

X Por el Dr. Manuel Moreno Tinajero—
Interno de los Hospitales de París—

X El porvenir de las úlceras
perforadas del estómago y del
duodeno, primitivamente opera-
das por sutura y cubrimiento
Sero - Seroso—

CONSECUENCIAS LEJANAS:—PERFORACIONES ITE-
RATIVAS.—INDICACIONES QUIRURGICAS—

Trabajo premiado por la Sociedad Médico - Qui-
rúrgica de los Hospitales Libres de Francia.



ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

DOCTOR MANUEL MORENO TINAJERO

Interno de los Hospitales de París.

Laureado de los Hospitales Libres de Francia.

El porvenir de las úlceras perforadas del estómago y del duodeno primitivamente operadas por sutura y cubrimiento Sero - Seroso

Presentamos una serie de diez casos de úlceras gastroduodenales perforadas, operadas y seguidas por nosotros en el espacio de un año, entre las cuales figuran dos perforaciones iterativas. Estos casos, por su homogeneidad, nos parecen, aunque su número sea reducido, un complemento de cierto valor para el estudio del porvenir de las perforaciones gastro-duodenales. Nuestras observaciones cobran mayor interés cuando se las confronta con las estadísticas, bastante pesimistas, publicadas recientemente por diferentes autores en Francia y en otros países.

Estas estadísticas tienden a demostrar que la simple sutura con cubrimiento de la perforación expone al enfermo, en un porvenir próximo o lejano, a una nueva evolución de su úlcera, con todos los riesgos que aquella evolución supone.

Por esta razón, muchos autores se han hecho los defensores entusiastas de métodos más radicales: la gastro-enterostomía complementaria (de la que veremos, al paso, algunos resultados) y aún la gastrectomía de urgencia cada vez que la resistencia del enfermo permite intentar esta grave operación. Los autores que así proceden se felicitan de los resultados obtenidos.

No es nuestra intención optar por éstos, o por aquellos que permanecen fieles a la regla clásica de la operación la más rápida y simple.

Nuestro fin es estudiar, no el tratamiento inmediato, sino el tratamiento ulterior de las úlceras perforadas. Hemos

consultado un cierto número de publicaciones recientes, buscando en ellas, más bien que la discusión, la justificación de nuestra propia conducta.

He aquí el plan de nuestro trabajo:

CAPITULO I

LAS CONSECUENCIAS LEJANAS

- 1.º Resumen de la opinión clásica.
- 2.º Exposición de algunas estadísticas recientes.
- 3.º Análisis de los resultados:
 - a) de las complicaciones ulteriores, entre las cuales insistiremos sobre las perforaciones iterativas, de las que relataremos nuestras dos observaciones;
 - b) de los casos que se dicen curados y su pronóstico.

CAPITULO II

LAS INDICACIONES QUIRURGICAS SECUNDARIAS

LAS CONSECUENCIAS LEJANAS

Cuando se lee las publicaciones que datan de algunos años, causa cierta sorpresa el optimismo de la mayoría de los autores, este optimismo que se sintetiza en la frase tan conocida de Balfour: «Muchas úlceras nacen perforadas y mueren suturadas». En los tratados clásicos en uso se encuentra todavía la afirmación de que el pronóstico de las úlceras perforadas es excelente, que la úlcera se cura efectivamente por medio de la sutura.

Pero, nos preguntamos, ¿estos autores han buscado verdaderamente las consecuencias lejanas de las úlceras perforadas suturadas? Creemos que muy poco. Y esto se explica, probablemente, porque durante largos años los cirujanos han concentrado todos sus esfuerzos hacia dos fines primordiales: el diagnóstico precoz y el tratamiento de urgencia. Desde los tiempos en que se operaba «de peritonitis» el tercero o cuarto día, hasta la época presente, en la que los enfermos llegan casi siempre antes de la sexta hora y, muchas veces, con el diagnóstico hecho por el médico, una campaña de cuarenta años, un combate diario, han sido dados a la ignorancia, a la rutina, a la ineducación del público. Durante este largo período, es muy comprensible que el pronóstico inmediato haya constituido la única preocupación de los cirujanos y que, cuando el peligro vital era descartado se hayan creído autorizados a hablar de curación.

Sin embargo, Petren (1912) y Corner (1913)—citados por Lecéne—examinan ya las consecuencias lejanas y, basándose en estadísticas de 42 y 50 enfermos, respectivamente, concluyen del modo siguiente: 40% más o menos de los enfermos continúan a padecer del estómago y son aquellos

que tenían un largo pasado gástrico; 60⁰/₀ están curados: son los que no tenían antecedentes. Este criterio, basado sobre la existencia o ausencia de antecedentes, ha prevalecido desde entonces.

Lecéne (Terapéutica Quirúrgica) agrega que «sería interesante conocer mejor los resultados lejanos». Lo que prueba que, hasta 1926—fecha de la edición de la obra citada—los trabajos sobre este tema no abundaban.

Entre los trabajos anteriores a esta fecha debemos citar el libro de Mondor y Lauret. Los resultados que relatan son, según la propia expresión de los autores, «bastante contradictorios». Además de los de Petren y Corner, ya citados, encontramos: 41 casos de Morley, 19 malos, 23 buenos; Bullock—30 curaciones sobre 32 enfermos—concluye que la perforación «ha desempeñado ciertamente su papel curador». Southam da 90⁰/₀ de buenos resultados. Stewar y Barber: 6 enfermos sobre 21 presentan estagnación. Agreguemos, por fin, los 11 casos de Metzger (Tesis de París, 1925): 11 curaciones mantenidas de 6 meses a 3 años.



Veamos, ahora, lo que dicen los trabajos de los últimos diez años y hasta qué punto estos trabajos han contribuido a aclarar el problema.

Pero, antes, se nos permitirá notar algo que, aunque no esté dicho explícitamente en ninguna publicación, es la evidencia misma: la simple sutura con cubrimiento ha perdido terreno; aún en Francia. La sutura seguida de gastroenterostomía ha conquistado ese terreno. Las importantes estadísticas de los cirujanos lyoneses, que citaremos más adelante, lo prueban. Ahora bien, sabiendo que la casi unanimidad de los cirujanos franceses permanece fiel al principio de la operación de urgencia mínima, es de creer que hay buenas razones para que muchos se alejen más o menos de ese principio. Así uno de nuestros maestros, el Profesor Agregado Okinczyc, cuya prudencia sólo se iguala a su gran experiencia de la cirugía gástrica, el cual, sin embargo, recomienda siempre a sus internos que hagan una gastro-enterostomía cuando tuvieren una úlcera perforada durante sus guardias.

He aquí las cifras indicadas por algunos de los autores que hemos consultado:

1.º *Consecuencias lejanas después de sutura sin gastroenterostomía.*

Calvet (París)

—43 casos, de los cuales 40 suturas simples.

—12 muertos.

—15 enfermos vueltos a ver después de un plazo de 6 meses a 3 años.

—5 han sido operados nuevamente: 2 a causa de trastornos graves de estenosis; los otros 3 deliberadamente, a fin de intentar la cura radical de la úlcera.

—5 continúan a sufrir, sea de trastornos dispépticos banales (4), sea de un síndrome ulceroso típico (1).

—5 gozan de buena salud.

El autor agrega que se puede suponer que los enfermos que no han respondido a la convocación (13) son, sin duda, aquellos que no adolecen de ningún malestar. Sin malevolencia, nos permitimos no aceptar este razonamiento.

Sostegni (Milán)

—38 casos con 18 muertes (se trataba, probablemente, de malos casos, pues el autor es partidario de los métodos radicales).

—15 enfermos vueltos a ver: resultados francamente malos (pero, aún, se puede admitir que la apreciación resulta falsa a causa de la intransigencia del autor).

Phiipowicz (Czernowicz, Polonia)

—12 casos sin muerte, de los cuales tres continúan a sufrir.

