la gastro-enterostomía anterior.

El *reflujo del contenido intestinal en el estómago* es un accidente menos grave que el círculo vicioso; se traduce por la presencia en el estómago de la bilis, y por vómitos que comunmente cesan pronto; la importancia de ste reflujo intestinal en el estómago ha sido apreciado de manera muy diferente.

Mathieu, Sencert y Tuffier no atribuyen a este reflujo ninguna influencia perjudicial para en enfermo; han tenido como prueba de esta inocuidad los resultados de la evacuación estomacal y del análisis del jugo gástrico de sus operados. Todos estos enfermos, cuyo estado gástrico era excelente, han sido examinados por Carrión; todos tenían rastros o cantidades bastante notables de bilis y no observaban ningún síntoma que hacían distinguir aquellos que presentaban rastros y los que tenían bastante cantidad.

Frouin, en su estudio sobre el funcionamiento de la gastro-enterostomía, llega a la conclusión que es una operación mala y anti-fisiológica; ha demostrado el mecanismo del reflujo del contenido intestinal, que por otra parte no se observa en el procedimiento en Y de Roux, pero es constante en la gastro-enterostomía posterior de von Häcker.

He aquí como Frouin explica el cierre de la misma boca por el peristaltismo: “en efecto, cada contracción empuja hacia adelante una parte del líquido que con-

“tiene el intestino, pero al nivel de la hendidura anastomótica la pared del intestino ha sido seccionada; las contracciones, no pueden sinó producirse en la parte intacta; resultando pues, que los jugos intestinales, empujados por las contracciones peristálticas, se escapan por la abertura y refluyen al estómago”.

Leo Schüller constató en 22 casos sobre 25 la presencia de bilis y de jugo pancreático en abundancia en el estómago; tres enfermos que no lo presentaban habían sido tratados por la pilorectomía.

Neuhans, en un detallado estudio sobre 17 gastro-enterostomías, constató la extrema frecuencia de la presencia de bilis y tripsina en el estómago, cualquiera que haya sido el procedimiento empleado, salvo tal vez el Y de Roux y más particularmente en las gastro-enterostomías recientes. Si en las viejas gastro-enterostomías la bilis y el jugo pancreático desaparece, es porque la boca se cierra; solamente en los casos en que la obliteración definitiva del píloro es tardía los exámenes revelan en el estómago la presencia de bilis y tripsina.

¿Qué resulta de este pasaje en el estómago de los jugos intestinales, de la bilis y del jugo pancreático? Mathieu, Sencert y Tuffier, por sus constataciones personales opinan que la presencia de bilis en el estómago de los gastro-enterostomizados es compatible con una salud perfecta; los hermosos resultados obtenidos en los ictericos en quienes se ha practicado una fístula bilio-gástrica constituyen la mejor prueba. No sucede

tal vez lo mismo con el jugo pancreático, y Chlumsky primero y Nenhans después, han demostrado que la derivación total del jugo pancreático en el estómago del perro les provoca la muerte en algunos días. Leguett y Maury, por otra parte, insisten en que los perros gastro-enterostomizados no tardaban en producirse una caída rápida del peso y que era muy posible que esto tuviese alguna relación con el reflujo intestinal. Se puede decir, en efecto, que el quimismo gástrico es notablemente modificado; de una manera constante se constata una disminución del ácido clorhídrico y de los compuestos cloro-orgánicos que trae como consecuencia un trabajo digestivo menos completo, como lo demuestra las pocas modificaciones que sufre la comida de prueba.

Por otra parte, se sabe que la secreción pancreática se establece bajo la influencia de la reabsorción de la secretina engendrada por el contacto del quimo ácido con el duodeno; después de la supresión funcional de esta parte del intestino, la secreción pancreática se encuentra muy suprimida; así se explicaría la poca grasa asimilada por los operados.

Es muy posible que en algunos casos los accidentes más o menos tardíos: vómitos, diarreas, el llamado *síndrome dispéptico* de los gastro-enterostomizados puedan explicarse por los trastornos debidos al reflujo intestinal y las modificaciones de la secreción pancreática.

Otros autores consideran el reflujo intestinal co-

mo el principal factor que motiva la desaparición de los accidentes debidos a la úlcera y muy lejos de evitar este reflejo tratan de favorecerlo.

Están de acuerdo que los alimentos no siguen la nueva boca siempre que el píloro sea permeable, dicen que en cambio permite el reflujo continuo de un medio alcalino que vá a neutralizar la hiperacidez estomacal.

Después de cierto tiempo la boca se cierra, ya no refluye el contenido intestinal y cabe entonces preguntarse: ¿Esas recidivas que se observan en los enfermos tratados por la gastro enterostomía no serán debidas a la supresión del reflujo intestinal?

En 1900, Kelling, en una notable memoria relata sus investigaciones experimentales, saca en conclusión que la gastro-enterostomía con píloro permeable no funciona.

En un perro se hace una gastro-enterostomía anterior y un amplio tubo de caoutchouc suturado de una parte al estómago y por otra parte al yeyuno, asegura la permeabilidad de la neostomía.

A 12 centímetros del píloro se hace una fístula duodenal y a algunos centímetros por debajo de la boca anastomótica se hace una segunda fístula.

Establecidas estas comunicaciones definitivamente, se introduce en el estómago del animal 20 centímetros cúbicos de agua coloreada por carmín.

Al cabo de media hora se abren las fístulas, que se mantenían cerradas por tapones metálicos. Por la pri-

mera fístula, se derraman 100 centímetros, mientras que por la segunda apenas 5.

Si en lugar de destapar las fístulas al cabo de media hora se espera más tiempo, la cantidad de líquido que se derrama es bastante superior, pero la proporción siempre es la misma.

Esto equivale a decir que en el caso de una gastro-enterostomía con el píloro permeable, los líquidos siguen la ley general de la fisiología estomacal, siguen el pasaje pilórico hacia el cual van dirigidos por las contracciones, y solamente una mínima cantidad sigue la neostomía.

El calibre del orificio estomacal no entra en tela de juicio, pues cualquiera que fuere el tamaño, las cosas suceden de idéntica manera.

Ahora bien; si se sacrifica el animal y se llena su estómago de líquido, se constatará que por el orificio artificial el líquido se derrama de la misma manera que por el orificio pilórico, siguiendo las leyes de la gravedad.

¿Si en el perro vivo las cosas no suceden de la misma manera, será seguramente porque interviene algún otro factor?

Este factor no puede ser otro que el mecanismo de las contracciones gástricas.

En otro perro Kelling hace una gastro-enterostomía de Y de Roux. El cabo eferente del yeyuno es cosido circularmente al estómago, el cabo ciego es implan-

tado a 25 centímetros por debajo de la neostomía; hace una fístula en la parte media del duodeno, una segunda fístula en la rama vertical del yeyuno entre la gastroentero-anastomosis y la entero-anastomosis. Tres días después se hace tomar al animal 50 gramos de leche y por las fístulas se recoge al cabo de quince minutos 35 gramos por el orificio duodenal y apenas 4 gramos por el orificio yeyunal.

Si se introduce 250 centímetros cúbicos de una solución clorhídrica al 0.25 o|o, al cabo de cuarenta minutos se recoge 248 por el orificio duodenal y 2 por el orificio yeyunal.

El perro fué sacrificado y mostró la neostomía completamente abierta. El estómago lleno de agua se vacía por este orificio.

No puede, pues, existir ninguna duda que con el píloro permeable; todo sigue la vía normal; las experiencias de Kelling lo confirman.

A dos perros de buen tamaño se hacen dos gastroenterostomías de Wölfler con botón. En los dos animales el orificio es bastante amplio para admitir fácilmente dos dedos.

En el primer perro se hace una ligadura en el píloro y en el segundo absolutamente nada.

Al cabo de dos meses se sacrifican los dos animales. En el primero, cuyo píloro fué ligado, el orificio siempre admite los dos dedos, pero en el segundo apenas permitía el pasaje de un solo dedo. Se puede, pues, ad-

mitir que la boca se estrecha tanto más cuanto más permeable es el píloro. -

Tuffier con Frouin y Aubourg, valiéndose de la radioscopia y la radiografía, pudieron asistir a las diferentes fases de la digestión de un perro gastro-entérostomizado con píloro libre y munido de una fístula gástrica permanente.

A las diez de la mañana se introduce por la cánula de la fístula una lechada compuesta de 20 gramos de sub-nitrato de bismuto y 100 gramos de agua; después se deja comer al perro a voluntad.

A las once se vé la imagen radioscópica del tamaño de un puño y sin contracciones; una radiografía tomada en este momento dá una mala imagen a causa de la amplitud de los movimientos respiratorios.

A las doce se comienza a ver sobre la pantalla los movimientos peristálticos del estómago. Estos movimientos son de expresión en masa y dirigidos hacia el píloro. Se renuevan varias veces por minuto y siempre van dirigidos hacia el mismo punto.

A las dos y media de la tarde, es decir, a las cuatro horas y media de la ingestión de la lechada de bismuto, se assiste en la pantalla a la travesía pilórica; los alimentos franquean el píloro; después se ven descender gradualmente en la amplia porción recta del duodeno antes de llegar a un ángulo para remontar y pasar al intestino delgado.

Cannon y Blake habían practicado en "Har-

ward Medical School" un gran número de gastro-enterostomías en gatos, sobre los cuales estudiaron después el mecanismo de las funciones gastro-intestinales en la pantalla fluoroscópica.

Llegaron a la conclusión de que las contracciones musculares del estómago siempre iban dirigidas hacia el píloro y que la boca anastomótica no jugaba ningún rol práctico en la evacuación del estómago, y por consiguiente en la alimentación del animal.

Controlado esto, estos autores provocaron estenosis artificiales del píloro en varios animales; los alimentos siguieron a pesar de esto siempre la vía pilórica y solamente ligando completamente el píloro ellos obtuvieron el funcionamiento de la neostomía. Sin embargo, al cabo de cierto tiempo, si la permeabilidad del píloro se restablecía en parte, los alimentos recuperaban la vía pilórica.

Por otra parte, en 1906 Leguett y Maury habían emprendido experiencias de laboratorio en la Universidad de Columbia.

Habían observado que los animales en los que practicaban la gastro-enterostomía arrancaban por la parte inferior de la curación, la gaza que cubría la herida operatoria y la deglutían.

Curiosos de saber qué sucedía con esta gaza, cloroformaron los animales; poco después constataron que la gaza flotaba en el orificio anastomótico.

Esta constatación era extremadamente interesante, a causa justamente de las publicaciones hechas ya por Cannon.

Estos autores trataron de investigar el camino que había seguido la gasa para llegar hasta la boca anatómica. Para eso siguieron una técnica ya utilizada por Albe y Dunhan y partiendo de esta deducción que si en los animales gastro-enterostomizados y curados operatoriamente, existía una nueva función fisiológica creada por la operación, sería legítimo admitir que las substancias alimenticias digeridas habrían de seguir el mismo camino que los cuerpos no digeribles atados a un hilo e incorporados a los alimentos.

Se practicó, pues, en perros la gastro-duodenostomía o la gastro-yeyunostomía; la técnica consistía simplemente en hacer dos incisiones, abocarlas y suturarlas.

Dos semanas después se permitía a los animales comer un pedazo de carne en la cual se había incluido una bala de plomo de pequeño tamaño y atada a la extremidad de un hilo.

El perro se presta bien a esta maniobra por su voracidad natural; en un instante la carne casi íntegra, con la bala, se encuentra en el estómago.

Después se anestesia al animal, se le separan ampliamente las mandíbulas de manera a poner en evidencia el ligamento ptérico maxilar.

Se ata entonces la otra extremidad del hilo en este

ligamento, teniendo cuidado de que sea laxa para no seccionarlo.

Otro punto a señalarse debe ser el siguiente: el hilo no debe atarse con un nudo a la carne, sino que debe darse varias vueltas al rededor y no debe ser ni muy corto, sino fracasaría la experiencia, ni muy largo, porque sinó se arrollaría sobre sí mismo y quedaría en el estómago.

La experiencia en buenas condiciones, se sacrificaba el animal y entonces era fácil saber el camino que había recorrido la bala, por el hilo que indicaba su pasaje.

Casi siempre la bala había franqueado el píloro; solamente una vez había franqueado la neostomía, porque la bala estaba en el duodeno y a contracorriente había pasado la neostomía para ir nuevamente al estómago.

Los resultados de las experiencias del profesor Delbet son igualmente concluyentes: él opera siete perros de la manera siguiente: sección del intestino delgado cerca del ciego. El cabo superior fijado a la pared abdominal y el cabo inferior implantado al estómago.

Es evidente entonces que todo lo que pasaba por el píloro debía eliminarse por el anus artificial y todo lo que pasaba por la vía quirúrgica debía eliminarse por el ano natural. En todos los animales M. Delbet constató que las deposiciones normales desaparecían al cabo de algunos días. *Todo pasaba por el píloro y nada*

por el orificio anastomótico. Los animales enflaquecían y morían por inanición o por infección secundaria.

En otro perro M. Delbet secciona una ansa intestinal en sus dos extremidades, después de lo cual hace una anastómosis término-terminal para restablecer el conducto intestinal e implanta el ansa intestinal aislada por una parte al estómago y por otra parte a la piel.