2.º *Consecuencias lejanas después de sutura y gastroenterostomía* (procedimiento del botón, en general).

de Mourgues (Lyon)

—68 enfermos vistos en el espacio de 12 años.

—49 sobre 68 tienen una gastro-enterostomía con botón.

—42 o sea el 62⁰/₀, presentan buenos resultados.

—26 o sea el 38⁰/₀, tienen trastornos, entre los cuales se puede distinguir:

a) trastornos ligeros de orden funcional;
 b) trastornos debidos a la recidiva de la enfermedad ulcerosa: en el mismo sitio, o en la gastro-enterostomía (un caso de perforación de úlcera péptica); hemorragias tardías; cancerización;

c) accidentes independientes de la enfermedad ulcerosa: no-evacuación del botón; estenosis de la boca anastomótica; oclusión intestinal por peritonitis plástica; eventraciones.

Ha sido menester volver a operar a varios enfermos por estas diferentes razones.

El autor concluye que *un tercio de los enfermos continúan a sufrir* de diferentes maneras, deben ser estrechamente vigilados y frecuentemente reoperados.

Clavel y Corajod (Lyon)

—35 casos.

—1 sola vez cubrimiento simple, seguido de trastornos graves que obligan a practicar una gastrectomía tres meses después.

—23 enfermos vueltos a ver.

—3 han sido reoperados.

—18 se hallan en muy buena salud y estos resultados responden a un buen funcionamiento de la boca anastomótica (control radiológico hecho en todos los casos).

Los autores concluyen que 15 a 20⁰/₀ de los enfermos deben ser reoperados, ya a causa de los trastornos que presentan, ya «porque la operación hecha de urgencia (sutura simple) no los pone al abrigo de complicaciones».

Guilleminet y Latreille (Lyon)

—23 enfermos todos con gastro-enterostomía.

—18 buenos resultados: ninguna perturbación: trabajan.

—11 de estos 18 casos han sido examinados radiológicamente: 8 evacuan por el píloro y la gastro-enterostomía; 2 por el píloro sólo; 1 por la gastro-enterostomía sólo.

—2 enfermos tienen trastornos ligeros.

—2 han sido reoperados: retención del botón; estenosis doble del píloro y de la boca anastomótica.

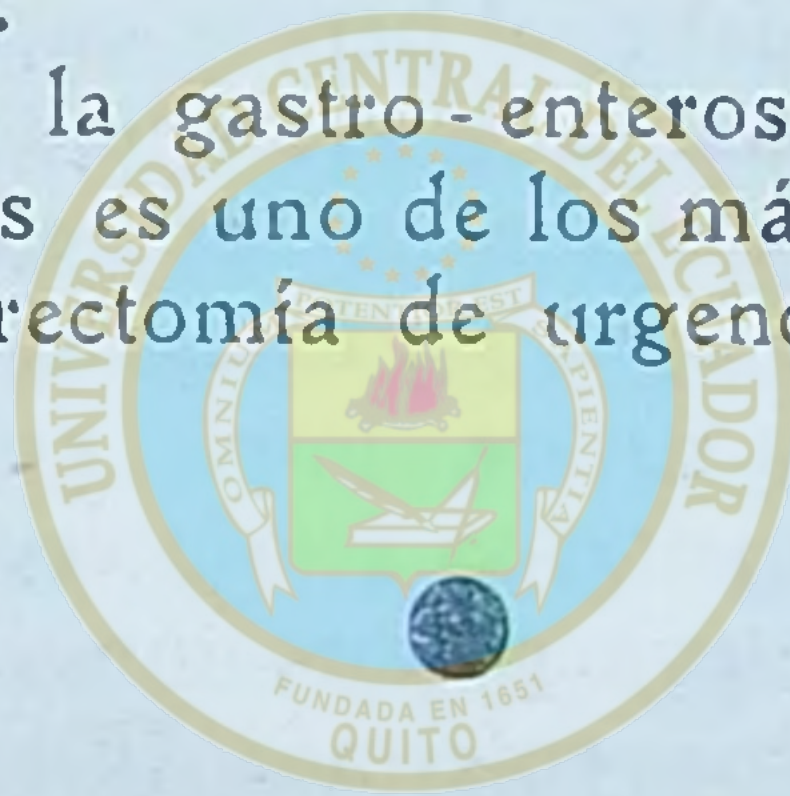
Los autores estiman que las consecuencias lejanas de las operaciones de úlcera perforada son en conjunto mejores que en las úlceras simples. Atribuyen estos resultados a la frecuencia preponderante de la localización píloro-duodenal de estas perforaciones y a la acción favorable, en estos casos, de la gastro-enterostomía.

Judine (Moscú)

- 48 casos antiguos, no personales.
- 25 completamente curados.
- 15 tienen síntomas de dispepsia.
- 8, dolores y vómitos graves.

Por consiguiente, la gastro-enterostomía ha dado 20% de malos resultados.

Judine condena la gastro-enterostomía y, su estadística personal de 72 casos es uno de los más valiosos documentos en favor de la gastrectomía de urgencia.



ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

De la lectura de estas estadísticas se desprende, en suma, una impresión bastante homogénea. Todos los autores reconocen:

1º. Que la sutura simple, con o sin gastro-enterostomía, trae consigo la curación durable de la úlcera en un gran número de casos.

2º. Que, en una proporción menor, los enfermos continúan con sus dolencias, o vuelven a padecerlas después de una mejoría más o menos larga, o presentan, aún, complicaciones y que en todos estos casos, la necesidad de una intervención radical puede hacerse sentir.

En favor de estas conclusiones, sólo los porcentajes varían, poco por cierto. Se puede estimar el promedio de ellos al rededor de 70% y 30%, respectivamente. ¿Es mejor este promedio en las series con gastro-enterostomía? No parece serlo con mucho.

Sí se analiza esta proporción de resultados mediocres o malos se ve —como lo ha demostrado de Mourgues en su tesis— que éstos pueden agruparse en tres categorías:

a) Perturbaciones funcionales simples, variadas pero benignas, sin lesión radiológica precisa.

b) Recidiva de la enfermedad ulcerosa con todas las complicaciones consecutivas.

c) Accidentes independientes de la enfermedad ulcerosa, como retención de botón, estenosis de la gastro-enterostomía, eventraciones, etc.

Son, evidentemente, los trastornos y complicaciones relacionados con la evolución de la enfermedad ulcerosa los que prevalecen sobre las otras dos categorías, por su gravedad como por su frecuencia.

Un primer hecho, del cual hemos encontrado varios ejemplos en nuestras lecturas, es la evolución rápida y grave que tienen, a veces, los trastornos en las semanas que siguen de la perforación. Por ejemplo, un enfermo de Clavel (de Lyon) el cual, después de una sutura simple, presentó crisis dolorosas de tal agudeza que incitaron a reintervenir apresuradamente por temor de una nueva perforación. Lo mismo podemos decir de uno de nuestros enfermos (Observación VII). La intervención de urgencia, en este caso, consistió en una escisión extensa de una úlcera callosa de la curvatura menor del estómago, seguida de sutura en tejidos sanos. Nos vimos obligados a reintervenir muy pronto a causa de fuertes hematemesis y de dolores muy intensos y encontramos, sobre la cicatriz de la sutura gástrica, una «ulceración», así calificada por nosotros por no presuponer su naturaleza, a tal punto su rápida formación nos parecía poco conforme con la noción de la úlcera crónica.

Otra anotación que nos parece digna de interés es que la evolución ulcerosa después de la perforación puede verse, contrariamente a la opinión clásica, en enfermos que no tenían antecedentes. De este hecho también hemos encontrado ejemplos. Tenemos uno personal en nuestra observación N^o. V: un año después de la perforación aparece un síndrome ulceroso típico, con dolores tardíos, mientras que antes de la perforación, el enfermo no había tenido otra cosa que vagas perturbaciones dispépticas, de aparición reciente. El mismo caso, pero mucho más acentuado, se encuentra en la observación de úlcera duodenal gigante presentada por Pauchet y

Luquet a la Academia de Medicina de París: el enfermo, que nunca había padecido del estómago antes de la perforación, permanece en perfecta salud 8 años después de ésta. Entonces aparece un síndrome ulceroso que va agravándose durante cuatro años. Al operarlo, Pauchet encuentra el primer duodeno enteramente destruido por una úlcera gigante. Esta observación es, por otro lado, un ejemplo del largo intervalo que puede existir entre la perforación y el retorno de la evolución ulcerosa. Volveremos a ocuparnos de este hecho.

Las complicaciones, hemorragias, estenosis, no tienen nada de particular en esta evolución después de la perforación, como no sea, para la estenosis, su extremada frecuencia. Se encuentra frecuentemente realizada por la sutura misma de la perforación. De otro modo, la sutura la prepara, puede decirse, el edema, las perivisceritis hacen el resto y es así como, en las semanas que siguen de la perforación pueden verse estenosis apretadas, de aspecto grave.

Una complicación muy rara, según hemos podido darnos cuenta buscando los casos publicados, es la *perforación iterativa*. Hablaremos de ella extensamente ya que hemos tenido la ocasión de ver dos casos con veinticuatro horas de intervalo.

He aquí nuestras observaciones.

OBSERVACIÓN I. D..., Jean, 45 años. Enfermo traído de urgencia al hospital de la Pitié, el 29 de setiembre de 1934, dos horas después del comienzo de un síndrome de perforación absolutamente típico: dolor epigástrico violento y súbito, contractura abdominal generalizada. Vemos una cicatriz epigástrica mediana, presentando una eventración sobre una parte de su longitud. Antecedentes: operado año y medio antes de una úlcera perforada. El enfermo reconoce exactamente los mismos síntomas que tuvo la primera vez. Por nuestra parte no podemos dudar del diagnóstico, aunque nos sorprenda la posibilidad de una perforación iterativa, cosa de la que hasta entonces nunca habíamos oído hablar.

Operación. (Cirujano: Moreno. Ayudante: Soubrane).
Anestesia con éter.

Laparatomía mediana supra - umbilical.

Adherencias del epiploón y del colón transversal a todo el contorno de la cicatriz. *Ninguna adherencia profunda.*

Descubrimos, sobre la cara anterior del ángulo superior del duodeno, una perforación de 5 a 6 milímetros de diámetro, por la cual fluye un poco de líquido bilioso. Esta perforación se encuentra en el centro de una úlcera callosa que ocupa todo el ancho del duodeno. No vemos, por otro lado, ninguna cicatriz ni huella de úlcera en el estómago o el duodeno. No existe gastro-enterostomía. Debemos concluir, por consiguiente, que es en la misma úlcera que se produjo la primera perforación.

Ensayamos, repetidas veces, pero en vano, de suturar esta perforación. Todos los hilos cortan el tejido calloso, por lejos de los bordes que se los pase. Lo mismo sucede cuando ensayamos de cubrir. Debemos contentarnos de una epiplooplastia lo más completa posible, pero que no es hermetica. El estado del enfermo, a pesar de la hora precoz de la operación, nos parece lo bastante débil para hacernos renunciar a hacer otra cosa. Dejamos mechas en contacto, rodeadas de hojas de caucho.

Sutura parietal en un plano.

Consecuencias operatorias: Shock muy marcado al otro día. Los días siguientes: mejoría, apirexia. Pero una fístula duodenal se constituye, dando un derrame abundante. El enfermo se caquetiza rápidamente. El 15º día aparece un foco bronco-pulmonar tórpido. Muerte dos días después.

Hubo oposición a la autopsia.

OBSERVACIÓN II. Tour..., Louís, 60 años.

El enfermo ha sido operado en la Pitié 4 meses antes, de una úlcera perforada situada sobre la cara anterior del duodeno, cerca del píloro.

Vuelve al servicio con síntomas de estenosis aparecidos poco después de la perforación. Su estado general es malo. Se lo guarda en observación algunos días, con un tratamiento médico adecuado (régimen, atropina, suero fisiológico, pequeñas transfusiones, vacunación) para prepararlo a una reintervención.

Al otro día, exactamente, de la noche en que vimos nuestro primer caso, nuestro colega Soubrane es llamado cerca de este enfermo y sabemos por él la historia siguiente. En la tarde, el enfermo siente violentos dolores acompañados de vómitos, pero que duran poco. En la noche, hacia las diez, los dolores vuelven, más intensos y acompañados, esta vez, de contractura neta. Soubrane, instruido por lo que habíamos visto juntos la víspera, no duda, esta vez, ante el diagnóstico de perforación iterativa e interpreta los dolores de la tarde como el signo de una primera fisuración.

Operación. (Cirujano: Soubrane. Ayudante: Dr. Couvelaire).

Anestesia con éter.

Se encuentra una enorme úlcera perforada, cubierta por el hígado, sobre la cara anterior del bulbo duodenal. Previa liberación de los bordes de la perforación, se ensaya de cerrarla por medio de puntos en U, en dos pisos, pero los hilos cortan y la sutura nos es hermética. Se colocan mechas en contacto.

Se hace una resección-exclusión del antro pilórico, con cierre en tres planos del cabo distal y anastomosis gastro-yeyunal por el método de Polytrans-mesocólico.

Dren supra-púbico. ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

Sutura parietal en un plano.

Consecuencias: Al otro día en la mañana el estado es débil pero no alarmante. El dren dá abundantemente un líquido bilioso. Luego, bruscamente, agravación y muerte a las 3 de la tarde.

Autopsia: Las suturas de resección son buenas, pero la perforación se encuentra enteramente abierta. Pus en el peritóneo.

En nuestros dos casos se trata, como se ha visto, de perforación iterativa *de la misma úlcera.*

No hemos encontrado publicadas sino otras dos observaciones del mismo género.

OBSERVACIÓN DE COURBOULES (Lille). Enfermo visto en 1931 con un síndrome agudo localizado en las regiones sub-hepática y apendicular. Ningún antecedente. Por diferentes ra-

zonas se temporiza; luego el enfermo se encuentra mejor, rehusa la operación y todos los accidentes cesan en 48 horas.

Un mes después se halla un abceso en la fosa iliaca derecha. Es incindido como un abceso apendicular, sin buscar el apéndice.

Buena salud durante dos años. Un día, bruscamente, síndrome agudo típico de perforación. Al operar, se encuentra un apéndice normal macroscópicamente e histológicamente. Se descubre una úlcera duodenal perforada que es penosamente saturada. Esta úlcera es única: no hay cicatriz ni huella de úlcera en otro sitio. No se encuentra en ningún órgano huella patológica que pueda explicar los accidentes de dos años antes.

OBSERVACIÓN DE WEEHELK (Londres). Enfermo de 65 años. Hace *cuatro perforaciones sucesivas*: en 1925, 27 y 32. Las tres veces: sutura y cubrimiento. En 1933, la cuarta vez, cuando el autor lo ve, no encuentra *ninguna adherencia*, «las adherencias brillan por su ausencia», dice. La perforación se encuentra sobre la cara anterior del duodeno, cerca del píloro. La exploración más minuciosa no muestra ninguna otra úlcera ni huella de úlcera. El autor queda convencido que es la misma úlcera que se ha perforado cuatro veces. Hace una sutura seguida de gastro-enterostomía.

Es de notar el desenlace feliz de estos dos casos, lo cual, por cierto, no cambia nuestra convicción, a saber que la perforación iterativa es un accidente extremadamente grave porque sobreviene en enfermos en mal estado general y porque sus condiciones anatómicas hacen su tratamiento muy difícil.

Anotaremos algo respecto a las adherencias: su ausencia es, evidentemente, la condición indispensable para que la nueva perforación se haga en peritóneo libre. Pues bien, hemos podido darnos cuenta de su frecuente ausencia en los otros enfermos que hemos reoperado. En muchos casos no hemos encontrado más que adherencias flojas y superficiales. Es decir que esta condición anatómica previa se encuentra frecuentemente realizada. Esta es una noción que nos parece digna de ser retenida.