El estómago se llena de líquido por medio de una sonda; se retira la sonda y por el anus artificial no sale ni una sola gota; se reintroduce la sonda y no se extrae absolutamente nada. Todo el contenido estomacal había sido vaciado por la vía pilórica y con bastante rapidez, pues la sonda reintroducida al cabo de un minuto no extrajo ni una sola gota de líquido.

En fin, Delbet secciona en otro perro el intestino a 80 centímetros del píloro, hace una gastro-enterostomía con el botón de Jaboulay con el cabo inferior y aboca el cabo superior a la piel. Se hace beber al animal y el líquido absorbido se elimina por el anus artificial expulsado rítmicamente.

He aquí una buena serie de experiencias hechas por distintos experimentadores, en distintos países, en diferentes épocas; todas llegan a la conclusión que si se hace una gastro-enterostomía con píloro libre: *todo sigue eliminándose por el píloro y solamente por el píloro.*

Luego se debe dar por cosa definitivamente establecida, por lo menos en lo que concierne a los animales.

No hay absolutamente ninguna razón que *a priori* en el hombre impida pensar lo mismo.

Las constataciones clínicas lo han demostrado. Papadopoulos en su tesis, cita dos casos de Berg que tienen una gran importancia a este respecto.

Guibert, en su interesante memoria publicada en el *Journal de Chirurgie* en 1908, relata la observación de un enfermo, en el cual Savariaud practicó una gastro-enterostomía, por una úlcera gástrica, no pilórica, sin signos clínicos de stenosis gástrica. El píloro en el curso de la intervención fué encontrado perfectamente permeable. Los resultados operatorios fueron muy satisfactorios; Leven y Barret sometieron este enfermo al examen radioscópico y constataron que le estómago continuaba vaciándose totalmente por el píloro y nada por la boca anastomótica.

¿Qué prueba más evidente de la inutilidad de la gastro-enterostomía, su estrechez al principio y su completa obliteración después, bien entendido siempre que el píloro sea permeable?

Además, la gastro-enterostomía no ha podido frecuentemente impedir que la úlcera continúe sangrando y que se perfora y que los primitivos trastornos persistan. Tampoco puede evitar que una úlcera se transforme en cáncer, si bien es cierto que ha habido una gran exageración al interpretar los hechos. Esas transformaciones de la úlcera en cáncer no son tan frecuentes

como hasta ahora se creía. Se trata en muchos casos de brotes epiteliales que no llegan al carcinoma.

Además, se debe agregar en contra de la gastro-enterostomía el peligro de la úlcera péptica, que es muy grande, debido al contenido ácido y fuerte del estómago.

Tiegel, Garré, Gosset, Paterson, Rotgam, han probado por sus memorias sobre la úlcera péptica del yeyuno en los gastro-enterostomizados que esta temible complicación no es tan rara como parece y que merece llamar la atención del cirujano, pues agrava considerablemente el pronóstico de los resultados más o menos lejanos de la operación. En un enfermo de Páterson esta complicación sobrevino a los cinco años de la operación.

Sin embargo, la gastro-enterostomía tiene aun ardientes defensores; Hochenneg la considera como la operación de elección, aun en los casos en que la úlcera no resida en el píloro.

EXTIRPACIÓN DE LA ÚLCERA

Esta operación, sobre la que se han expresado serias consideraciones, aparte de los peligros de la operación, fué practicada por primera vez por Czerny en 1887.

Se ha demostrado que existen frecuentemente varias úlceras a la vez; que el cirujano, la mayoría de los casos elimina solamente una, pero no sabe si es ésta la fuente de los trastornos para el paciente. Frente a estos argumentos es de notar que hoy no es asunto de mayor importancia la cantidad de estómago a reseca y que casi siempre se puede conseguir por medio de una amplia resección, eliminar todas las úlceras que se puedan reconocer, tanto más cuanto que estas úlceras se sitúan en la región pilórica, región que se presta para las amplias operaciones.

No se puede rechazar que existe el peligro para aquellos pacientes que tienen una predisposición a las úlceras del estómago que nazca una nueva úlcera en la cicatriz de la resección.

Se ha observado, y no con gran rareza, que después

de pilorotomías practicadas desde largo tiempo por úlceras de estómago, que algunas veces nacían recidivas.

Bier vió hace veinte años un caso de úlcera de la pared anterior del estómago con formación de fístula hacia el exterior, que después de la resección recidivó dos veces, que obligó a extirparla por tres veces antes que se curase definitivamente.

No se puede sin duda alguna actualmente expresar un juicio definitivo sobre la extirpación de la úlcera del cuerpo, porque la experiencia es demasiado joven a este respecto.

Pero en los casos frecuentes de úlcera callosa penetrante están indicadas estas operaciones radicales porque estas úlceras no se curan, por lo general, por ningún otro método. La objeción de menos significado es seguramente de que puede nacer sobre la cicatriz de la operación un carcinoma y que esto en la práctica se ha observado; sin duda la úlcera callosa y su corteza cicatricial muchas veces es más peligrosa que la cicatriz plana de la operación.

La escuela alemana, con Bier a la cabeza, es decidida partidaria de la resección de la úlcera del cuerpo y rramente ejecutan otra operación.

Originariamente se practicaba la resección parcial en las úlceras del cuerpo, contrariamente a las úlceras de la región pilórica, donde la pilorotomía circular podía efectuarse fácilmente. Se circundaba la úlcera por

medio de incisiones en los sitios sanos y se cerraba la herida estomacal por una sutura en dos planos.

En la pared anterior del estómago es donde esta operación se efectúa con más facilidad.

He aquí la técnica adoptada por Bier:

La úlcera y sus alrededores es desprendida, ante todo, de sus posibles adherencias y luego es levantada en forma de cúpula.

Se colocan varias pinzas coprostásicas sobre las paredes sanas del estómago a cierta distancia de la úlcera. Después se practica una incisión en el estómago en el borde de la úlcera palpable y se reseca la úlcera bajo inspección visual, incindiendo en los sitios sanos y ayudándose eventualmente con un dedo introducido en el estómago. Para evitar en lo posible la formación de un estómago en bisac, consecuencia del defecto creado, se aconseja suturar la herida estomacal transversalmente. Si la úlcera presenta adherencias con la pared anterior del vientre, circunstancia que no es rara, se reseca el estómago junto con la pared del vientre sin abrir aquél.

Más difícil es la extirpación de la úlcera en la pared posterior. Para hacer accesible la pared posterior del estómago sin abrirlo, se debe sacar el estómago en su porción atacada, a través de un orificio creado en el mesocolón o en el epiplón gastro-hepático. El resto de la operación no se diferencia de la que se hace para reseca una úlcera de la pared anterior.

Hay algunas úlceras de la pared posterior que se pueden operar abriendo previamente el estómago. Para efectuar esto se incide la pared anterior del estómago en la dirección transversal, paralela a la dirección de los vasos. Si se presentaran ciertas dificultades para hacer la toma a través del orificio practicado, se abrirá ampliamente, con instrumentos romos al grande o pequeño epiplón; un asistente introducirá en este orificio dos dedos y empuja hacia arriba la pared posterior para hacerla accesible al cirujano; se toma la úlcera con una pinza de Museux y se extirpa. Lo mejor es proceder paso a paso, y así después de los primeros cortes se colocarán puntos de sutura cuyos hilos se mantienen largos para evitar que se escape el estómago y que vaya a infectar la cavidad peritoneal.

. Se comprende que durante esta operación debe protegerse cuidadosamente el vientre con compresas.

. Esta operación encuentra su principal indicación, cuando por una incisión de prueba practicada en el estómago se ha podido determinar el sitio de la úlcera. Bier pudo convencerse en un caso de úlcera de la pared posterior de la facilidad con que se ejecuta esta operación. Indudablemente es condición casi indispensable para esto que la parte de estómago a resear esté libre de perigastritis adhesiva intensa.

Para la resección de las úlceras de la pequeña curvadura que alcanzan hasta el píloro, von Hacker ha

propuesto la resección del estómago en losanje y la sutura transversa.

Para las úlceras que se sitúan en la pequeña curvatura se puede usar este procedimiento operatorio, resecaando en forma de cuña o en forma elíptica y suturando en la dirección transversal o longitudinal según sea más conveniente.

La resección de la úlcera puede ser una operación racional en ciertos casos.

Cuando la úlcera es única, cuando la úlcera es pequeña, y cuando no ha producido estenosis, y cuando no ha producido grandes adherencias de perigastritis, debe ser la operación de elección. Estas circunstancias pocas veces se presentan, los casos de este género casi nunca llegan al cirujano sino que están en manos de los clínicos; solamente acuden a él cuando han ocasionado repetidas hemorragias, o cuando han llegado a la perforación.

En la gran mayoría de los casos que llegan al cirujano la extirpación de la úlcera está absolutamente contraindicada. En efecto, dice Bier, cuando llegan al tratamiento quirúrgico tienen ya varios años de existencia. En este tiempo por el proceso de retracción cicatricial la úlcera se retrae y arruga toda la pequeña curvatura.

Si en estas condiciones se reseca la úlcera que tal vez no es mayor que una moneda de diez centavos, con sus bordes duros, el cirujano se encuentra sorprendi-



do pocos momentos después, del tamaño alcanzado por el orificio creado que puede llegar al de un puño. Se cierra entonces este orificio y nace como consecuencia una fatal deformidad conocida con el nombre de *estómago en bisac*. En lo posible para evitar esta deformación se aconseja suturar transversalmente. Sucede de esta manera que el píloro se acerca en tal forma al cardias, que el estómago adquiere la forma de un saco o se arrolla en caracol, casi siempre sin pequeña curvatura pero en cambio con una gran curvatura muy amplia. Un estómago en estas condiciones es inapropiado para el movimiento continuo de los alimentos.

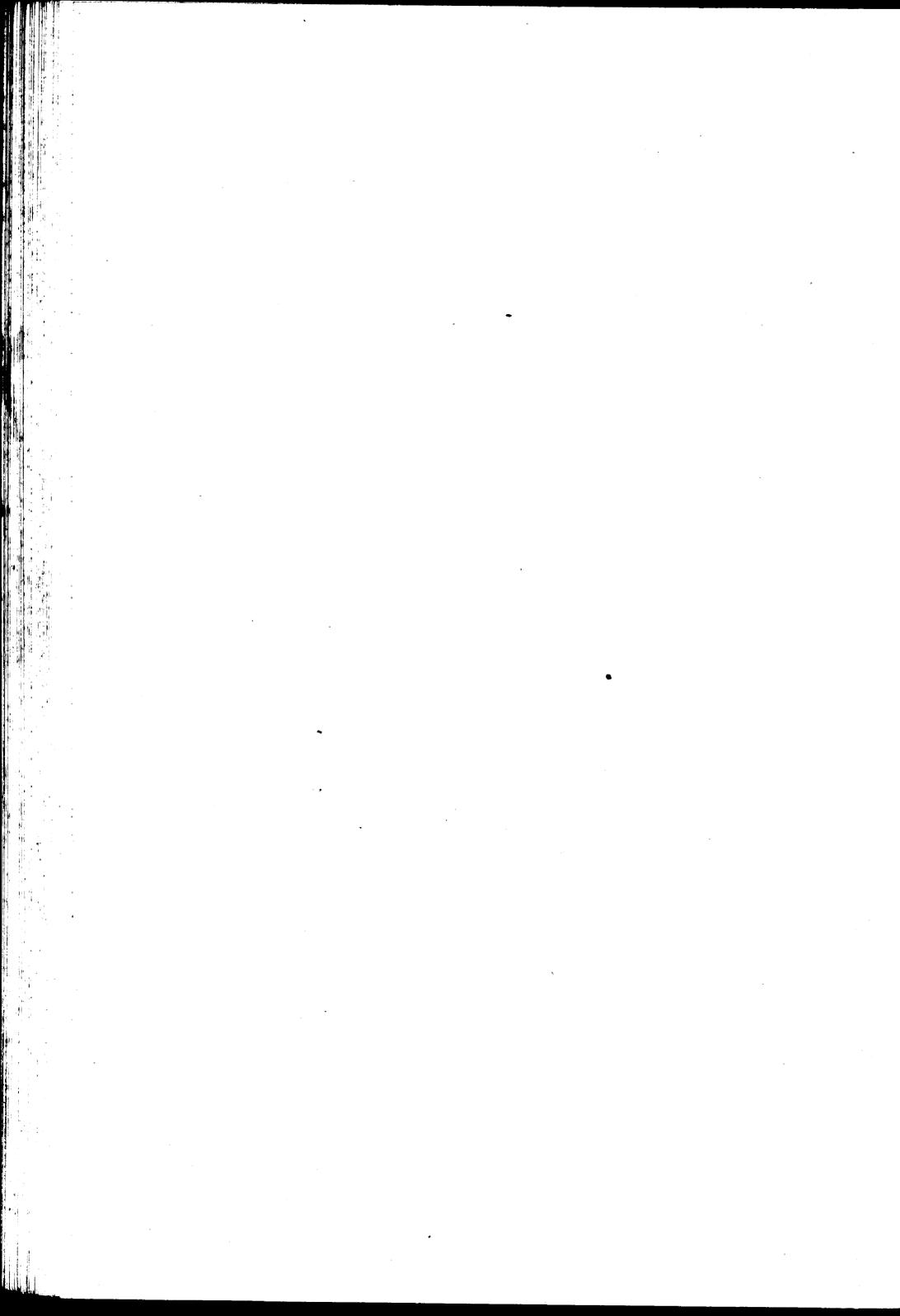
Los operados sufren pronto las consecuencias de la falta de la evacuación completa del estómago, trastornos gástricos y vómitos y se podría decir que *el remedio ha sido peor que la enfermedad*.