He aquí, para terminar, una anotación rápida de los casos de perforación iterativa publicados que conocemos:

Boppe: 1 caso. Primera perforación duodenal anterior. Perforación iterativa posterior un mes después. Muerte.

Morley: 1 caso. Muerte.

Henry: 1 caso.

Kempeneers: 1 caso.

Pearse: 1 caso. Curación.

Thurston: 1 caso.

Philípowicz: 1 caso.

Existen casos mucho más numerosos de perforaciones iterativas de úlceras pépticas en perforados gástricos o duodenales gastro-enterostomizados.



Hasta aquí hemos visto lo que son las consecuencias lejanas de las perforaciones de úlceras para ese 30% de enfermos que se encuentran catalogados en las estadísticas como resultados «mediocres» o «malos».

Vamos a examinar, ahora, los casos que se prestan a todas las discusiones: el 70% de los que se dicen curados.

Entendemos que no se debe alinear en esta categoría sino a los enfermos que no presentan ningún trastorno. Porque, perturbaciones aún ligeras, que se las llame funcionales o como se quiera, repercuten sin embargo poco o mucho sobre la vida de los enfermos y no autorizan, en tanto existen, a hablar de curación radical.

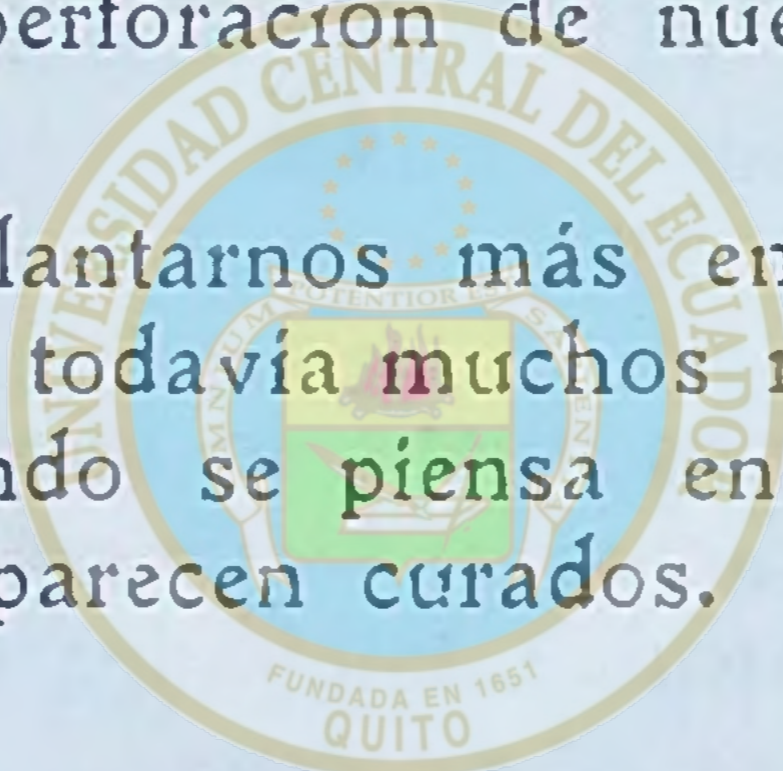
Pero, estos enfermos que tienen todas las apariencias de la curación, ¿qué suerte corren a la larga? Es en estos casos que el problema del porvenir de las úlceras perforadas se hace más arduo: es un problema de pronóstico que compromete seriamente la responsabilidad del cirujano. ¿Cuánto tiempo después de la perforación se está autorizado a hablar de curación? ¿Hasta qué punto la ausencia de antecedentes es una garantía para el porvenir? Todos los autores hablan de la necesidad de un régimen y de una vigilancia médica

prolongados. Pero es más fácil dar el consejo que verlo aplicado con perseverancia por el enfermo.

Del hecho que el enfermo no sufre o no presenta más que perturbaciones ligeras, ¿es permitido concluir que la enfermedad ulcerosa está definitivamente extinguida en él? En dos de nuestros enfermos (Observaciones IV y VI) que han sido reoperados deliberadamente y no a causa de trastornos y en los cuales hemos podido obtener la úlcera entera en la pieza operatoria, hemos podido darnos cuenta de que esta úlcera existía aún realmente y no al estado de cicatriz. En otro caso más reciente (Observación IX), la úlcera perforada se encontraba en evolución y, frente a ella, encontramos una segunda úlcera terebrante de la cara posterior del duodeno, adherente al páncreas.

Aquí cabe, por último, recordar la observación de Pouchet y Luquet, ejemplo, entre muchos, del largo intervalo que puede separar la perforación de nuevas manifestaciones ulcerosas.

Sin pretender adelantarnos más en el debate, creemos poder decir que habría todavía muchos reparos que poner al optimismo clásico, cuando se piensa en la seguridad futura de los perforados que parecen curados.



ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

II

LAS INDICACIONES QUIRÚRGICAS SECUNDARIAS EN LAS ÚLCERAS PERFORADAS

Venimos de ver que, según el promedio de las estadísticas, 30% de las úlceras perforadas, continúan o vuelven a sufrir después de la sutura de la perforación, que ésta haya sido, o no, completada por una gastro-enterostomía. Estos trastornos, y a veces complicaciones más graves, aparecen ya sea precozmente, ya sea, al contrario, al cabo de años de buena salud que han hecho creer en la curación definitiva.

En todos estos casos, una intervención radical secundaria es útil, a veces indispensable.

Esa es la regla general. Pero conviene clasificar los hechos a fin de juzgar de la oportunidad y de la naturaleza de la indicación en cada serie de casos.

Veamos, primeramente, los casos complicados.

La intervención secundaria se impone, es inútil insistir sobre ello.

Que se trate de hemorragias o de estonesis, éstas entran en la categoría general de las complicaciones de las úlceras y requieren el mismo tratamiento.

En caso de perforación iterativa, quisiéramos llamar la atención sobre las dificultades operatorias que el cirujano se expone a encontrar: perforaciones anchas, en medio de una vasta zona callosa; úlceras perforadas cubiertas por el hígado. Es lo que ha pasado en nuestros dos casos, en el de Courboules. Por otra parte, el estado general de los enfermos—cosa muy comprensible—es sensiblemente inferior, a precocidad igual, al del promedio de las úlceras perforadas. En nuestros dos casos, hubiéramos debido recurrir a una exeresis de toda la primera porción del duodeno y terminar por una gastrectomía extendida. No nos atrevimos a tanto precisamente a causa del estado general. En el primero, nos resignamos a dejar simplemente mechas formando tapón. En el segundo se agregó una exclusión. Los dos procedimientos eran igualmente deficientes porque no llenaban la indicación primordial. Pero, ¿teníamos alguna probabilidad de salvar nuestros enfermos mediante una operación tan larga y compleja como es una gastro-duodenectomía?

Ante el retorno evolutivo de la úlcera, sin complicaciones, no parece que indicaciones particulares deban ponerse atendiendo el hecho que la úlcera ha sido perforada. Sin embargo, los diferentes autores que hemos consultado son casi unánimes en dar la preferencia al tratamiento quirúrgico

secundario sobre el tratamiento médico. Pero, en esto, no hacen sino seguir, acentuándola un poco si se quiere, la tendencia general actual en materia de terapéutica de las úlceras. Lo mismo sucede en lo tocante al procedimiento operatorio: derivación o exeresis; son ante todo el precepto de cada escuela y las tendencias personales las que forman el criterio para elegir uno u otro método. Más adelante nos permitiremos defender los nuestros.

Llegamos, por fin, a los casos litigiosos de los enfermos aparentemente curados. ¿Se debe, aún en estos casos, proponer la intervención radical más bien que dejar al enfermo expuesto a complicaciones posibles?