Bier hace varios años en dos casos, operados en esta forma se vió obligado más tarde a practicar la gastro-enterostomía.

Bier dice “He tenido tan poca suerte con la resección de la úlcera de la pequeña curvatura aún en los casos de úlcera pequeña, que en 1911 operé una pequeña úlcera adherida al “páncreas; practiqué la resección elíptica con sutura en el eje longitudinal. El estómago tomó después una forma de tubo pero tan poco transformado que me quedé muy conforme del resultado operatorio. Después de poco tiempo de bie-

“nestar nuevos trastornos se instalaron. Repetidas
“radiografías demostraron que se había producido un
“estómago en bisac cuya estenosis se pronunció muy
“rápidamente”.

Agrega Bier, “cuando después de practicada la
“excisión de la úlcera se tema que el vaciamiento del
“estómago sea difícil de realizarse debe practicarse la
“gastro-yeyunostomía”.



RESECCIÓN TRANSVERSA DEL ESTÓMAGO

Con el objeto de evitar los serios trastornos que produce la resección de la úlcera de la pequeña curvatura varios cirujanos han practicado la resección transversa del estómago, operación que le crea una forma más adaptable para el movimiento normal del contenido estomacal.

Bier entre otros, desde hace varios años ha tratado varios casos aislados. Riedel ha sido el primer cirujano que sistemáticamente ha efectuado esta operación llevándose la prioridad, y mereciendo el aplauso general.

Esta operación en efecto suprime la úlcera y con esto el peligro de la perforación, y de la hemorragia, y al mismo tiempo los trastornos causados por la estenosis, y por las fuertes adherencias de perigastritis.

Es cierto que la resección del estómago por úlcera es en muchos casos más difícil técnicamente que la misma operación por carcinoma, porque generalmente en aquel caso coexisten fuertes adherencias del perigastritis. Por otra parte el pronóstico es mucho más fa-

vorable porque el ulceroso tiene mayores resistencias que el canceroso. Los casos que con más frecuencia se han presentado para esta operación son las úlceras del cuerpo, llamadas *úlceras callosas penetrantes*.

La úlcera crónica es perforada hacia afuera, pero el hígado, el pancreas, el mesocolon, la pared del vientre, o varios de estos órganos a la vez se adhieren prontamente con el segmento del estómago y evitan así la perforación en la gran cavidad. La úlcera corroe progresivamente estas partes protectoras y provoca la formación de grandes cavidades. Con cierta frecuencia se encuentran capas espesas de tejido conjuntivo alrededor de ella y a gran distancia extendidas adherencias de perigastritis. Frecuentemente la úlcera, junto con las adherencias forma un grueso tumor conocido con el nombre de tumor *ulceroso*, de consistencia más o menos dura.

Con el vientre abierto es fácil reconocerlo. En nuestros tiempos estamos en condiciones de reconocer por las radioscopias características no solo la existencia de una úlcera sino también su penetración en los órganos de la vecindad.

He aquí la técnica que adopta Bier para esta operación.

Este cirujano supone un caso de resección del segmento mediano del estómago y un caso de úlcera crónica con adherencias múltiples del estómago con el hí-

gado, con el mesocolon, con la pared del vientre y con el pancreas.

Se practica una incisión en la línea media desde el apéndice xifoides al ombligo, se introduce la mano izquierda en el vientre y se palpa hacia la izquierda buscando las adherencias con la pared del vientre. Se atraviesan estas adherencias dulcemente, practicando sobre la pared una incisión que llegará más allá de la porción atacada por las adherencias. En este momento el recto es seccionado nuevamente y el operador tiene bajo su vista el amplio campo operatorio.

Queda entonces un trozo elíptico extirpado de la pared del vientre, como colgando del estómago y cerrando la úlcera. Se puede conservar también la vaina anterior del recto dado que, la úlcera en la mayoría de los casos no corre tanto el músculo.

En seguida se pasa a las adherencias con el hígado generalmente con su lóbulo izquierdo. Siempre que sea posible hay que evitar las maniobras bruscas. Se penetra suavemente entre el hígado y el estómago con el dedo índice de la mano izquierda que a la vez sirve de protector y con el termo-cauterio se seccionan las adherencias; en este momento debe tenerse mucho cuidado de no abrir la úlcera. Si esta maniobra de introducir el dedo no diera resultado se abre el hígado de delante a atrás mientras el operador tracciona el estómago hacia abajo y el ayudante el hígado hacia arriba. Como el tumor ulceroso es pobre en vasos se observa

que la hemorragia es sumamente pequeña. A esto hay que agregar que el carácter cirrótico tomado en esta parte del hígado favorece la consistencia de la sutura.

El gran epiplón es resecaado entre ligaduras en masa. Terminada esta sección del epiplón, se introduce la mano izquierda detrás del estómago y se orienta sobre la clase y extensión de las adherencias del tumor ulceroso con el páncreas y el mesocolón, pero antes es necesario dividir el epiplón gastro-hepático. En las formaciones ulcerosas extendidas los tejidos están transformados, en una producción dura de aspecto de tumor, porque la úlcera toda está envuelta de neo-formaciones de aspecto cicatricial y cubierta con los ganglios linfáticos vecinos inflamados. A pesar de todo esto la separación del pequeño epiplón casi siempre es fácil, cuando se lo separa de una manera roma. En un pequeño sitio y cerca del piloro, se hace una abertura y se introduce el dedo que cargará el pequeño epiplón el que se vá ligando poco a poco.

Si se tropieza con grandes dificultades se puede separar el pequeño epiplón sin ligaduras previas, tanto más que si el cirujano se aleja de los vasos, la hemorragia de esta ganga conjuntiva es siempre escasa.

Luego deben separarse las adherencias con el páncreas y con el meso. Hecho esto la operación se presenta completamente distinta que la simil para el carcinoma.

En el cáncer cuando se quiere ejecutar la gas-

trectomia se debe eliminar imprescindiblemente las partes enfermas de la vecindad es decir que se deben reseca las partes vecinas del páncreas y del mesocolon invadidas por la enfermedad. En la úlcera basta separar las adherencias al ras del estómago; esto debe hacerse con el mayor cuidado por los peligrosos órganos de vecindad. En este momento el estómago puede abrirse. Sin embargo siempre que sea posible debe mantenerse cerrado con pinzas adecuadas.

Muy frecuentemente es imposible esta maniobra a causa, ya sea de las adherencias de perigastritis o de los clamps que constituyen un obstáculo para el cirujano.

Siempre que sea necesario se puede por medio del aspirador de Potain aspirar los líquidos del interior del estómago. después de esto puede abrirse el estómago aún con la ausencia de pinzas, sin peligro de que la cavidad peritoneal por otra parte protegida por compresas sea infectada.

Poco a poco es extirpada la úlcera en parte con el bisturí en parte con instrumentos romos sin que el páncreas y el mesocolon sean heridos. Si se presentan dificultades extraordinarias, se recomienda cortar primeramente el estómago de un solo lado. Se rebate hacia otra dirección entonces la parte que ha quedado fija y se facilita así la liberación del tumor ulceroso. Después de la separación de la úlcera el estómago se hace movable.

Se separan hacia ambos lados las adherencias en una extensión tal hasta encontrar la pared del estómago cubierta con serosa sana y en estas condiciones se reseca el segmento medio del estómago de la misma manera que se efectúa para el carcinoma (a lo Billroth I) lo que en la práctica no ofrece dificultad.

A pesar de la desigualdad de los orificios los cirujanos de la escuela alemana no hacen ninguna sutura de oclusión sobre el orificio más amplio; sinó que unen directamente en tal forma de tomar un pedazo mayor de estómago en este orificio que en orificio opuesto.

La sutura de las paredes hipertrofiadas del estómago es muy sencilla y cura con seguridad cuando se sigue la regla de efectuar la resección sobre las paredes provistas de serosa sana.

Sin embargo esta regla para los casos extendidos de perigastritis no puede ser siempre cumplida pero aún en estos casos una sutura segura siempre es posible.

Antes de la resección y de la sutura es necesario tratar la úlcera o mejor dicho el tumor ulceroso por el lado del pancreas. La cavidad debe limpiarse y cuidadosamente secada. Generalmente este *toilet* exige poca cosa porque esta cavidad es casi siempre lisa y libre de granulaciones.

Después es necesario llenar la úlcera con un colgajo de epiplon el que se fija por unos puntos aislados a los bordes de la cavidad. Bier dice que esto es mejor

que meter un tapon de gaza comunicando con el exterior, por lo menos dice haber obtenido óptimos resultados con aquel procedimiento.

Como terminación se cierra la pared, tratando primero la incisión transversa y después la incisión longitudinal. Los bordes del recto son fáciles de suturar en la dirección transversal a pesar de la porción reseca, porque los enfermos generalmente están enflaquecidos. La misma hernia cicatricial no es de temer. Bier ha visto hace poco tiempo varios enfermos a los cuales además de la resección de la úlcera, le había extirpado un fragmento del músculo recto. Todos ellos presentaban mucho tiempo después ideales cicatrices.

De dos pacientes a los cuales hace más de diez años. Bier ha operado, ha recibido sus noticias; las cicatrices están en perfecto estado. Este mismo cirujano asegura que la incisión en |— es mejor que la incisión longitudinal a través del recto.

Si la porción pilórica posee también úlceras cosa que no es muy rara, o existe una estenosis cicatricial en el piloro o toda la porción pilórica está envuelta en adherencias de perigastritis y es inapropiada para las suturas, entonces se extenderá la resección hasta el mismo duodeno y se operará a lo Billroth II).

Kirschner y Mangold en sus estudios experimentales sacan las siguientes conclusiones acerca de la resección transversa del estómago:

1.º La tonicidad del esfínter pilórico y el ritmo de sus movimientos alternativos de cierre y apertura fuera de la evacuación gástrica, permanecen absolutamente normales después de la sección transversal del estómago.

2.º Las contracciones del antro pilórico no son absolutamente modificadas por esta sección, ni en su ritmo, ni en su forma, ni en la intensidad de presión que realizan.

3.º La coordinación funcional del esfínter y del antro pilórico se traduce por el sincronismo de sus movimientos; y es perfectamente conservada.

4.º El reflejo de inhibición de las contracciones del antro pilórico bajo la influencia del ácido clorhídrico o del aceite en el duodeno, permanece intacto.

Luego la motricidad del segmento pilórico no es en nada modificada.

TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS DE LA REGIÓN PILÓRICA

GASTRO-ENTEROSTOMÍA, CIERRE DEL PÍLORO,
EXCLUSIÓN DEL PÍLORO-PILORECTOMÍA

GASTRO ENTEROSTOMÍA

Es un asunto admitido actualmente que si se hace una gastro-enterostomía con el píloro incompleto cerrado la nueva boca creada se estrechará o se cerrará del todo mientras que en el caso de oclusión del píloro esta nueva boca persistirá abierta y funcionará.

Teniendo en cuenta esto se comprende la inutilidad de la gastro-enterostomía en los casos en que la radioscopia y la radiografía nos muestran un píloro permeable.

La evacuación del estómago será más laboriosa, las contracciones más frecuentes, la permanencia de los alimentos en el estómago será un poco mayor, pero el resultado siempre es el mismo "la boca anastomótica no funciona", los alimentos se dirigirán hacia el píloro.

Ahora bien si la radioscopia y la radiografía nos muestran un píloro impermeable o considerablemente

estrechado la gastro-enterostomía es el tratamiento de elección.

Esto en lo que respecta a estenosis cicatriciales.

Si se tratare de úlcera florida del píloro, el enfermo presenta dolores, vómitos, hemorragias, y su estado general es precario, algunos cirujanos aconsejan hacer primeramente la gastro-enterostomía para completar el tratamiento con la exclusión del píloro si los trastornos continuaran.

Pero sucede a menudo que el dolor característico que se calma solamente después del vómito no siempre es aliviado por la gastro-enterostomía; Chauvel en su tesis, von Eisberg en sus publicaciones citan numerosos casos en que los dolores han persistido o al contrario han aumentado de intensidad.

La hemorragia es aún menos influenciada por la gastro-enterostomía. Ferrier sobre 32 casos tratados por la gastro-enterostomía simple cuenta 21 curaciones y 9 recidivas.

La úlcera continúa siendo irritada por el contenido gástrico, la hemorragia se reproduce.

Se concibe que por la misma causa la gastro-enterostomía no influye sobre el proceso de ulceración. Tuffier señala un caso de perforación de una úlcera pilórica, al séptimo día de una gastro-enterostomía.

CIERRE DEL PÍLORO-EXCLUSIÓN DEL PÍLORO

Teniendo en cuenta la ineficacia que la gastro-enterostomía ejerce sobre la hemorragia, sobre los dolo-

res, y sobre el proceso ulcerativo, varios cirujanos han propuesto en la misma sesión practicar lo que se denomina exclusión del píloro, es decir crear antes del sitio en que reside la úlcera, un obstáculo capaz de suprimir el funcionamiento pilórico.