¿Qué se ha objetado a Duval cada vez que ha vuelto a su campaña en favor de la gastrectomía de urgencia? La gravedad inmediata de esta operación: que permite ciertamente menos salvamentos que los métodos más simples. Pero muchos cirujanos han agregado que la consideran como una operación secundaria útil y aún necesaria en muchos casos.

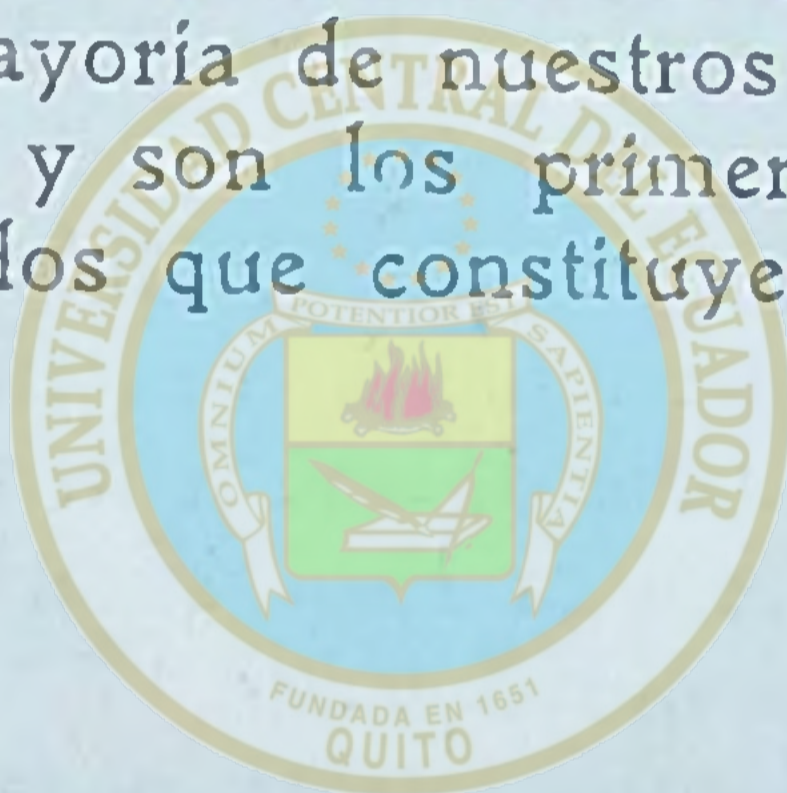
Cuando el mismo Duval informó sobre la comunicación de Judine a la Sociedad Nacional de Cirujía, hubo muchos incrédulos, pero también admiradores. Sin embargo, a menos de sospechar la autenticidad de la estadística de Judine, lo cual no es posible a priori, salvo si se hace entrar un criterio político en la discusión; esta estadística, con sus 72 casos felices consecutivos, es un argumento elocuentísimo en favor de la tesis de Duval. Tenemos a la vista otra estadística, francesa esta vez, de gastrectomías de urgencia: 77 casos, todos operados muy precozmente, con 12 muertos: 84% de curaciones (Plouvier, Tesis de Lille).

Nadie que conozcamos ha tenido un reproche que hacer, hasta la fecha, mortalidad exceptuada, a la calidad de las curaciones obtenidas por la gastrectomía.

Que, por prudencia, no se quiera hacer entrar esta operación en el rango de las operaciones de urgencia, lo admitimos. Pero, ¿no es posible hacer aprovechar secundariamente de su acción curadora al mayor número posible de enfermos?

Que se nos excuse la comparación: haciendo para la úlcera perforada lo que se hacía con las heridas de guerra dudosas (sutura primitiva retardada) ¿por qué no practicar la *gastrectomía primitiva retardada*? Respetando los plazos normales de resorción y de organización peritoneal, ésta vendría (como la apendicectomía que se hace después de la resorción de un «plastron») seis semanas a dos meses después de la sutura de la perforación. Es inspirándonos en esta idea que hemos procedido, en colaboración con dos de nuestros colegas, en tres de nuestros casos (Obs. IV, VI y VIII) y también, en gran parte, en el caso de nuestra observación III.

Reconocemos, por cierto, que la opinión que emitimos refleja la tendencia de las escuelas en las que hemos sido formados. Debemos a esas escuelas el habernos iniciado más pronto que la mayoría de nuestros compañeros en esta cirugía reputada difícil y son los primeros frutos de nuestra experiencia personal los que constituyen la base clínica de este trabajo.



ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

OBSERVACIONES

OBSERVACIÓN III. Na..., Lucien, 45 años.

Enfermo traído de urgencia a la Pitié, el 22 de julio de 1934, con un síndrome de perforación evidente que ha empezado cinco horas y media antes. Antecedentes: síndrome ulceroso neto, con crisis periódicas, caracterizadas por dolores tres a cuatro horas después de las comidas, desde hace 7 años.

1ª. Operación. (Cirujano: Moreno. Ayudante: Trémolieres).

Anestesia con éter.

Laparatomía mediana supra-umbilical.

Líquido gástrico derramado, medianamente abundante.

Perforación de la talla de una lenteja en el centro de una úlcera poco callosa sobre la cara anterior del duodeno, a la unión de las porciones móvil y fija.

Sutura por tres puntos totales pasados transversalmente a distancia de los bordes. Cubrimiento seroso. Epiplooplastia.

No parece que la sutura estreche el calibre del duodeno.

Sutura parietal en un plano sin drenaje.

Consecuencias operatorias: Normales. El enfermo sale del hospital el 15º día en perfecta salud.

En diciembre de 1934, vuelve a consultarnos porque, desde hace algunos días, tiene dolores y ha tenido uno o dos vómitos que le inquietan. Estas perturbaciones no presentan, sin embargo, los caracteres de una crisis ulcerosa.

Hacemos practicar un examen radioscópico y radiografías en serie del duodeno. Estas nos muestran un bulbo desplazado y deformado por una fuerte periduodenitis, sin que sea posible afirmar con seguridad que existe imagen directa de la úlcera.

La importancia de la perivisceritis y la aparición de algunos trastornos son, en nuestro concepto, argumentos suficientes para proponer una intervención radical. Esta tiene lugar el 8 de enero de 1935.

2ª. *Operación.* (Cirujano: Moreno. Ayudante: doctor Oberlin).

Anestesia: escopolamina - morfina, numal Roche intra-venoso, protóxido de ázoe.

Laparatomía mediana supra-umbilical.

Adherencias apretadas del epiploón al hígado y a la pared abdominal. Antro pilórico y duodeno colados a la cara inferior del hígado. Retracción considerable del meso-colón transverso, haciendo imposible la exteriorización del colón. Adherencias posteriores del duodeno al páncreas.

Duodeno endurecido. La cicatriz de la perforación es perfectamente visible y se siente debajo de ella un endurecimiento extenso. Paredes gástricas espesas, serosa rojiza (gastritis).

Siéndonos imposible liberar suficientemente el duodeno a causa de las adherencias, nos contentamos de una sección transpilórica. Cierre del cabo distal, previo aplastamiento, por tres planos de suturas continuas. Del lado izquierdo: resección de las $\frac{2}{3}$ partes del estómago. Anastomosis según técnica típica de Polya, pre-cólica.

Pared abdominal en dos planos.

Consecuencias: Normales. Sale el 20º día.

Visto el 17 de setiembre de 1935. Se encuentra muy bien después de la operación. Ninguna perturbación digestiva. Régimen bastante amplio.

Examen radioscópico: estómago todavía pequeño. Boca anastomótica oblicua, vaciándose inmediatamente en el asa intestinal eferente.

OBSERVACIÓN IV. Mor..., Robert, 36 años.

El 18 de diciembre de 1934, úlcera perforada a la cuarta hora. Antecedentes: desde hace cinco meses, sensaciones de ardencia en la región epigástrica; dolor transfixiante, principalmente por la mañana.