Practicada esta operación por Doyen en 1892 y en 1894 en dos tentativas de resección del píloro ulcerado inextirpable, la exclusión del píloro ha sido practicada con propósito deliberado por von Eisberg en 1895, por tumores malignos y benignos del píloro.

En su comunicación al Congreso de Bruselas de 1905, este cirujano dá el resultado de sus cuatro operaciones por úlcera: curación operatoria en todos los casos; curación terapéutica en tres, muerte en uno al cabo de ocho meses por hemorragia.

Chauvel en su tesis de 1898 sostiene la operación y relata cierto número de casos experimentales que comprueban la benignidad de la operación.

Terrier en la Sociedad de Cirujía (1904) considera a esta operación capaz de detener las hemorragias que la gastro-enterostomía fué incapaz de detener.

Jonnesco ha consignado varios casos al congreso de Bruselas de 1905.

Tuffier en su Tratado sobre cirujía del estómago 1907 dice que la exclusión pilórica ofrece casi los mismos peligros que la resección del píloro sin presentar ventajas y no es una operación más eficaz que la gastro-enterostomía simple.

Recientemente Mondino y Prat, (de Montevideo) después de haber tratado varios casos de úlcera pilórica y duodenal, concluyen que para obtener un buen funcionamiento de la neostomía es necesario asociar la gastro-enterostomía a la exclusión pilórica o duodenal. A ellos la exclusión por bloqueo a los Doyen les ha dado buenos resultados; sin embargo opinan que para obtener una exclusión segura es necesario emplear el procedimiento por sección.

Porta en una reciente publicación señala los maravillosos éxitos por él obtenidos en los casos de úlceras del píloro, tratados por medio de la exclusión pilórica.

Jonnesco considera la exclusión pilórica como la operación de elección en los casos de úlceras del píloro, siempre que no sea posible practicar la pilorectomía.

Entre nosotros el profesor Viñas ha practicado la exclusión pilórica con curación operatoria.

El profesor Chutro ha practicado varias veces la exclusión pilórica con curación operatoria en todos los casos.

Actualmente parece que existe un acuerdo entre los cirujanos en admitir que la exclusión pilórica es una buena operación, sin presentar una gravedad particular.

En efecto, la exclusión del píloro, coloca a la úlcera al abrigo de las irritaciones producidas por el contacto con el contenido gástrico y actuará eficazmen-

te contra el dolor, la hemorragia, la tendencia a la perforación y modificará profundamente el quimismo estomacal.

Existen varias maneras de excluir el píloro.

Bier, ha practicado varias veces una ligadura inmediatamente por encima del sitio de la úlcera; emplea para esto seda o catgut fuerte, y después practica una sutura sero-serosa. En todos los casos que ha empleado este procedimiento no ha observado trastornos notables. Otros cirujanos han observado que después dolores intensos.

Von Tappeiner deduce de sus investigaciones experimentales que el hilo de la ligadura secciona las paredes del estómago, se elimina por la luz pilórica, y la continuidad del tubo digestivo es nuevamente restablecida.

Bier en estos últimos tiempos en varios casos de úlcera duodenal y pilórica, ha empleado el angiotribo de Doyen, ligando en la parte aplastada y suturando por arriba. Para los casos de úlcera del duodeno este aplastamiento no se recomienda porque las úlceras están muy cerca y pueden dar lugar a una perforación del intestino durante estas maniobras.

Bier no ha observado trastornos desagradables con este procedimiento.

Wilms, Bogoljuboffs y otros han propuesto hacer la ligadura por medio de un fragmento de oponeurosis

del músculo gran recto; otros cirujanos han practicado lo mismo por medio de un fragmento de fascia lata.

Esta ligadura no perfora como la seda o el hilo metálico la pared del tubo digestivo; algunos autores opinan que este fragmento de aponeurosis se organiza y produce una estrechez fibrosa y duradera. Muy al contrario otros han observado la necrosis de esta cinta aponeurótica y con esto la nueva permeabilidad pilórica.

Bier ha observado que después de mucho tiempo radioscopías practicadas permitían constatar el pasaje al través del píloro de pequeñas porciones de la pasta de bismuto sin haber producido sin embargo ningún trastorno.

Doyen practica la exclusión del píloro por medio de hilos que hace pasar al rededor del estómago en el espesor de la sero-muscular y anudando después. (Blocage).

De esta manera el píloro se pliega y determina una estrechez a veces lo suficiente duradera para hacer cesar los trastornos. Se evita de esta manera abrir el estómago y se abrevia la operación. Por esto varios cirujanos recomiendan este procedimiento en los enfermos cuyo estado general no permite soportar una operación más prolongada.

Girard hace la exclusión del píloro, practicando una incisión en el estómago que vaya de una curvatura a la otra, sin interesar la mucosa; en la parte media de

la incisión sus labios son desprendidos de la mucosa subyacente.

De esta manera la incisión adquiere la forma de una elipse, y es fácil por medio de dos ganchos que tiran horizontalmente transformarla en un losange, que se sutura longitudinalmente. Es el procedimiento de piloroplastía de Mikulicz y Heinecke invertido.

Parlavecchio en 1910, excluía el píloro por medio de un hilo que anudaba alrededor del estómago por encima de la región pilórica. A pesar de los resultados favorables aportados por Parlavecchio y Randisi, a este procedimiento se le pueden hacer las mismas objeciones de Bier.

Biondi ha ideado un ingenioso procedimiento, del cual son decididos partidarios muchos cirujanos. Este operador practica sobre la cara anterior del antro pilórico, en su parte media y paralelamente al eje del estómago un incisión de 6 a 10 centímetros interesando la serosa, la muscular y la sub-mucosa. Esta incisión debe prolongarse más hacia el lado del estómago que hacia el lado duodenal. Llegado a la mucosa, sin incidirla, Biondi la aísla en todo su contorno, y hace un manchón de mucosa que se cierra por medio de hilos pasados por transfijión: dos por el lado del estómago y dos por el lado del píloro. Resección de la porción de mucosa intermedia, y sutura en tres planos de la herida practicada.

En este procedimiento no se abre la cavidad esto-

macal, no abre la retro-cavidad de los epiplones, garantizando una asepsia mayor en lo que respecta a la operación en si. Es un procedimiento que se puede emplear aun cuando existan adherencias en la pared posterior del estómago.

Han sido presentadas piezas anatómicas de los experimentos realizados que demuestran la obstrucción definitiva de la luz estomacal.

El procedimiento por sección de von Eisberg elimina todos los inconvenientes imputables a los otros procedimientos.

Chauvel en su tesis, ha estudiado este procedimiento, con toda detención.

Se corta el estómago al lado de la úlcera en dirección al cardias y siempre en un sitio sano de la pared del estómago y se cierra después separadamente los dos orificios por una sutura en dos planos.

El sitio en el cual se quiere cortar el estómago es liberado el pequeño epiplón de la pequeña curvatura y el epiplón gastro-cólico de la gran curvatura.

Antes de suturar definitivamente es necesario resecar circularemente parte de la mucosa normal del estómago para impedir que la secreción estomacal en este sitio siga irritando la mucosa después de la exclusión.

La exclusión de Eisberg es sin duda alguna el procedimiento más seguro, pero tiene el inconveniente que complica demasiado la operación.

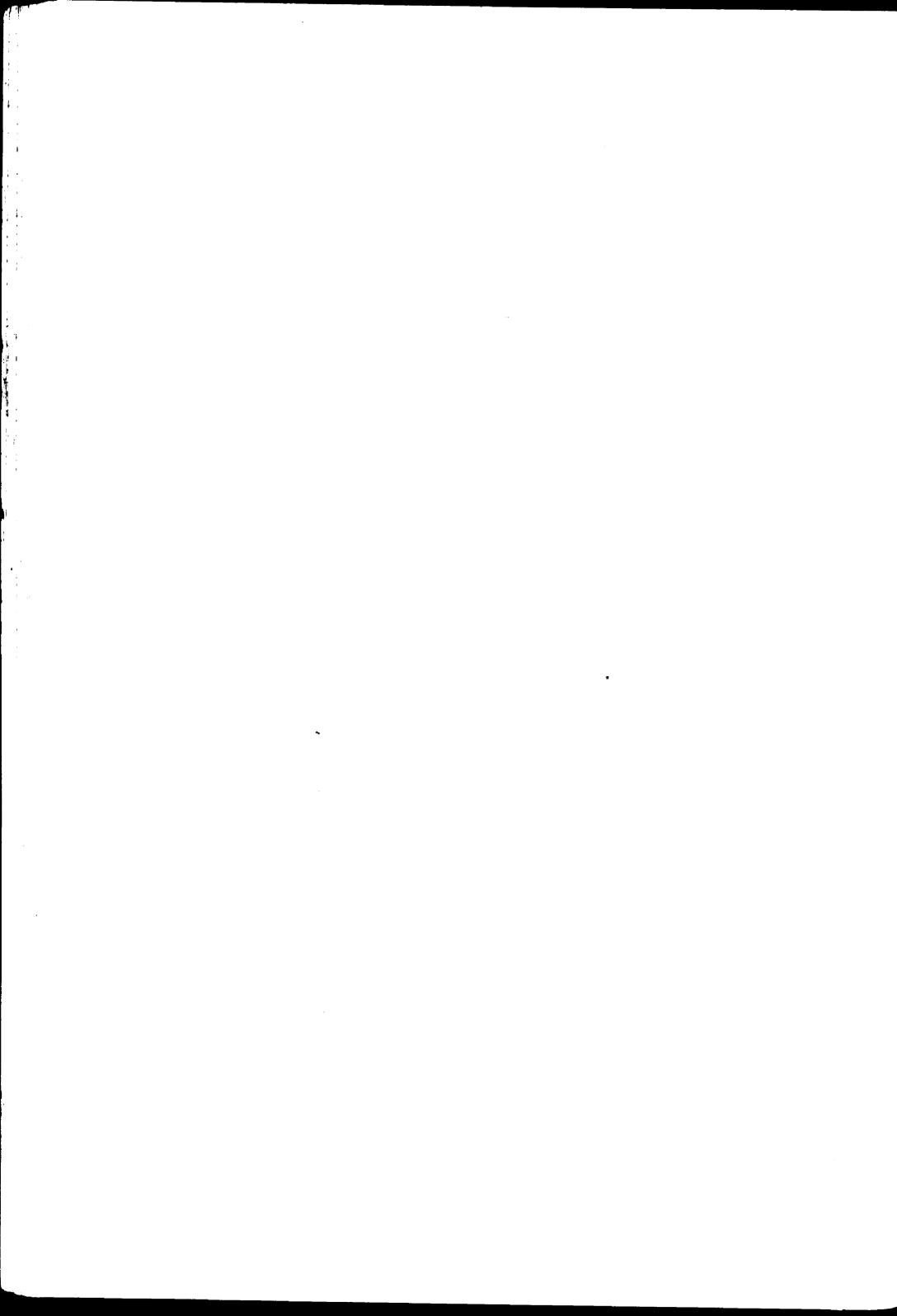
Si este procedimiento de exclusión pilórica garantiza la estabilidad de la interrupción gastro-intestinal presenta en cambio un peligro grave: es difícil movilizar las partes sobre las cuales se opera, especialmente cuando se implantan sólidas adherencias; es difícil disponer convenientemente el muñón duodenal expuesto a las perforaciones post-operatorias, a las fístulas, etc., tanto por el hecho de la retención de los productos de las gruesas glándulas digestivas, como por la acción peligrosa del jugo pancreático.

Cualquiera que fuese el procedimiento de exclusión pilórica empleado se comprende fácilmente que con el objeto de restablecer el tubo gastro-intestinal debe practicarse al mismo tiempo la gastro-enterostomía.

Esta operación debe hacerse en la misma sesión operatoria. La mayoría de los autores hacen antes la gastro-enterostomía y momentos después la exclusión pilórica.

Hoy existe un acuerdo casi general en practicar la gastro-enterostomía posterior a ansa aferente muy corta y a ansa eferente vertical (Moynihan-Kausch).

Con este procedimiento se evita en lo posible el temible accidente de la úlcera péptica del yeyuno.



EXCLUSIÓN PILÓRICA

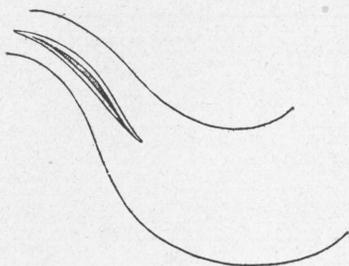


fig. 1.

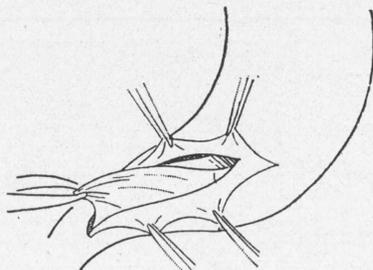


Fig. 2.

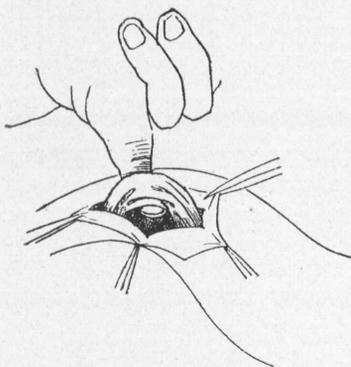


fig. 3.

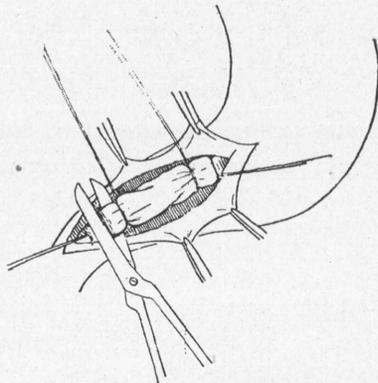


Fig. 4.

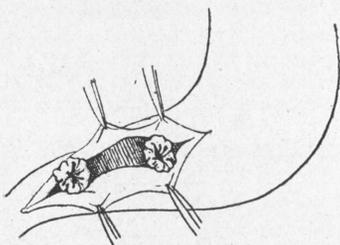


Fig. 5.

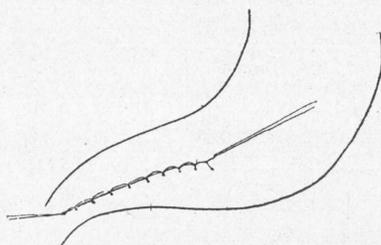
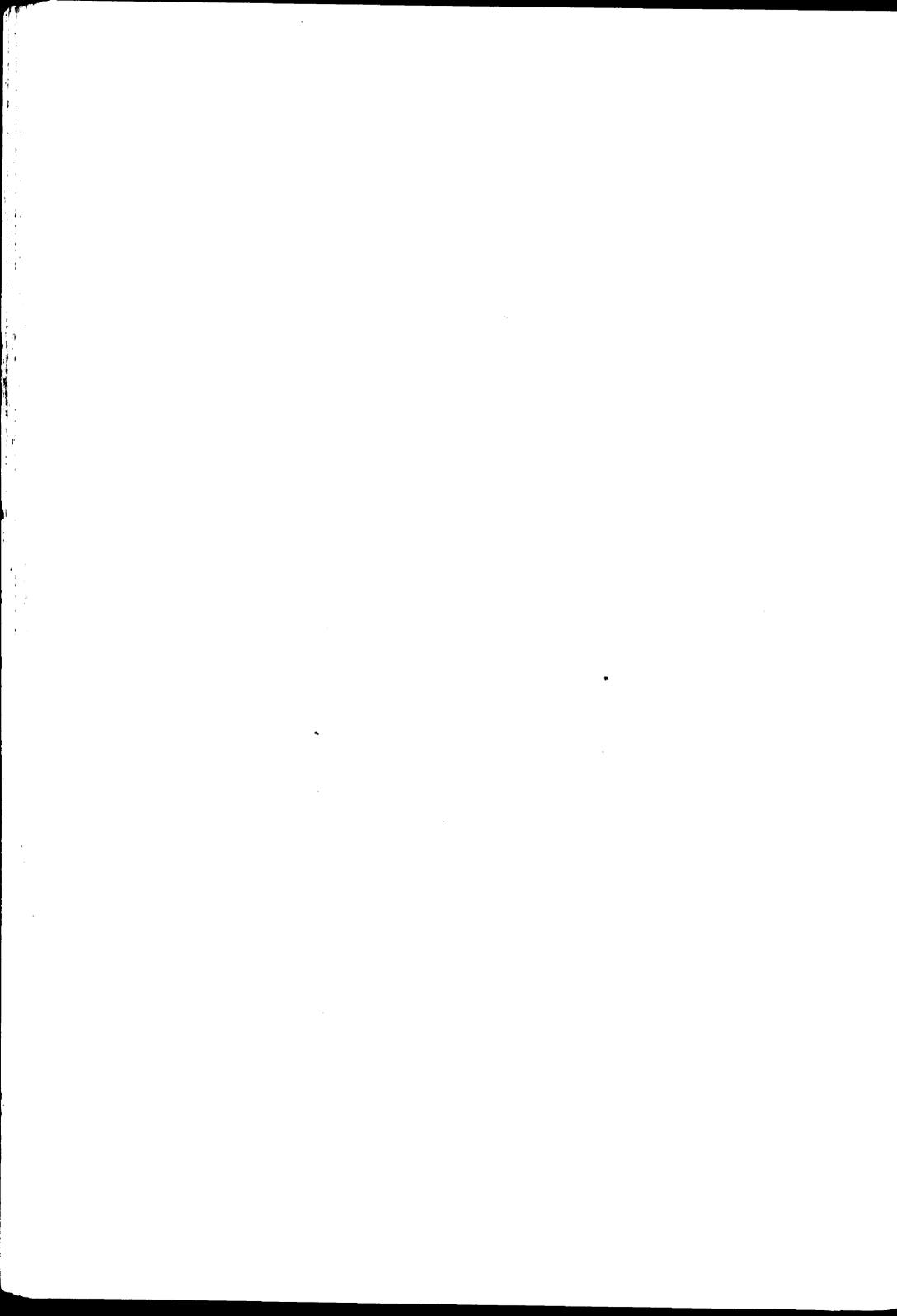


Fig. 6.

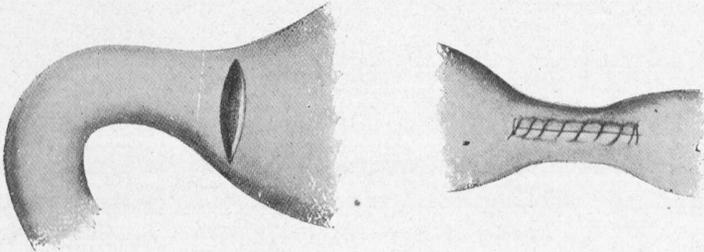
PROCEDIMIENTO DE BIONDI



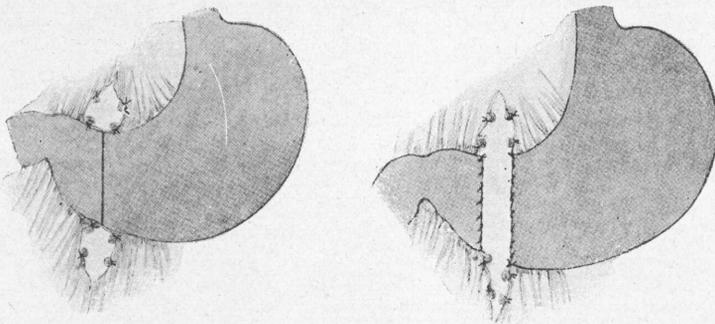
EXCLUSIÓN PILÓRICA



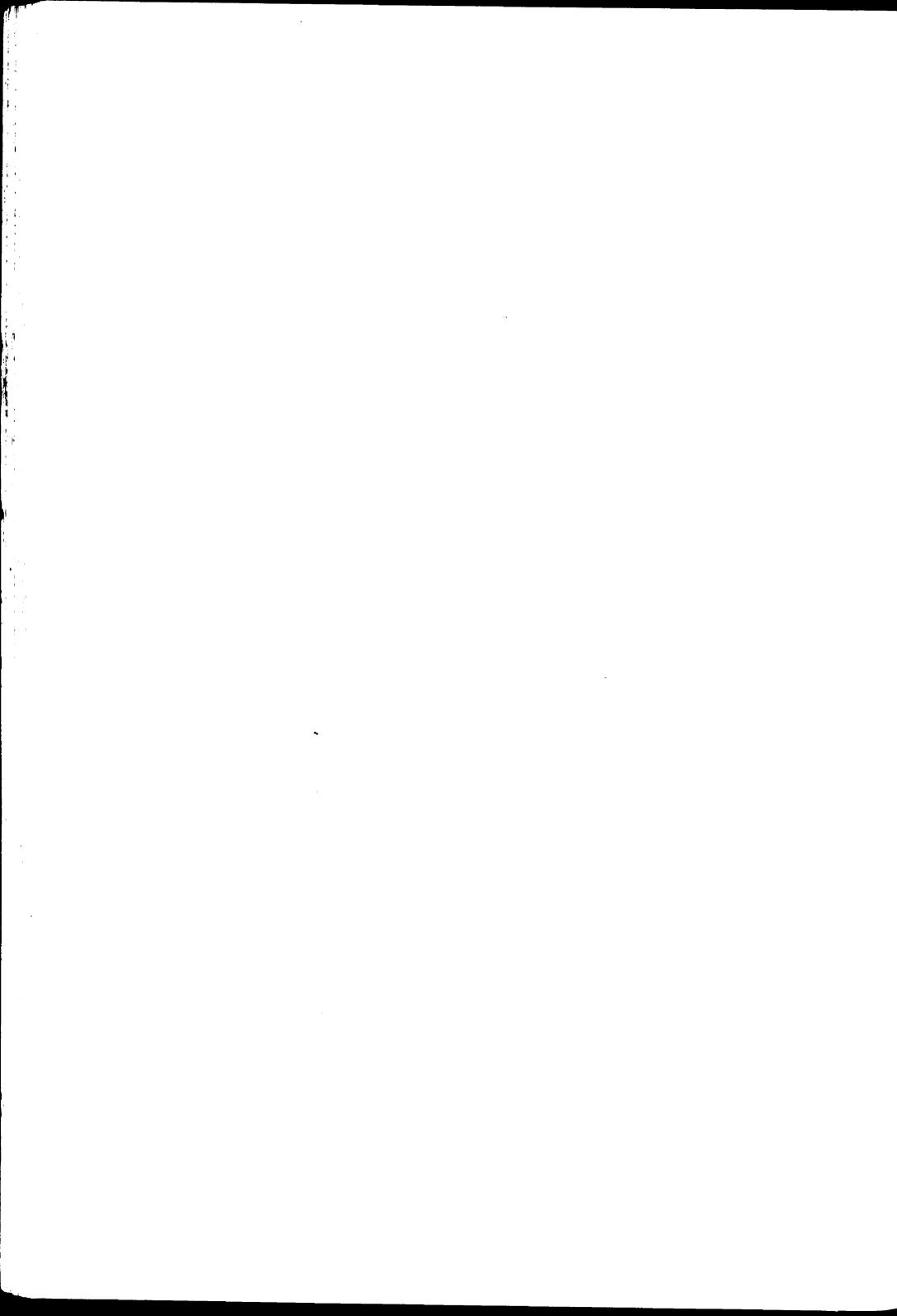
PROCEDIMIENTO DE DOYEN (BLOCAGE DE MAYO)



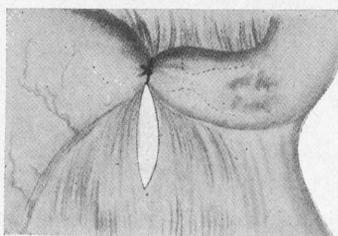
PROCEDIMIENTO DE GIRARD



PROCEDIMIENTO DE VON EISELBERG



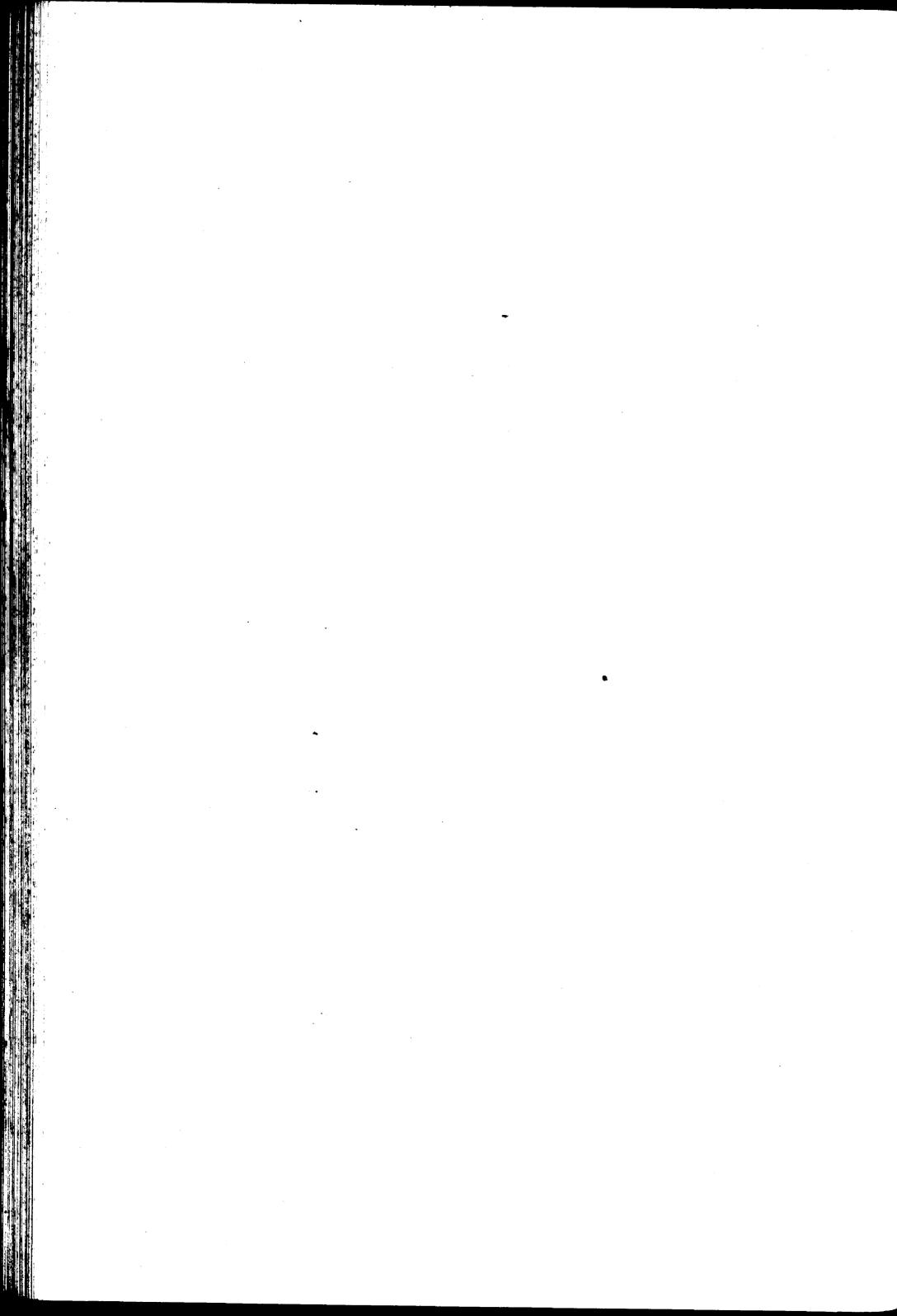
EXCLUSIÓN PILÓRICA



PROCEDIMIENTO DE PARLAVECCHIO



LIGADURAS CIRCULAR - PUNTOS SERO-SEROSOS



PILORECTOMÍA

La resección del píloro ha sido propuesta como tratamiento en las úlceras del píloro.