1ª. *Operación.* (Adrianopoulos).

Anestesia con éter.

Laparatomía supra-umbilical.

Úlcera perforada de la cara anterior del antro pre-pilórico. Perforación de 5 mm. de diámetro. Bordes poco callosos.

Sutura por tres puntos totales. Epiplooplastia.
Limpieza de la cavidad peritoneal.
Sutura parietal en tres planos, sin drenaje.

Consecuencias operatorias: Normales. Sale del servicio prevenido de la necesidad de una operación radical.

Vuelve el 3 de febrero de 1935. No siente ningún trastorno gástrico. Sin embargo, acepta la operación.

2ª. Operación. (Cirujano: Adrianopoulos. Ayudante: Moreno).

Anestesia: escopolamina - morfina, numal Roche, protóxido de azoe.

Laparatomía supra-umbilical.

Epiploón adherente a la pared abdominal. Adherencias estrechas del píloro y del duodeno al hígado y a la vesícula. Adherencias de la cara posterior del estómago al meso-colón transversal.

Gastrectomía de derecha a izquierda.

Cierre del duodeno después de aplastamiento por plegadura y tres suturas continuas (procedimiento de Cunéo).

Anastomosis por Polya trans-mesocólico con asa corta directa (Hofmeister-Finsterer).

Sutura parietal en dos planos.

Examen de la pieza: úlcera callosa pre-pilórica.

Consecuencias: normales.

Visto el 20 de setiembre de 1935. Se encuentra muy bien después de la operación, a pesar de un régimen muy insuficiente (una comida por día en la fonda). Se queja de dolores lumbares al despertar, que atribuye a un trabajo bastante duro (recadero).

Examen radiológico: muñón gástrico aumentado de volumen, parcialmente continente. El asa eferente se inyecta un poco, pero se vacía enseguida. El tránsito en el asa eferente es continuo, pero lento.

OBSERVACIÓN V. Vi..., 50 años.

En enero de 1934, perforación operada en el Hospital Lariboisière. Encontramos una cicatriz corta, supra-umbilical para-mediana derecha. Esta perforación sobrevino como

accidente revelador, pues el enfermo nunca había tenido síntomas ulcerosos, sino, únicamente, algunos trastornos dispépticos bastante vagos en las semanas que precedieron a la perforación.

Después de este accidente, goza de excelente salud durante un año. Sigue un régimen muy relativo. En enero de 1935 aparecen crisis dolorosas netamente ritmadas por las comidas, de horario tardío (3 a 4 horas). Vomita de vez en cuando. Enflaquece. Estas crisis dolorosas se repiten, con cortos intervalos de alivio, hasta abril, fecha en la cual vemos al enfermo. Presenta, pues, un síndrome ulceroso típico que no existía antes de la perforación.

La serie duodenal nos muestra un bulbo aplanado, con una concavidad constante en su curvatura mayor. No se ve nicho.

Operación. (Cirujano: Moreno. Ayudante: Mouchotte).

Anestesia: escopolamina - morfina, numal Roche, éter.

Mediana supra - umbilical.

Adherencias flojas del epiploón a la pared y al duodeno. Estómago dilatado. Serosa roja y opaca (gastritis).

Sobre la cara anterior del duodeno, inmediatamente después del píloro, un fragmento de epiploón queda adherido, mostrando el sitio de la perforación. En este sitio la pared duodenal está espesa y dura.

Gastrectomía de derecha a izquierda, comprendiendo las tres cuartas partes del estómago. Cierre del duodeno, después de aplastamiento, por plegadura y tres suturas continuas. Anastomosis por Polya trans - mesocólico con asa corta directa (Hofmeister - Finsterer).

Sutura parietal en dos planos.

Examen de la pieza: a ras de la sección duodenal, encontramos la úlcera, pequeña pero profunda. En su fondo hallamos un fragmento de hilo de lino, anudado e intacto, que nos prueba que ese fué el sitio de la perforación. La mucosa gástrica está espesa y rojiza.

Consecuencias: normales.

Visto el 14 de setiembre de 1935. Sigue bastante flaco, carece de apetito. Estreñido. Pero no padece del estómago.

Examen radiológico: muñón gástrico pequeño. Boca oblicua, vaciándose inmediatamente en el asa eferente.

OBSERVACIÓN VI. B..., Alfred, 33 años.

El 31 de marzo de 1935, el enfermo es sorprendido, a las 4 de la madrugada, durante su trabajo (panadero) por un dolor agudo, localizado primeramente en la fosa ilíaca derecha y que se generaliza luego a todo el abdomen. Tiene, al mismo tiempo, algunos vómitos. Antecedentes: desde hace 13 o 14 años, sufre por crisis periódicas de dolores 2 a 3 horas después de las comidas, frecuentemente acompañados de vómitos. Pero todos estos trastornos habían desaparecido un año antes de la perforación, después de un tratamiento homeopático. No observa ningún régimen.

Es conducido a la Pitié 12 horas después del comienzo. Se encuentra un dolor difuso y una contractura generalizada; dolor y contractura parecen, sin embargo, predominar en la fosa ilíaca derecha.

1ª. Operación. 14ª hora (Soubrane).

Anestesia con éter.

1º. incisión de Mac Burney. Apéndice retrocecal sano. Un poco de líquido opaco, inodoro en el peritóneo. Apendicectomía. Suturas parietales.

2º. laparatomía mediana supra-umbilical. Úlcera perforada de la cara anterior del duodeno, cerca del píloro. Orificio puntiforme. Bordes poco callosos.

Sutura por tres puntos totales a lo largo. Epiplooplastia. Sutura parietal en un plano sin drenaje.

Consecuencias: normales. El enfermo deja el Hospital prevenido de la necesidad de una nueva operación.

Viene a Lariboisière en junio. Se queja de trastornos dispépticos sin carácter ulceroso.

El examen radiológico muestra un bulbo rígido, que el líquido opaco atraviesa tan rápidamente que no se pueden obtener radiografías.

2ª. Operación. (Cirujano: Soubrane. Ayudante: Moreno).

Anestesia: escopolamina - morfina, numal, éter.

Laparatomía supra-umbilical.

Estómago dilatado.

Adherencias flojas con el hígado y la vesícula.

Cicatriz de la perforación visible y asentada sobre una base dura.

Gastrectomía según nuestra técnica habitual.

Dren sub-hepático a causa de un desangre en superficie proveniente de las adherencias descoladas.

Sutura parietal en dos planos.

Examen de la pieza: úlcera duodenal de aspecto cicatricial.

Consecuencias: normales.

Visto el 24 de setiembre de 1935. Salud excelente. Observa bien su régimen.

Examen radiológico: estómago alargado. Boca oblicua y continente. El estómago permanece lleno, presenta contracciones peristálticas y el líquido opaco pasa en el asa eferente por paquetes segmentados.

OBSERVACIÓN VII. H..., Víctor, 44 años.

El 18 de mayo de 1935, perforación a la sexta hora. Antecedentes: historia de la úlcera gástrica desde hace muchos años: dolores ritmados por las comidas, precoces; vómitos y una o dos hematemesis.

1ª. Operación. (Cirujano: Moreno. Ayudante Mouchotte).

Anestesia: éter.

Mediana supra-umbilical.

Líquido abundante en el peritóneo.

Enorme úlcera callosa de la curvatura menor, extendiéndose sobre las dos caras del estómago. Perforación anterior de 1 cm. de diámetro.

Resección de toda la porción callosa. Sutura de la brecha en tres planos de suturas continuas.

El estómago queda con una forma enroscada, «en caracol».

Sutura parietal en un plano.

Consecuencias: normales. Pero estado general bastante débil.

Vuelve al servicio el 21 de junio, pocos días después de haber salido, porque ha tenido una fuerte hematemesis,

acompañada de crisis dolorosas intensas. Fiebre a 38°, 5. 39°. Mal estado general. A pesar del reposo en cama y de la dieta helada, tiene nuevamente hematemesis, acompañadas de violentos dolores. Tenemos una perforación iterativa. Se hacen dos transfusiones de 300 gr. y vacunoterapia y decidimos intervenir cuanto antes.