La pilorectomía por estenosis benignas del píloro fué practicada en 1881 por Rydygier con un éxito. Czerny, de van Kleeef han tenido varios casos igualmente seguidos de éxito; pero en 1885, sin que se conozcan operaciones intermedias, Lauenstein, Czerny, Billroth, tienen tres muertes.

Después de algunas operaciones aisladas Dreydorff en 1884, Marion en 1896, han reunido los casos anteriormente conocidos. Marion, sobre 52 observaciones de estenosis ulcerosa, encuentra 19 pilorectomías, de las cuales 10 eran defunciones y 9 curaciones.

La causa de estos fracasos era la peritonitis imputable al cirujano.

Berg relata un caso de pilorectomía por úlcera seguida de curación; había practicado la resección pilórica con gastro-enterostomía anterior.

Elliot tiene un fracaso en un hombre de 47 años.

Murphy tiene un éxito en una muper operada por el método de Kocher.

Potensky y Mayo Robson contaban un éxito cada uno.

Terrier y Gosset han hecho varias pilorectomías con éxito.

Jonnesco ha tenido dos éxitos y se declara decidido partidario de la operación.

Klemperer ha encontrado en un caso que después de la operación el estómago recuperó sus dimensiones normales y se evacuaba normalmente.

Van de Velde, Cooseman y Lambotte abogan en favor de la operación.

La ineficacia que presenta la gastro-enterostomía en las úlceras del píloro, añadido a esto el peligro de la úlcera péptica del yeyuno, han inducido a los cirujanos ha ensayar la pilorectomía como operación radical en las úlceras y estenosis del píloro.

Además, se objetaba a la gastro-enterostomía que no era capaz de suprimir el peligro que importaba una úlcera del píloro, y que no solamente no calmaba los dolores de la úlcera, sino que algunas veces después de la operación aumentaban de intensidad.

Iguals objeciones se le hacían a la exclusión pilórica. Tuffier, en su tratado "Chirurgie de l'estomae" (París 1907), dice que es una operación que ofrece casi los mismos inconvenientes que la gastro-enterostomía.

Parece que hoy los cirujanos están de acuerdo en

admitir que la pilorectomía es una operación radical, y que restablece la continuidad del tubo digestivo en mejores condiciones que cualquier otra operación.

Solamente pueden colocarse en este terreno aquellos cirujanos que después de la pilorectomía establecen la continuidad del tubo gastrointestinal por medio de la implantación duodeno gástrica.

En cambio, otros cirujanos, después de hacer la pilorectomía, hacen una gastro-enterostomía.

Es lógico pensar que si éstos suprimen la úlcera, en cambio dejan subsistir uno de los grandes inconvenientes de la operación, que es la úlcera péptica del yeyuno.

La resección del píloro, con implantación duodeno-gástrica término-terminal es la operación ideal. Desgraciadamente, esto no siempre es posible. Algunas veces existen alrededor de la región pilórica profundas e indestructibles adherencias, que fijan el píloro de tal manera, que hace imposible la movilización necesaria para la operación.

Cuando la implantación duodeno-gástrica término-terminal no es posible por las adherencias, algunos cirujanos aconsejan para evitar la gastro-enterostomía, la implantación duodeno-gástrica término-lateral según el método de Kocher.

Cuando ninguno de estos métodos es practicable, operan a lo Billroth 2.º, haciendo la gastro-enterostomía posterior.

Es necesario hacer notar que si la pilorectomía es la operación ideal, nunca el cirujano puede formular un pronóstico favorable de la operación. La implantación de una nueva úlcera en la cicatriz de la sutura gastrointestinal ha sido varias veces observada.

TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES

De las complicaciones de la úlcera del estómago, dos son las que más interesan al cirujano: la perforación y la hemorragia.

Es el tratamiento de estas complicaciones que consideraré en este capítulo.

TRATAMIENTO DE LA PERFORACIÓN

La perforación del estómago en el curso del cáncer es muy rara; no así en el caso de la úlcera del estómago en que suele sobrevenir con alguna frecuencia. Según Brinton, la perforación del estómago sobrevendría en el 13 o 14 o|o de los casos de úlcera. Sobre los 850 enfermos observados en el Hospital Andreal y en el Hospital Saint-Antoine, la perforación, causa de peritonitis aguda y de muerte solamente ha sido observada 12 veces, es decir, en el 1.33 o|o de los casos. De estos 12 casos, 4 solamente fueran tartados quirúrgicamente, sobreviviendo un solo caso.

Reconocida la perforación por su cortejo de sínto-

mas: los vómitos continuos al principio, porráceos después; la brusquedad de su comienzo, el dolor en puñal epigástrico, las alteraciones del pulso, la facies hipocrática, la elevación de la temperatura o en cambio la hipotermia en los casos gravísimos, todos síntomas que denuncian claramente el cuadro de una peritonitis sobreaguda, ¿qué conducta hay que seguir?

Está de más decirlo: el tratamiento médico es impotente; el tratamiento quirúrgico se impone.

Para algunos, cerrar el orificio gástrico y asegurar un buen drenaje; tal es el papel del cirujano.

No siempre es fácil encontrar el sitio de la úlcera; este tiempo operatorio puede ofrecer muchas dificultades. A veces el estómago está rodeado de falsas membranas más o menos abundantes; otras veces la perforación puede residir sobre un tumor voluminoso, pero es necesario hallarla y suturarla.

La sutura debe hacerse en pleno tejido sano; es necesario resecar toda la porción de tejido friable, que algunas veces es tan grande, que se habría hecho una verdadera gastrectomía parcial. Una primera sutura perforante y otra sutura seroserosa asegura la peritonización.

Algunos cirujanos, para evitar la sutura, la resección y abreviar la operación, han propuesto injertar sobre la perforación un pedazo de epiplón.

Otros, en cambio, como Dickinson y Persons, abo-

can el orificio de la perforación a la pared, realizando una verdadera gastrostomía.

Mathieu, Sencert y Tuffier aconsejan cerrar el orificio por medio de sutura.

Cuando la gravedad del enfermo es tal, que la vida del enfermo está momentáneamente comprometida, se ha propuesto suturar el estómago sano a la pared abdominal, en tal forma, que la gran cavidad se subdividiría en una cavidad superior, foco de la infección, que sería drenada ampliamente y en otra cavidad inferior que sería protegida de la infección.

Algunos operadores, después de extraer la mayor cantidad posible de pus, y después de haber secado la cavidad, vierten una solución de aceite alcanforado al 10 o|o y dicen obtener buenos resultados con este procedimiento. A la acción débilmente antiséptica del alcanfor se uniría su acción tónica cardíaca y la acción lubricante del aceite.

Se concibe fácilmente que amplios drenajes deben ser colocados en el foco de la infección.

Otros cirujanos, hallada la perforación, resecan la porción de estómago adyacente, siguiendo la técnica de la resección transversa del estómago.

Este procedimiento no siempre es posible. Naturalmente que si el cirujano tuviese la suerte de intervenir en las primeras horas que siguen a los primeros síntomas y se encontrara con un estómago con pocas adherencias, la resección transversa debe ser el procedi-

miento de elección. Hecha la sutura transversa del estómago y siempre que sea posible. se protegerá ésta con colgajos de epiplón sano. Drenaje consecutivo.

Se comprende fácilmente que cuanto más precoz será la operación, tantas mayores probabilidades de éxito se pueden contar.

Sin embargo, la mortalidad es muy elevada. Mayo Robson estima la mortalidad en 50 o|o de los casos. Heaton, en las primeras doce horas, calcula una mortalidad de 28.5 o|o, mientras que de 36 a 48 horas 100 o|o y después de las 48 horas 51 o|o.

Tuffier, en 1907 reunió 65 intervenciones con 38 muertes. Weir y Foote pudieron reunir 79 casos con una mortalidad de 71 o|o.

Mayo Robson, en el Congreso Internacional de Cirujía de Bruselas, cita 10 casos de perforación operados entre un cuarto de hora a 10 horas de la aparición de los primeros síntomas, obteniendo 10 curaciones.

TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA

En 1896 recomendó von Hächer, para detener las hemorragias graves del estómago, la gastrotomía seguida de excisión de la úlcera hemorrágica o la jareta del vaso erosionado.

Dos años más tarde operaba Mikulicz por primera vez una grave hemorragia del estómago. En una mujer de 70 años practicó una gastrotomía y fué a buscar una

úlcera estenosante situada en la pared posterior del píloro, la cauterizó con termocauterio ya que la extirpación no era posible debido a que la lesión se extendía sobre el páncreas, y agregando a esto una piloroplastía.

Se tiene ocasión de intervenir por hemorragia del estómago de una manera quirúrgica, en los tres casos siguientes:

1.º Durante o inmediatamente después de una primera hemorragia grave aguda que amenaza la vida del enfermo. La mayoría de los cirujanos actualmente recomiendan en tales casos no operar. Si la hemorragia se origina de gruesas arterias, como por ejemplo, la gastro epiploica, la hepática, la esplénica o aun la aorta, la operación no llegará a tiempo. Si proviene, en cambio, lo que es la regla de pequeños vasos, la hemorragia se detendrá sola. El pronóstico de esta única hemorragia, que el abstenerse determina no es tan malo, mientras que la operación en este enfermo anémico y deprimido es muy peligrosa, y a veces la úlcera fuente de la hemorragia es muy difícil encontrarla y a veces imposible.

Bier no opera nunca en estos casos de hemorragia aguda única; observando esta conducta no perdió ningún enfermo, mientras que si los hubiese operado la mortalidad hubiese sido muy elevada.

Dieulafoy opina que el tratamiento médico en estos casos dá mejores resultados que el tratamiento operatorio.

2.º Si la hemorragia violenta se repite o es seguida de pequeñas hemorragias, Bier opera siempre. Si el caso lo permite, espera hasta que el enfermo se haya restablecido en cierto grado de su última pérdida sanguínea, cosa que casi siempre sucede.

Si el paciente sangra continuamente o con cortas pausas Bier opera a pesar de la debilidad del enfermo.

3.º En los casos en que no se producen hemorragias muy intensas que pongan directamente la vida en peligro, pero si hemorragias frecuentes, medianas o pequeñas que colocan al paciente en un estado de anemia crónica, Bier opera de una manera sistemática. Se debe a cualquier precio detener la hemorragia o extirpar la úlcera si fuese necesario.

Algunas veces solamente después de largas y repetidas maniobras se consigue encontrar la úlcera hemorrágica; se comprende fácilmente que es un gran inconveniente en estos enfermos ya debilitados por la hemorragia.

En las úlceras callosas penetrantes la fuente de la hemorragia es fácil de encontrar.

Pero frecuentemente la hemorragia puede originarse de fisuras, de pequeños puntos, pequeñas úlceras de la mucosa, que el anatómo patologista en la autopsia encuentra con mucha dificultad. Palparlas a través es imposible. Según los datos de von Häcker, se pueden reconocer por una rubicundez brillante (flammingenrötung), que muestra la serosa que cubre la úlcera.

Si la úlcera no se palpa y los datos de von Häcker son negativos, el cirujano debe abrir el estómago y buscar la úlcera.

Aun así, a veces es muy difícil encontrarlas.

Esta fatal inseguridad ha hecho crear un nuevo método a von Rousing, la gastro duodenoscopia o la diafanoscopia.