2ª. *Operación.* (Cirujano: Moreno. Ayudante Mouchotte).

Anestesia: escopolamina-morfina, loco-regional esplácnica. Laparatomía supra-umbilical.

Estómago rodeado de adherencias flojas. Voluminoso endurecimiento de aspecto inflamatorio en toda la región de la cicatriz gástrica.

Gastrectomía muy extendida: la sección de la curvatura menor debe pasar cerca del cardia para evitar la zona cicatricial. Polya Trans-mesocólico.

Sutura parietal en un plano.

Examen de la pieza: encontramos sobre la cicatriz, una ulceración de aspecto inflamatorio (¿se trata de úlcera de evolución aguda?).

Consecuencias: normales desde el punto de vista gástrico. Una supuración parietal retiene al enfermo en el servicio hasta mediados de agosto. Parte en buen estado de salud.

OBSERVACIÓN VIII. Ma..., Paulín, 27 años.

Perforación de úlcera duodenal en junio de 1934. Antecedentes: tres meses antes de la perforación: ardencias, dolores dos horas antes de las comidas.

Después de la perforación, en cuanto deja el hospital, perturbaciones dispépticas ligeras, pero persistentes, aparecen: pesadez epigástrica, somnolencia después de las comidas; de vez en cuando, dolor más neto dos horas después. Sin embargo, no observa prácticamente ningún régimen, bebe vinos y aperitivos.

En julio de 1935 viene al servicio a solicitar la operación radical de que se le había hablado cuando la perforación. No desea esperar y manifiesta que prefiere la operación al régimen y al tratamiento médico.

Examen radiológico: bulbo deformado por adherencias. No se ve imagen de úlcera.

Operación: (Cirujano: Moreno. Ayudante: Chilot).

Anestesia: escopolamina-morfina, numal, éter.

Mediana supra-umbilical.

Adherencias epiploicas a la pared.

Adherencias estrechas del estómago y del duodeno al hígado.

La cicatriz de la perforación se encuentra sobre el primer duodeno fijo y llegamos penosamente a pasar más allá de ésta.

Gastrectomía según nuestra técnica habitual.

La sección del duodeno pasa a través de la cicatriz.

Pared abdominal en dos planos.

Examen de la pieza: la úlcera está comprendida en la zona aplastada de la sección duodenal y no puede ser examinada. Estómago: mucosa espesa.

Consecuencias: normales.

Visto el 19 de setiembre de 1935. Abandona el régimen desde la convalecencia: come comidas campesinas con grasa, lo cual acaba por provocar algunos trastornos. De regreso a París, se limita a una alimentación más ligera, pero que no es un régimen sino desde el punto de vista cuantitativo. Sintiendo débil en su trabajo, decide beber vino y se concede una botella diaria de «vino fino», amén del aperitivo antes de cada comida.....Y afirma que este tratamiento le prueba admirablemente: no siente el menor trastorno.

Examen radiológico: el muñón gástrico ha crecido en un tercio, más o menos. Presenta contracciones peristálticas. La boca es continente. El estómago permanece lleno y el tránsito tiene lugar a través del asa eferente, como en un duodenal normal: por fracciones intermitentes.

No dudamos que este caso es, desde todo punto de vista, el mejor de nuestra serie en cuanto a los resultados de la gastrectomía. En él vemos, en efecto, en el espacio de pocos meses y con un mínimo de cuidados, una recuperación fisiológica del estómago.

OBSERVACIÓN IX. Duc..., Barthélemy, 38 años.

El 11 de julio de 1935, perforación de úlcera a las 7 de la mañana, en el momento en que el enfermo iba a su trabajo. Antecedentes: síndrome típico de úlcera duodenal desde 1931: dolores muy tardíos (5 a 6 horas después de las comidas) calmados por el vómito o por la absorción de agua de Vichy; evolución por crisis separadas por mejorías de 2 en 2 meses.

1ª. Operación. (Cirujano: Moreno. Ayudante: Mouchotte).

El 11 de julio a las 9^{1/2} de la mañana.

Anestesia: éter.

Laparatomía mediana supra-umbilical.

Líquido gástrico derramado en el peritóneo.

Úlcera perforada de la cara anterior del bulbo duodenal.

Sutura y cubrimiento. Epiplooplastia.

Sutura parietal en dos planos, sin drenaje.

Consecuencias: normales. Sale del servicio al cabo de 20 días, prevenido de la necesidad de una operación radical.

Vuelve con este fin el 23 de octubre. No presenta absolutamente ningún trastorno. El examen radiológico nos muestra un duodeno considerablemente deformado por adherencias.

ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

2ª. Operación. (Cirujano: Moreno. Ayudante: Mouchotte).

Anestesia: Escopolamina-morfina, numal, éter.

Mediana supra-umbilical.

Adherencias del epiploón a la cicatriz parietal.

Adelante no existe ninguna otra adherencia. La cicatriz de la perforación es perfectamente visible y dura a la palpación.

Pero al practicar el clivage del ligamento gastro-cólico, encontramos una adherencia extendida del gran epiploón al meso-colón, exponiéndonos a herir los vasos de éste. Salvada esta dificultad, descubrimos una segunda úlcera, duodenal posterior, frente a frente a la primera («Kissing ulcer» de los autores americanos) la cual no habíamos sospechado cuando nuestra primera operación. Esta úlcera es del tipo terebrante, también y se encuentra perforada en el páncreas,

al cual adhiere estrechamente. Para liberarla tenemos que tallar en la cabeza del páncreas, lo cual produce una hemorragia importante de la glándula. Toda esta región presenta un estado inflamatorio que se extiende hasta el epiploón gastro-hepático, lo cual nos estorba mucho para las ligaduras de los pedículos.

Salvadas todas estas dificultades, terminamos la gastrectomía según nuestra técnica habitual (Cunéo, Polya, Hofmeister-Finsterer).

Pared abdominal en 2 planos, sin drenaje.

Examen de la pieza: dos grandes úlceras de las caras anterior y posterior del bulbo duodenal.

Consecuencias: normales. Sale del Hospital el 17º día en perfecto estado.

OBSERVACIÓN X. Alc..., Arcadio, 56 años.

El 30 de julio de 1935, el enfermo es sorprendido por un dolor intenso, como una puñalada, en la región epigástrica. Empieza a las 8 de la noche y se generaliza rápidamente. Sin embargo, el enfermo no viene al Hospital sino al día siguiente y es operado 24 horas después del comienzo. Antecedentes: historia ulcerosa neta desde la edad de 18 años. Pretende haberse curado mediante un régimen compuesto de guisantes en abundancia (el enfermo es español). A la edad de 48 años el síndrome ulceroso reaparece y persiste hasta la perforación; desde junio de 1935 se observa, particularmente, una agravación considerable de los fenómenos dolorosos, verdadero síndrome pre-perforativo.

1ª. Operación. (Cirujano: Mouchotte. Ayudante: Dr. Ménégau).

Anestesia: éter.

Mediana supra-umbilical.

Líquido purulento abundante en el peritóneo.

Perforación del tamaño de una lenteja sobre la cara anterior del bulbo duodenal.

Sutura, cubrimiento, epiplooplastia.

Dren en el Douglas.

Sutura parietal en 1 plano.

Consecuencias: Supuración abundante por el dren durante tres semanas. Mal estado general. Luego, mejora y parte a una casa de convalecencia.

Pocas semanas después, hacia el 20 de setiembre, los síntomas ulcerosos vuelven a aparecer, tan intensos como antes. El enfermo viene a consultarnos: aconsejamos la gastrectomía, que es aceptada.

2ª. Operación: (Cirujano: Moreno. Ayudante: Mouchotte).

Anestesia: escopolamina-morfina; numal, éter.