Se ha conseguido con este método observar fácil y rápidamente la úlcera hemorrágica, la que por el exterior no era visible ni tampoco palpable. Bier, en dos casos operados en su clínica, pudo ver con este método el sitio de la hemorragia.

Para esto se hace uso de un cistoscopio común de irrigación o mejor aun del gastroscopio de Rousing, que es un cistoscopio de Nitze aumentado y provisto de un canal para permitir la introducción de aire. Este instrumento da una luz admirable y un campo de visión tan grande, que en pocos minutos todo el interior del estómago, así como la parte superior del duodeno puede ser claramente vistos. El aparato es introducido a través de un pequeño orificio practicado en la pared del estómago entre las dos curvaturas y a cinco centímetros del píloro. La herida se cerrará por medio de una jareta que mantendrá el instrumento fijamente ligado y luego se introduce un poco de aire en el estómago. Iluminado entonces se reconocerá la úlcera hemorrágica, teniendo en cuenta, como lo dice Rousing, los coágulos que se depositan sobre ella y que se presentan como

manchas oscuras, así como las pequeñas corrientes de sangre se presentarán al gastroscopio como gruesas líneas que van hacia la gran curvatura.

Según Kraft, se reconoce la úlcera hemorrágica con la diafanoscopia por manchas rojo-oscuras sobre la pared del estómago, en la que se detiene bruscamente un vaso y aparece en el otro lado.

La pared posterior del estómago se observa cuando se pone bien tenso el mesocolon y el estómago se lo da vuelta hacia arriba. Solamente en los casos de mesocolon delgado se hacen visibles los vasos del estómago a su través. En los casos de mesocolon grasoso los vasos aparecen a condición de hacer una incisión en el mesocolón y en un sitio libre de vasos.

Como se ve, la diafanoscopia permite con cierta seguridad reconocer el sitio de la hemorragia. Cuando la diafanoscopia no es suficiente, se le agrega la gastroscopia.

La gastroscopia no es eficaz cuando el estómago está lleno de coágulos, contenido mucoso, etc.; por eso recomienda Kraft lavar el estómago antes de la gastroscopia.

Como la operación se hará inmediatamente, esta maniobra no tiene peligro alguno.

Para explorar el duodeno se atraviesa el píloro con la lámpara, bien entendido, desde el interior del estómago. Para evitar quemaduras que pudiesen producirse, se recomienda usar las lámparas frías.

Para detener la hemorragia se pueden emplear los medios directos, ligadura, jareta o sutura. Solamente estos procedimientos garanten una hemostasia segura.

Kraft ha ideado un procedimiento para detener las hemorragias de las úlceras de la mucosa; reconocida la úlcera por medio del gastroscoPIO, hace la ligadura mediata de la úlcera y la invagina por medio de una sutura en jareta o por medio de puntos de Lembert.

La gastrotomía con exploración de las paredes del estómago es una operación más complicada que la anterior y a la que pocos enfermos resisten bien.

Cuando la úlcera es indurada y callosa, el procedimiento de ligadura no es eficaz puesto que los hilos no se mantienen sobre el fondo de la úlcera friable y la sutura y la ligadura no son posibles. El taponamiento hemostático fracasa. Bier, en su clínica, ha perdido dos enfermos tratados por este método. La cauterización con el termocauterio fracasa.

Teóricamente parece buen método el propuesto por Witzel, que consiste en la ligadura de las arterias del estómago. Si la úlcera se sitúa en una de las curvaturas se ligará el tronco de la arteria coronaria a la derecha o a la izquierda de la úlcera. Si se sitúa en el píloro se ligará el tronco de la coronaria derecha y de la arteria gastro-duodenal. Trastornos a consecuencia de estas ligaduras raramente se producen, puesto que el estómago es un órgano muy vascularizado y soporta mucho mejor que el intestino cualquier trastorno circulatorio.

Con todo, Witzel tiene pocas pruebas para su método.

El medio radical, es decir, la extirpación de la úlcera callosa hemorrágica, parece a la mayoría de los cirujanos una operación muy cruenta.

Doyen, en 1892, ha practicado la gastro-enterostomía como operación capaz de detener la hemorragia.

Esta operación ha encontrado entusiastas partidarios y ninguna otra ha sido tan empleada.

La experiencia ha enseñado que ha sido practicada con mucha ventaja en las hemorragias cuya fuente residía en el píloro.

Otros cirujanos recomiendan la exclusión del píloro. Pauchet (de Amiens) hace resaltar la acción hemostática de esta operación.

Las hemorragias provenientes de las úlceras localizadas en el cuerpo del estómago, no sacan gran beneficio con la gastro-enterostomía.

Bier opina que no queda otro remedio que la resección transversa del estómago y que esta operación es bien soportada aun por enfermos agotados.

Actualmente no existen reglas bien establecidas respecto de las úlceras estomacales que sangran; los resultados son defectuosos. Llama la atención el pequeño número de casos publicados. El tiempo y la experiencia permitirán deducir reglas e indicaciones precisas a este respecto.

BIBLIOGRAFÍA

- Arce J.* — Dos casos de cirugía del estómago, gastro-enterostomía posterior de Roux y pilorotomía de Kocher.
- Alonso Uballes.* — Las estrecheces del píloro. Tesis. Buenos Aires, 1899. Revista de la Sociedad Médica Argentina, 1905, vol. VIII, pág. 325.
- Auboué.* — Ulcera crónica del estómago. Tesis de Buenos Aires, 1909.
- Albrecht.* — Beiträge zur Klinischen Chirurgie. Tomo LXX y Journal de Chirurgie. Agosto 1911, pág. 181.
- Alamartine.* — Oblitération spontanée de la gastro-entérostomie. Lyon Medical, 1908.
- Arce J.* — La yeyuostomía y sus indicaciones. Buenos Aires, 1903.
- Benza.* — Tesis de Buenos Aires, 1905.
- Bier, Braun, Kümmel.* — Chirurgische Operationslehre, 1912.
- Bastianelli.* — La clínica quirúrgica. Tomo XX. Florencia y Journal de Chirurgie. Octubre 1912.
- Bayliss y Starling.* — The mechanism of pancreatic secretion. Journal Physiol. Londres, 1902. XXVIII y Zentralblatt für Physiologie. 15 Febrero 1902.

- Bourget.* — Les indications et les résultats de la gastro-enterostomie à l'hôpital cantonal de Lausanne. 13.^o Congreso internacional de medicina. Sec. pat. int. 190., pág. 54 a 59.
- Boldiricff.* — Die periodische Tätigkeit des Verdauungsapparates ausser der Verdauungszeit Zentralbl. für Physiologie. Leipzig 1904-489-493.
- Bréchet.* — Contribution a l'étude de la pyloroplastie dans les sténoses benignes du pylore. Revue de Chirurgie. 1907, XXXV.
- Cannon.* — The movement of the stomach studied by means of the Roentgen rays. Amer. Journ. of Philad., 1er. mai 1898.
- Cannon y Blake.* — Gastro-enterostomy and Pyloroplasty and experimental Study of the Roentgen Rays. Annals of Surgery, 1905, XLV.
- Carvalho y Pachon.* — Recherches sur la digestion sur un chien sans estomac. Arch. de Physiologie, VI, 1894.
Archives de Physiologie, VII, 1895.
- Chaillot.* — Contribution à l'étude de la gastro-entérostomie. Tesis de París, 1909.
- Chaput.* — Société de Chirurgie, París, 1895, p. 556.
- Chepolucanikoff.* — Ueber die Gastro-enterostomie.
- Chumsky.* — Beiträge zur Klin. Chirurgie, Bd., XX. Tübingen, 1898.
- Cordier.* — Gastro-enterostomía por estenosis pilórica. Autopsia seis años después. J. am. med. assoc. 1892, 4.^o, 582.
- Czerny.* — "Beiträge zur operation, chirurgie." Stuttgart, 1878.

- Dastre.* — Recherches sus la bile. Arch. de Physiologie, 1890.
- Debove y Renault.* — Ulcère de l'estomac. Paris 1892.
- Delbet.* — Bull. et mém. de la Société de chirurgie de Paris, 1907, p. 1249.
- Delezenne y Frouin.* — Société de Biologie. Paris, 1904.
- Deuchau.* — Les suites médicales éloignées de la gastro-entérostomie. Tesis de Paris, 1907.
- Dojen.* — Chirurgie de l'estomac et du duodenum.
- Enriquez y Hallion.* — Société de Biologie, 1903, LV.
- Filippi y Monari.* — Archivos italianos de Biología, 1899, XXI, p. 445-447.
- Frouin.* — Contribution expérimentale à la chirurgie de l'estomach. Presse médicale, Paris n.º 49.
- Excrétion du suc gastrique. Société biologique, 1899, p. 498.
- Isolation ou extirpation complete de l'estomac. Soc. de Biologie, Paris, 1899, p. 397.
- Utilité de plusieurs fistules de Thiry chez un même animal pour l'étude des conditions de la sécrétion intestinale. Société de Biologie, t. LVI.
- Action directe et locale des acides, des savons; action à distance de ces substances sur la sécrétion entérique. Soc. de Biologie, LVI, p. 461.
- Gabszewicz.* — Les résultats des interventions chirurgicales pour sténose pylorique d'origine non-néoplasique (Gazeta Lekarska, tomo XXIII, n.º 51, 20 Diciembre 1913, p. 1572 a 1588.
- Guibé.* — Le fonctionnement de la bouche stomacale chez les

- gastro-entérostomises. *Journal de Chirurgie*. París 1908, núm. I.
- Guillon*. — L'exploration radiologique de l'estomac. Tesis de París, 1907.
- Gosset*. — Ulcère peptique du jéjunum après la gastro-entérostomie. *Revue de Chirurgie*, Janvier 1906.
- Hartmann*. — *Société de Chirurgie*, 1907, p. 1278.
- Hartmann y Soupault*. — Les résultats éloignés de la gastro-entérostomie. *Revue de Chirurgie*, 1899, p. 137, 330.
- Hirsch*. — Beiträge zur motorischen Funktion des Magens. *Zentralbl. f. inn. Medizin*, 1892, n.º 47; 1893, n.º 18.
- Herzel*. — Critique des différents procédés opératoires employés contre l'ulcère duodenal y l'ulcère gastrique. (Pester medizinisch-chirurgische. Presse tome L, n.º 1, 4 Enero 1914, p. 3-4.) *Journal de Chirurgie*, Marzo 1914.
- Jonnesco*. — *Revue de la Société de Chirurgie*. 1907 y 1908.
- Kirschner y Mangold*. — Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin and Chirurgie. Tomo XXIII, 1911.
- Kaufmann*. — Peptisches Geschwür nach Gastro-enterostomie mit Bildung von Magencolon-ecton jejunum fisteln Vollständiger Verchluss der Gastro-enterostomose. *Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, 1905.
- Kieffer*. — Contribution a l'étude des accidents de la gastro-entérostomie. Tesis de París, 1903.
- Kleyman*. — De la perigastrite adhesive et son traitement chirurgicale. Tesis de París, 1905.
- Keen*. — Entero anastomosis con el botón de Murphy. Estrechez consecutiva. *Bull. Ac. New-York*, 1893.

- Kehr.* — Tres gastro-enterostomías, una resección intestinal y dos enterostomosis practicadas en la misma enferma. Münch. med. Wochenschr., 1899-1659.
- Kelling.* — Zur chirurgie der chronischen nicht malignen magenleiden. Arch. für Verdausk. Berlin 1900. VI, 438-470.
- Kelling.* — Studien zur Chirurgie des Magens. Arch. f. Klin. Chir., 1900, LXII.
- Kindl.* — Bericht über Operatiobehandelte Magener Krankun-
- Ladèze.* — Tesis, Lyon, 1900.
- Loche.* — Essai sur le traitement des affections de l'estomac et du duodenum. Tesis de París, 1904.
- gen. Beitr. z. Klin. Chir., 1909, p. 19.
- Laubotte.* — Sur la gastro-entérostomie par transplantation intestinale. An. Soc. belge de Chir., 1906, 27 Octobre.
- Leggett y Drapès-Maury.* — Studies upon the fonction of the pylorus and stomachafter gastro-enterostomy has been performed., Ann. of. Surgery, 1907, XLVI.
- Leven y Barret.* — Mensuration radioscopique de l'estomac et diagnostic de la ptose gastrique. Soc. biologique, 24 Oct. 1903. Presse méd., 1905, n.º 74.
- Mathieu-Sencert y Tuffier.* — Maladies de l'estomac et de l'oesophage. París, 1913.
- Maylard.* — Los vómitos de la bilis después de la gastro-enterostomía. Brit. med. Journ., n.º 2531, 3 Juill. 1909.
- Mayo.* — A rewiew of 303 operations upon the stomach and first portion of the duodenum. Annals of Surgery, 1903, II, 30.

- Mikulicz y Kausch.* — Handbuch der praktischen Chirurgie, vol. III, p. 165.
- Monprofit.* — A propos des résultats de la gastro-entérostomie, 18e. Congres. franc. de Chir. Paris 1905, séance du 4 Oct.
- Moreau.* — Des suites de la gastro-entérostomie dans les sténoses non cancéreuses du pylore. Tesis de Paris, 1909.
- Moynihan.* — La gastro-enterostomia. Brit. med., Journ. 1908, n.º 2471. Abdominal operation, 1906.
- Neuhaus.* — Resultados del examen funcional del estómago en los gastro-enterostomizados. Sammlung Klin. Vorträge, 1908, n.º 486.
- Papadopoulos.* — Contribution à l'étude des suites chirurgicales éloignées et de la valeur de la gastro-entérostomie. Tesis de Paris, 1910.
- Pinatelle.* — Application de la gastro-entérostomie en dehors des sténoses anatomiques du pylore. Tesis de Lyon, 1902.
- Popielski.* — Citado por Pawlow.
- Pawlow.* — Travail des glandes digestives. Paris, 1901 (trad. francesa).
- Petersen.* — Sobre el yólvulus del intestino después de la gastro-enterostomia. Vhdlg. d. XXIX. Chirurgen-congress, Berlin, 1900. Idem: Arch. f. Klin. Chir., Berlin, 1900, LXII.
- Petounnikow.* — Algunas consideraciones a propósito de la separación espontánea del intestino después de una gastro-enterostomia. Tesis de Lausanne, 1907.
- Paterson.* — Dos casos de úlcera yeyunal consecutivas a la

gastro-enterostomía. Brit. med. Journ., n.º 2525, Mayo 22, 1909.

Portier y V. Henry. — Action de la Secretina sur la sécrétion de la bile. Société de biologie. París, 1902.

Porta. — La exclusión pylorica a la Biondi. Journal de Chirurgie. Marzo 1914, pág. 297-304.

Köder. — Beiträge zur Topographie des Magens dazu Kanale beim lebenden menschen. Fortschr. a. d. Geb. der Röntgenstrahlen, Hambourg, 1905, VII, fas. 3. Citado por Guillon.

Rivière. — De la valeur de la gastro-entérostomie. Tesis de Tesis de París, 1907.
Lyon, 1905-1906.

Lobson. — Transac. of the Surgical associat., 1901, vol. XIX.

Hotgam. — Ulcera péptica del yeyuno consecutiva a la gastro-enterostomía. Nederlandsch. Tijdschrift voor Geneeskunde, n.º 18.

Renault. — De la gastro-entérostomie dans l'ulcère du duodenum. Tesis de París, 1904.

Rusca. — El círculo vicioso en la gastro-enterostomía. Te. Bs. Aires, 1904.

Rosenheim. — Función del estómago después de la gastro-enterostomía. Berliner Klin. Wochenschr. 1894 y Deutsche Med. Wochenschr. 1895.

Roux. — 18e. congrès français de chirurgie. París, sesión del 4 de Oct. p. 842.

Roger. — Sobre la oclusión du pylore comme complément de la gastro-entérostomie. Tesis de París, 1909.

- Lothem.* — De l'intervention dans l'ulcère hémorragique de l'estomac et du duodenum-pilore. Tesis de Lyon, 1914.
- Savariaud.* — Ulcère hémorragique de l'estomac et du duodénum. Tesis de París.
- Serdjukow.* — Tesis inaugural, San Petersburgo, 1899.
- Schonhein.* — Sobre las modificaciones del quimismo gástrico después de la gastro-enterostomía. Arch. fur Verdauungs-krankheiten, 1908, XIV.
- Soler Galeano.* — Ulcera simple del duodeno. Tesis de Buenos Aires, 1907.
- Stendel.* — Die in den letzten Jahren an der Czerny'schen Klinik ausgeführten Magenoperationen. Betr. zur klinischen Chirurgie. 1899, XVII.
- Stumpf.* — Consideraciones sobre la cirugía gástrica. Beiträge zur Klinischen Chirurgie, 1908, LIX.
- Tavel.* — Un nuevo procedimiento de gastro-enterostomía. Arch. provinciales de Chirurgie, 1906, p. 817.
- Tiegel.* — Ulceras pépticas del yeyuno consecutivas a la gastro-enterostomía. Mitth. a. d. Grenzgebder Med. u. chir., 1904.
- Ticier.* — Ulcères gastriques expérimentaux. Tesis de París, 1909.
- Tuffier.* — Gastro-entérostomie postérieure réparée spontanément. Ulcère gastrique consécutif. Assoc. et Mem. Soc. de Chirurgie de Paris, 1907, n.º 16.
- Tuffer y Aubourg.* — Examen de quelques estomacs á l'aide des rayons de Roentgen. Presse médicale, París, 2 Deseembre 1907.

Tappeiner. — Journal de Chirurgie. Diciembre de 1912, y

Beiträge zur Klinischen Chirurgie. Tomo LXXX.

Walton-Martin. — The operation of Roux for pyloric stenosis

and the narrowing of the apertures of two gastro-enteros-

tomie. New York. Surg., 13 Enero, 1909. Ann. Surg., Phil-

lad., 1909, XLIX, p. 548-550.

Wertheimer y Lepage. — Sécrétion pancréatique et atropine.

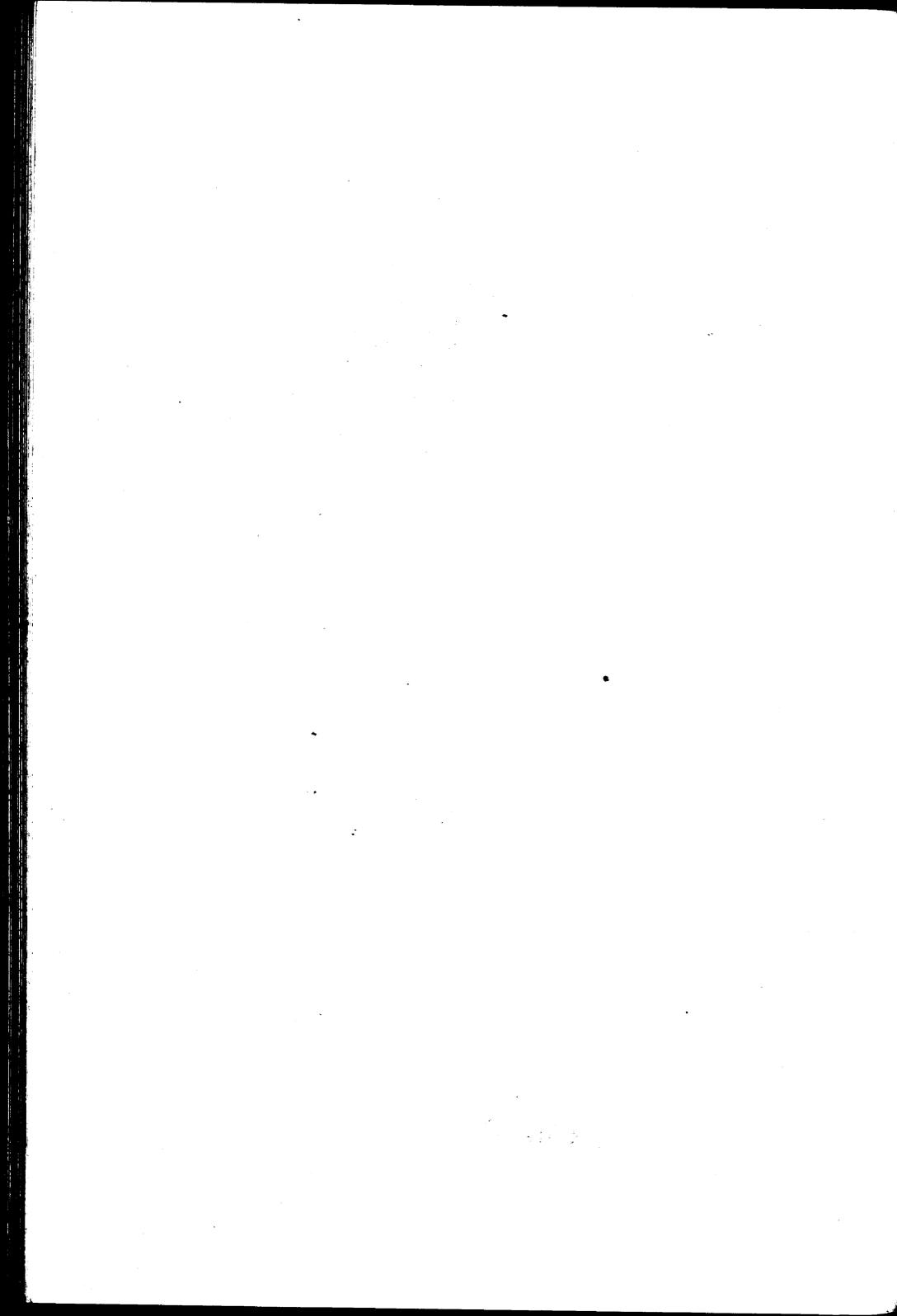
Soc. de biologie, 1901, p. 759.

Des effets antagonistes de l'atropine et de la pilocarpine

sur la sécrétion pancréatique. Société de Biologie, 1901,

p. 879.





Buenos Aires, Mayo 22 de 1914.

Nómbrese al señor Consejero Dr. José Arce, al profesor titular Dr. Marcelo Viñas y al profesor suplente Dr. Miguel Susini para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4° de la «Ordenanza sobre exámenes».

LUIS GÜEMES
J. A. Gabastou
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Gastro-enterostomía de elección.

J. ARCE

II

Indicaciones de la exclusión pilórica.

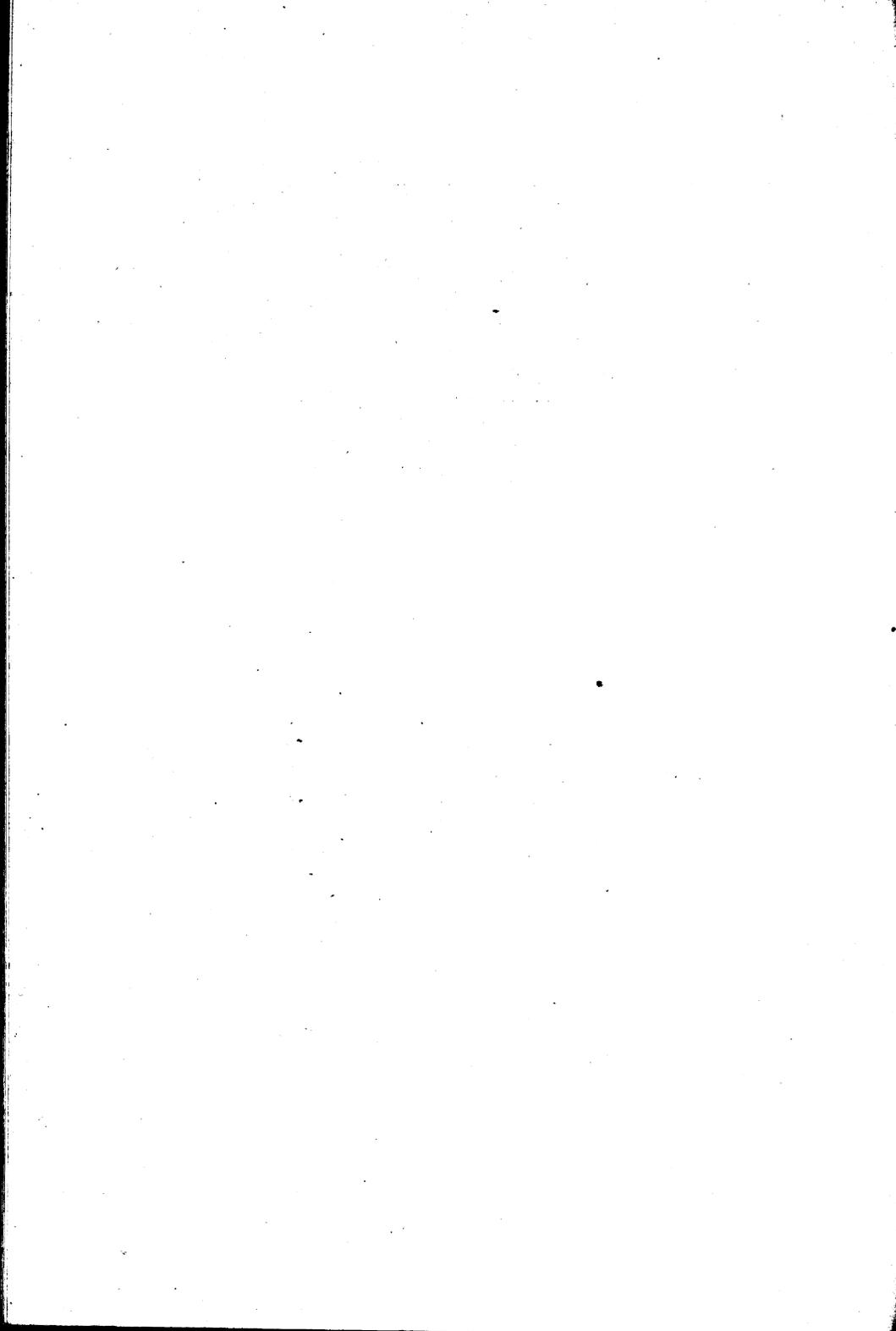
M. VIÑAS

III

¿Por qué cura o mejora la gastro-enterostomía en la úlcera del estómago?

M. SUSSINI

30646



Buenos Aires, Mayo 5 de 1914.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 2782 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

LUIS GÜEMES

J. A. Gabastou.

Secretario