Laparatomía supra-umbilical.

Adherencias del epiploón al peritoneal parietal, a la cara anterior del estómago y del duodeno, al colón transversal.

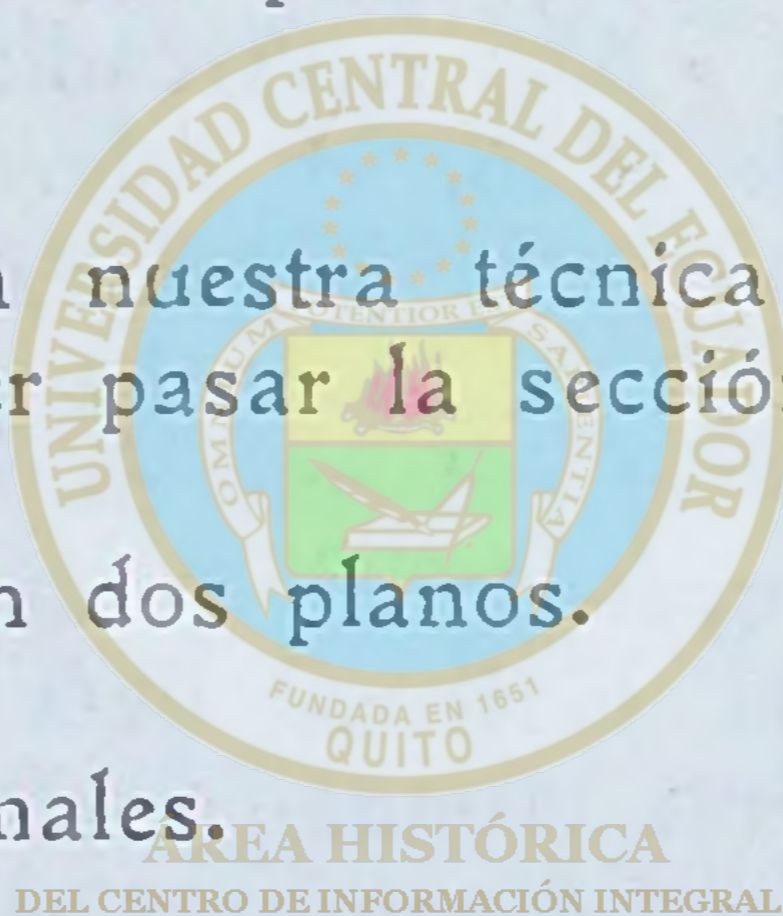
Practicamos, contrariamente a nuestra costumbre, una desinserción gastro-epiploica para evitar las adherencias al colón y al meso-colón.

Hemostásis difícil.

Gastrectomía según nuestra técnica habitual, pero nos vemos obligados a hacer pasar la sección duodenal a través de la úlcera.

Pared abdominal en dos planos.

Consecuencias: normales.



P. S. Las observaciones IX y X no figuran en nuestro trabajo original francés. Las hemos adjuntado, posteriormente a la presentación de éste, a su versión castellana.

BIBLIOGRAFIA

Courty. La operación en dos tiempos en el tratamiento de las perforaciones gastro-duodenales (Journal des Sciences Médicales de Lille, N.º. 11, 13-3-27).

Louis Courty. A propósito de la gastro-pilorectomía en el tratamiento de las úlceras perforadas del estómago y del duodeno (Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie, 11-12-29).

Calvet. Sobre 43 casos de úlceras perforadas del estómago y del duodeno (Presse Médicale, 5-1-35).

Clavel et Corajod. Consecuencias lejanas de las operaciones de úlceras gastro-duodenales perforadas (Lyon Médical. 20-5-34).

Guilleminet et Latreille. Resultados del tratamiento de las úlceras gastro-duodenales perforadas (Journal de Chirurgie, Marzo de 1929)

Judine. A propósito del tratamiento de las úlceras perforadas del estómago y del duodeno. Estadística de 207 casos. (Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chir., 20-11-29).

Lecène. Resultados lejanos del tratamiento de las úlceras gastro-duodenales perforadas (B. et M. de la Société Nat. de Chirurgie, pág. 295. 1934).

Lecène et Leriche. Tratado de Terapéutica Quirúrgica. 1926.

Metzger. Contribución al estudio de las úlceras gastro-duodenales perforadas en peritóneo libre (Tesis de París).

Mondor y Lauret. Las úlceras perforadas del estómago y del duodeno (Masson & Cie. 1923).

de Mourgues. Resultados inmediatos y lejanos de las intervenciones por úlceras gastro-duodenales perforadas (Tesis de Lyon. 1932).

Pauchet et Luquet. Úlcera duodenal gigante. El porvenir de los perforados gastro-duodenales agudos operados y que se dicen curados (Bulletin de l'Académie de Médecine. 1931).

Philipowicz. Diez y ocho operaciones por úlceras gástricas perforadas sin un caso de muerte (in Journal de Chirurgie, Analyses, octubre de 1934).

Plouvier. Contribución al estudio del tratamiento de las úlceras gastro-duodenales perforadas en peritóneo libre (Tesis de Lille. 1932).

Sostegni. 100 intervenciones por úlcera gastro-duodenal perforada (Atti e Memori della Società Lombarda di Chirurgia, setiembre de 1934).

Tondeur. Resultados lejanos de los diferentes tipos de operaciones de úlceras perforadas. (Annales de la Société Belge de Chirurgie, N° 9, diciembre de 1933).

DE LAS PERFORACIONES ITERATIVAS:

Boppe. Bulletin de la Société d'anatomie. 1922.

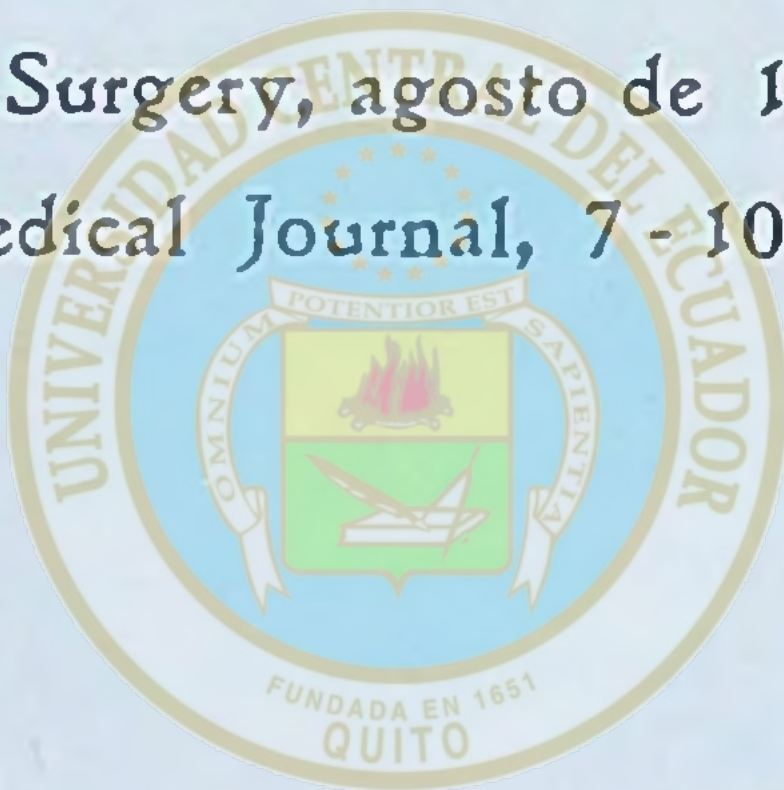
Courboules. B. et M. de la Soc. Nat. de Chir., 10-1-34.

Henry. Surgery, Gynecology and Obstetrics. 1921.

Kempeneers. Ann. de la Soc. Belge de Chirurgie, noviembre de 1925.

Pearse. Annales of Surgery, agosto de 1932.

Wheeler, British Medical Journal, 7-10-33.



ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL