



**Año 1918**

**N. 3485**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CONTRIBUCIÓN AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

DE LA

**ÚLCERA GÁSTRICA Y DUODENAL**

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**OSVALDO F. MAZZINI**

Jefe de sala del Servicio de Cirujía del Hospital Italiano



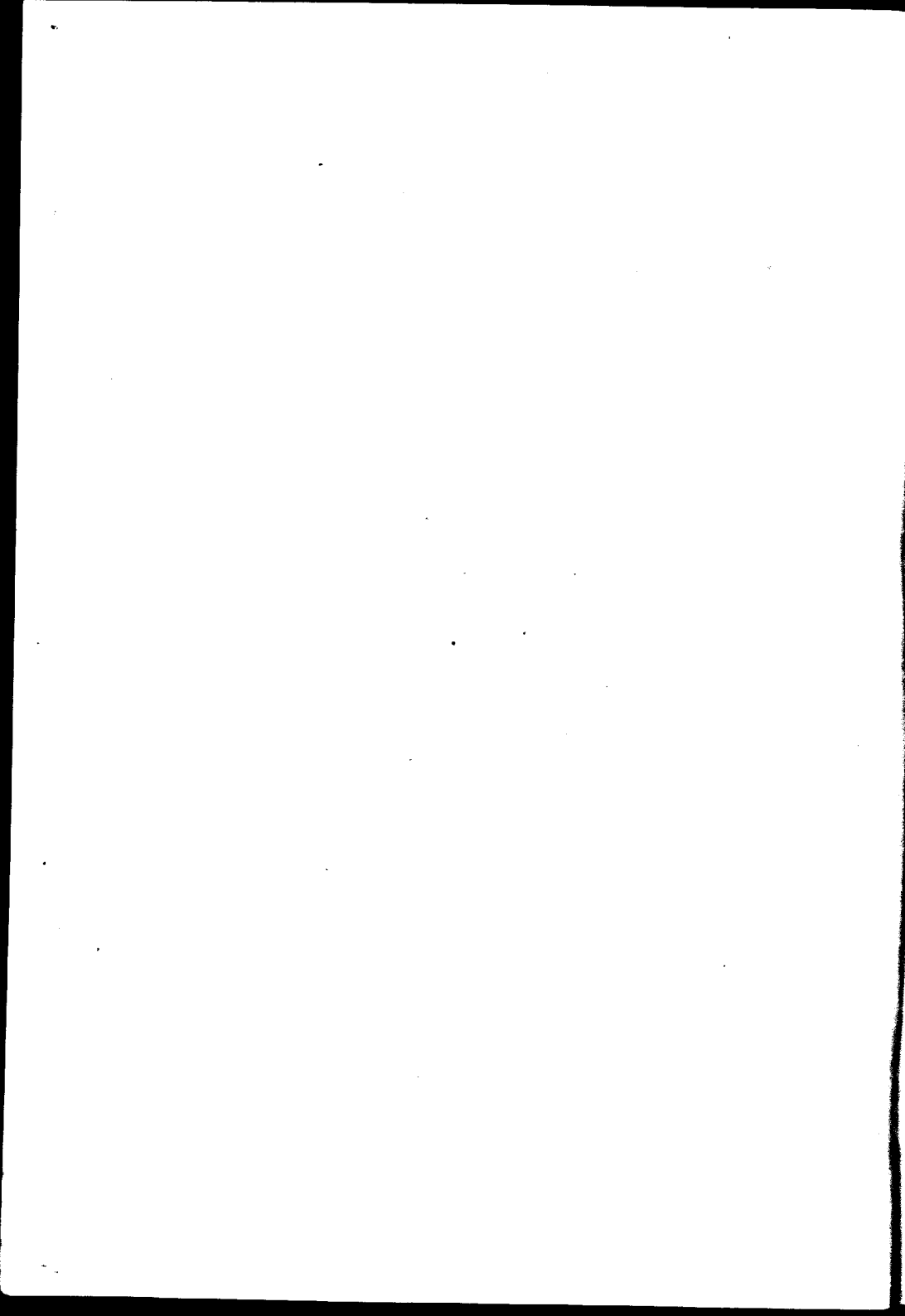
BUENOS AIRES

IMP BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151

1918

*Mis. B. 16.11*

Contribución al Tratamiento Quirúrgico  
de la úlcera gástrica y duodenal



**Año 1918**

**N. 3485**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

**CONTRIBUCIÓN AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

DE LA

**ÚLCERA GÁSTRICA Y DUODENAL**

---

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**OSVALDO F. MAZZINI**

Jefe de sala del Servicio de Cirujía del Hospital Italiano



BUENOS AIRES  
IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151  
1918

*Handwritten signature or initials in the bottom left corner.*

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

*Artículo 162 del R. de la Facultad.*

# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

## ACADEMIA DE MEDICINA

### Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

### Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

### Miembros Titulares

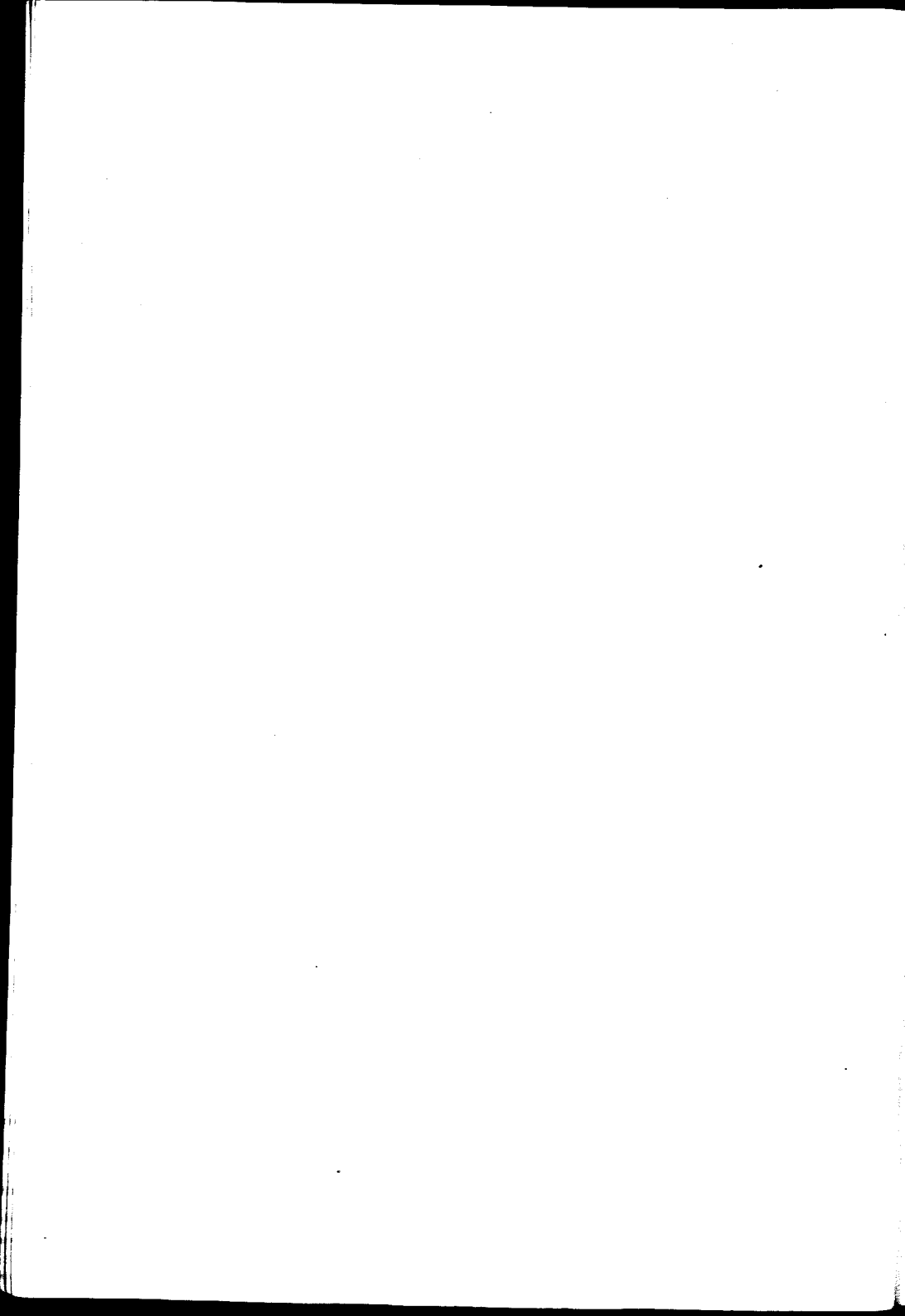
1. DR. D. EUFEMIO GIBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO GANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » DESIDERIO F. DAVEL
19. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
20. » » DOMINGO CABRED
21. » » EDUARDO OBEJERO
22. » » JOSÉ A. ESTEVES.
23. » » Vacante
24. » » Vacante

### Secretario General

Vacante

### Secretario

DR. D. DIÓGENES DECOUD



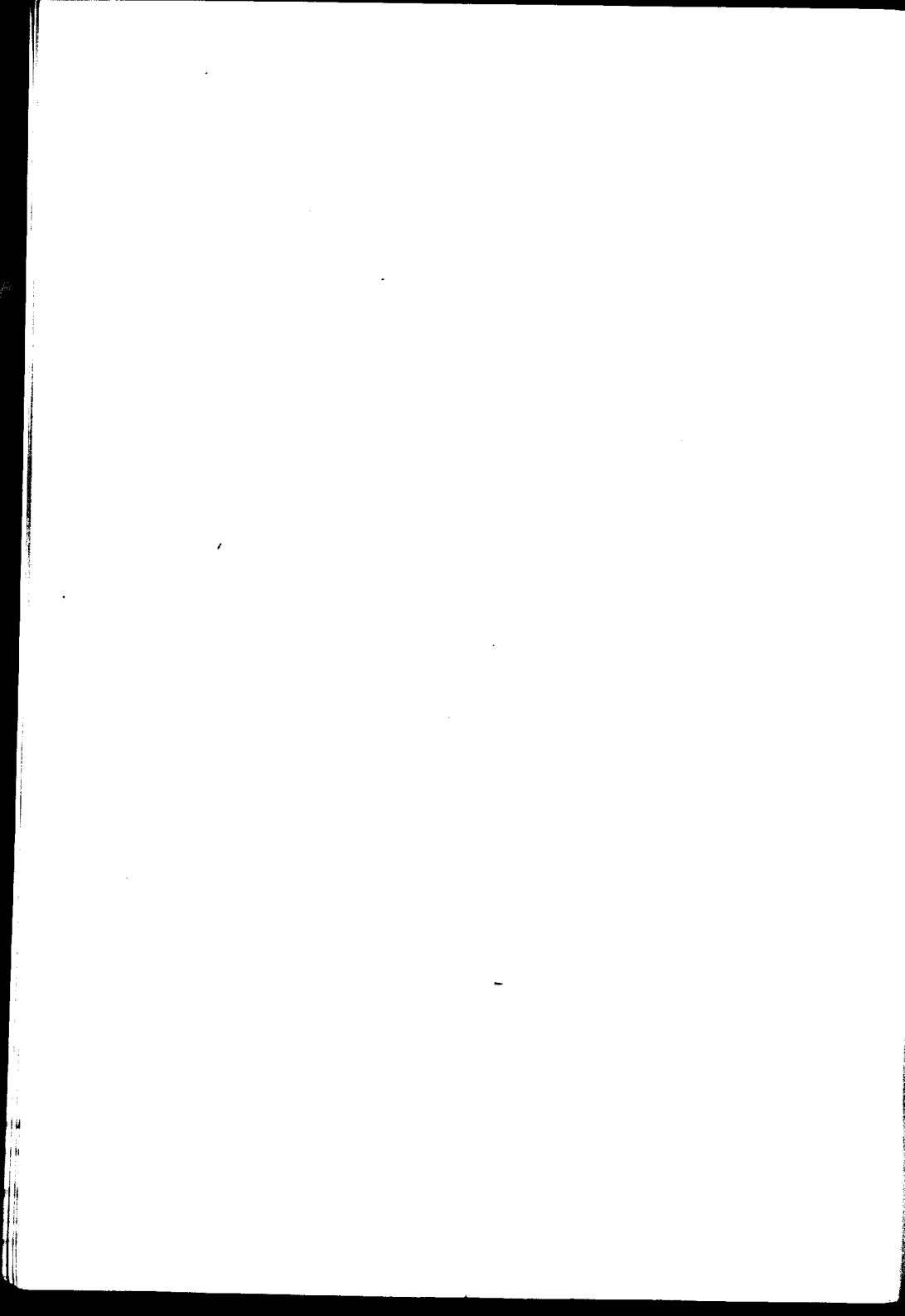
## FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



### ACADEMIA DE MEDICINA

#### **Miembros Honorarios**

1. DR. D. TELÉMACO SUSSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINDO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSIO DE CASTRO
6. » » CARLOS CHAGAS
7. » » MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO



# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

---

## CONSEJO DIRECTIVO

### **Decano interino**

DR. D. ELISEO CANTÓN

### **Vice Decano**

DR. D. . . . .

### **Consejeros**

DR. D. ELISEO CANTÓN

» » DOMINGO CABRED

» » MARCIAL V. QUIROGA

» » JOSÉ ARCE

» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)

» » DANIEL J. GRANWELL

» » CARLOS MALBRÁN

» » JOSÉ F. MOLINARI

» » MIGUEL PUIGGARI

» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

» » FANOR VELARDE

» » IGNACIO ALLENDE

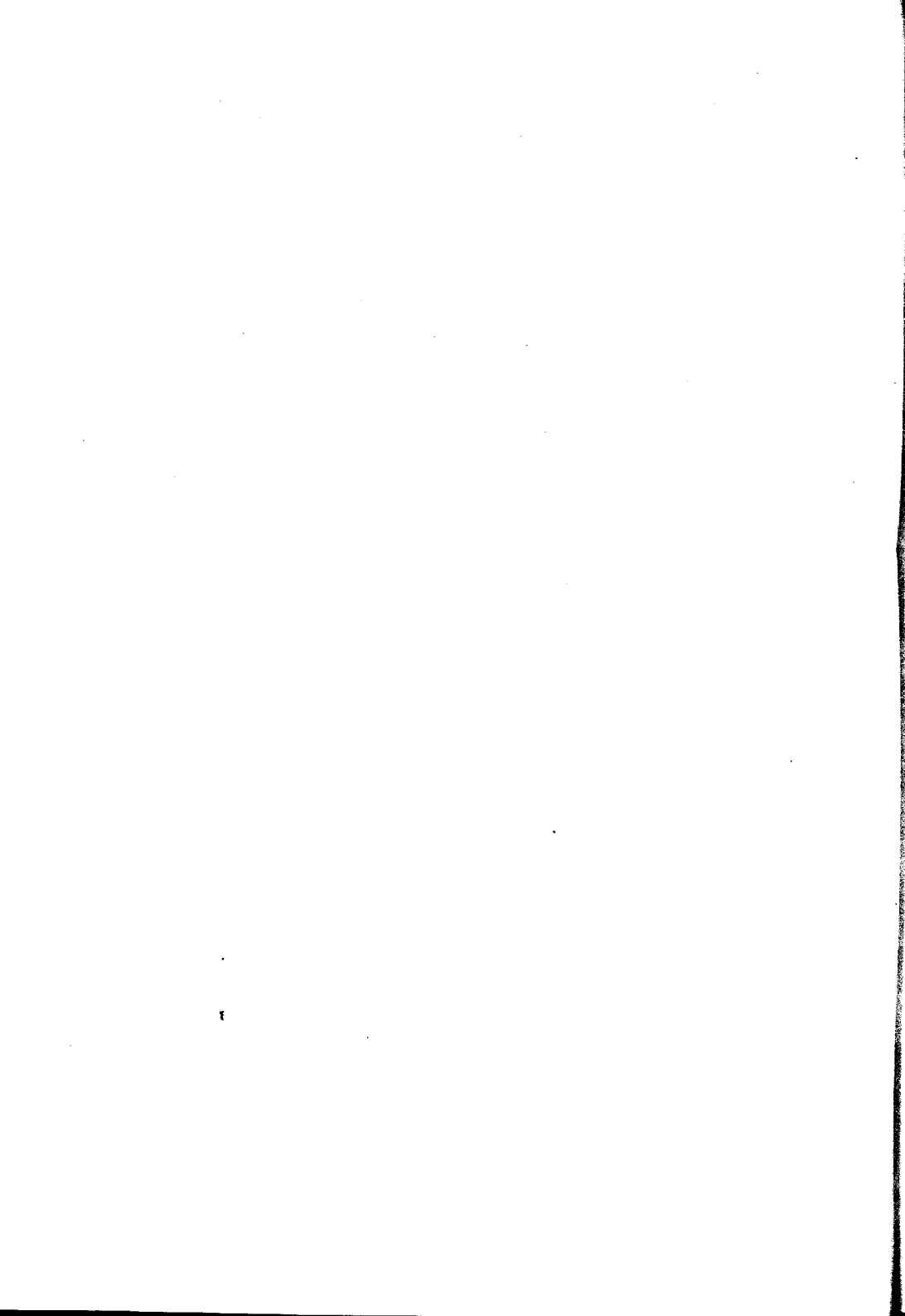
» » MARCELO VIÑAS

» » PASGUAL PALMA

### **Secretarios**

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

» » JUAN A. GABASTOU



## ESCUELA DE MEDICINA

---

### PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEYGA

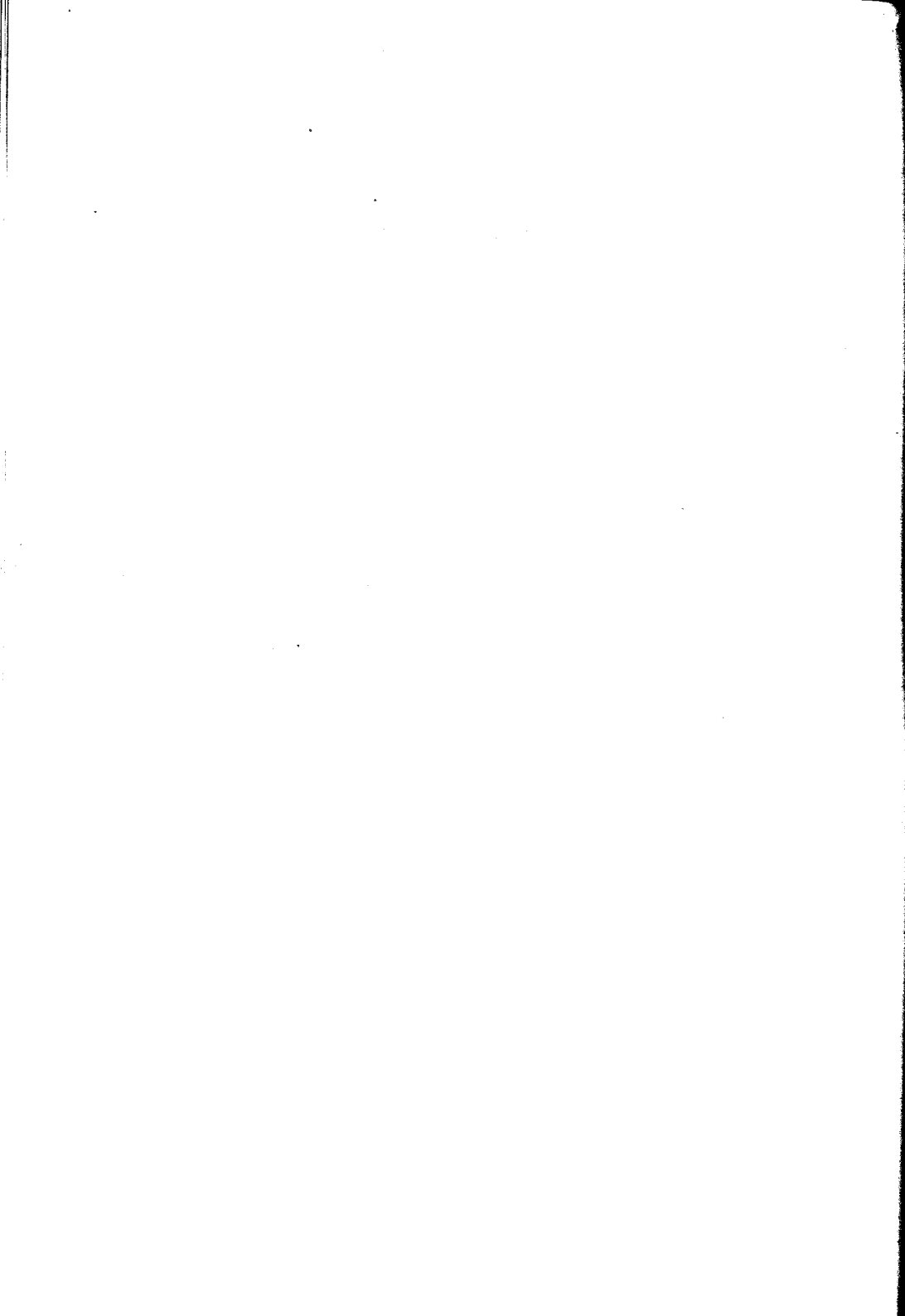
» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI

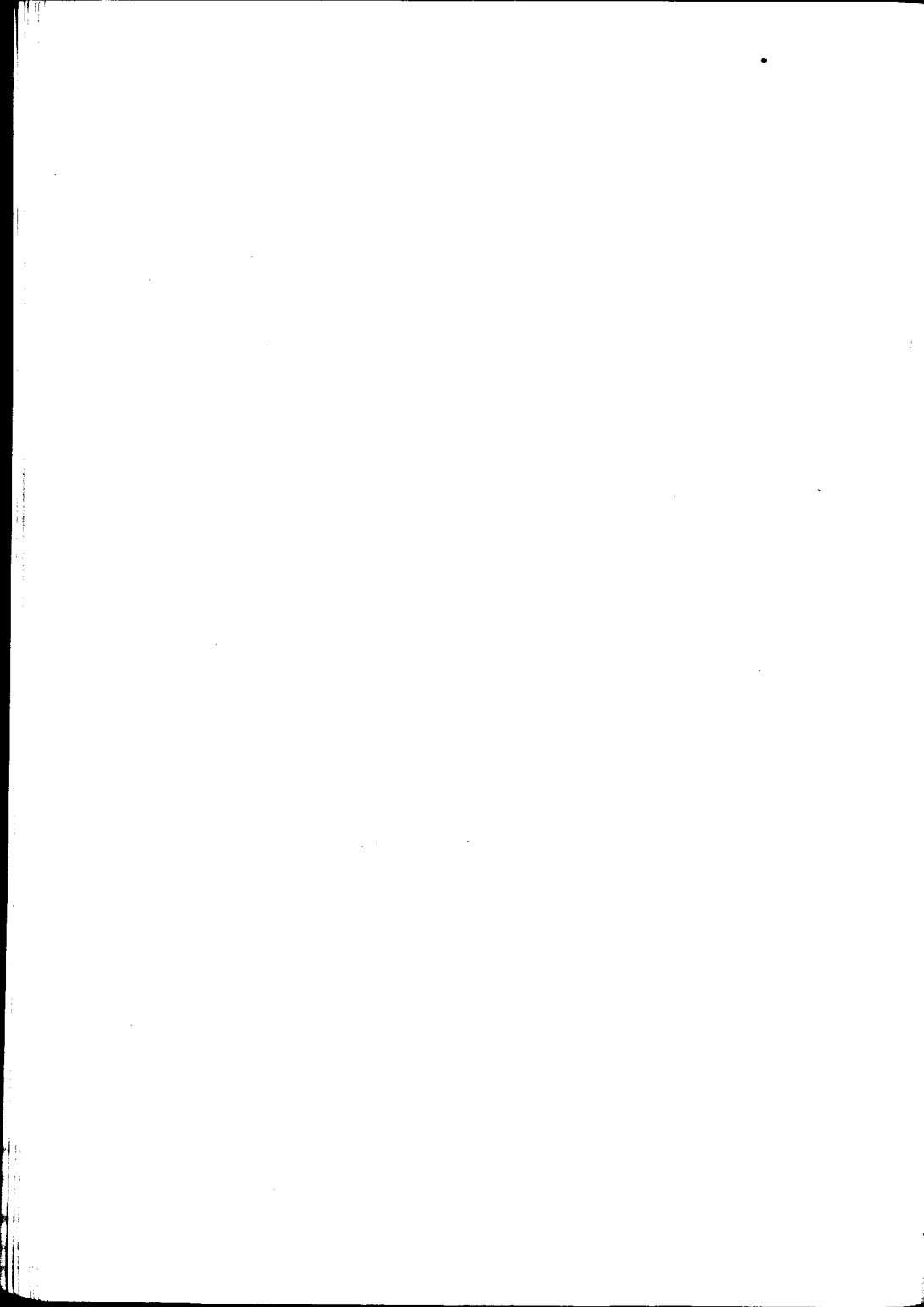
» TELÉMACO SUSINI

» ANGEL M. CENTENO



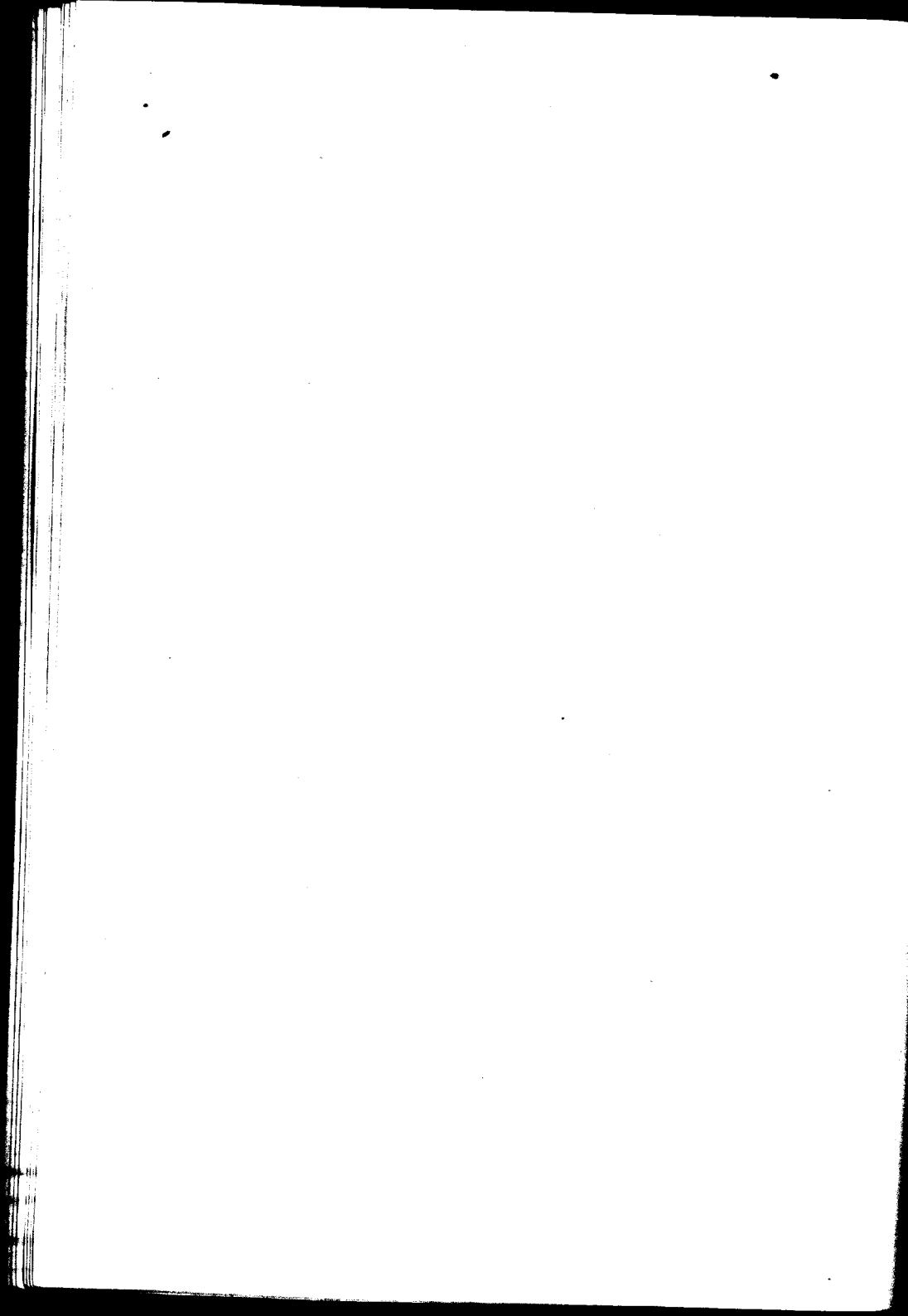
## ESCUELA DE MEDICINA

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos Titulares</b>
Zoología Médica .....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica .....	» LUCIO DURAZONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva .....	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología .....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica .....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología .....	» CARLOS MALBRÁN
Química Biológica .....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos }	» GREGORIO ARÁOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica .....	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica .....	» JOAQUÍN NIN POSADAS
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa .....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria .....	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica.	» (Vacante).
Clinica Génito-urinaria.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORÁNS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
Clinica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Oftalmológica.....	» ENRIQUE B. DEMARÍA
	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» Vacante
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZABATE
» Obstétrica.....	» Vacante
» Pediátrica .....	» (VACANTE)
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERICA



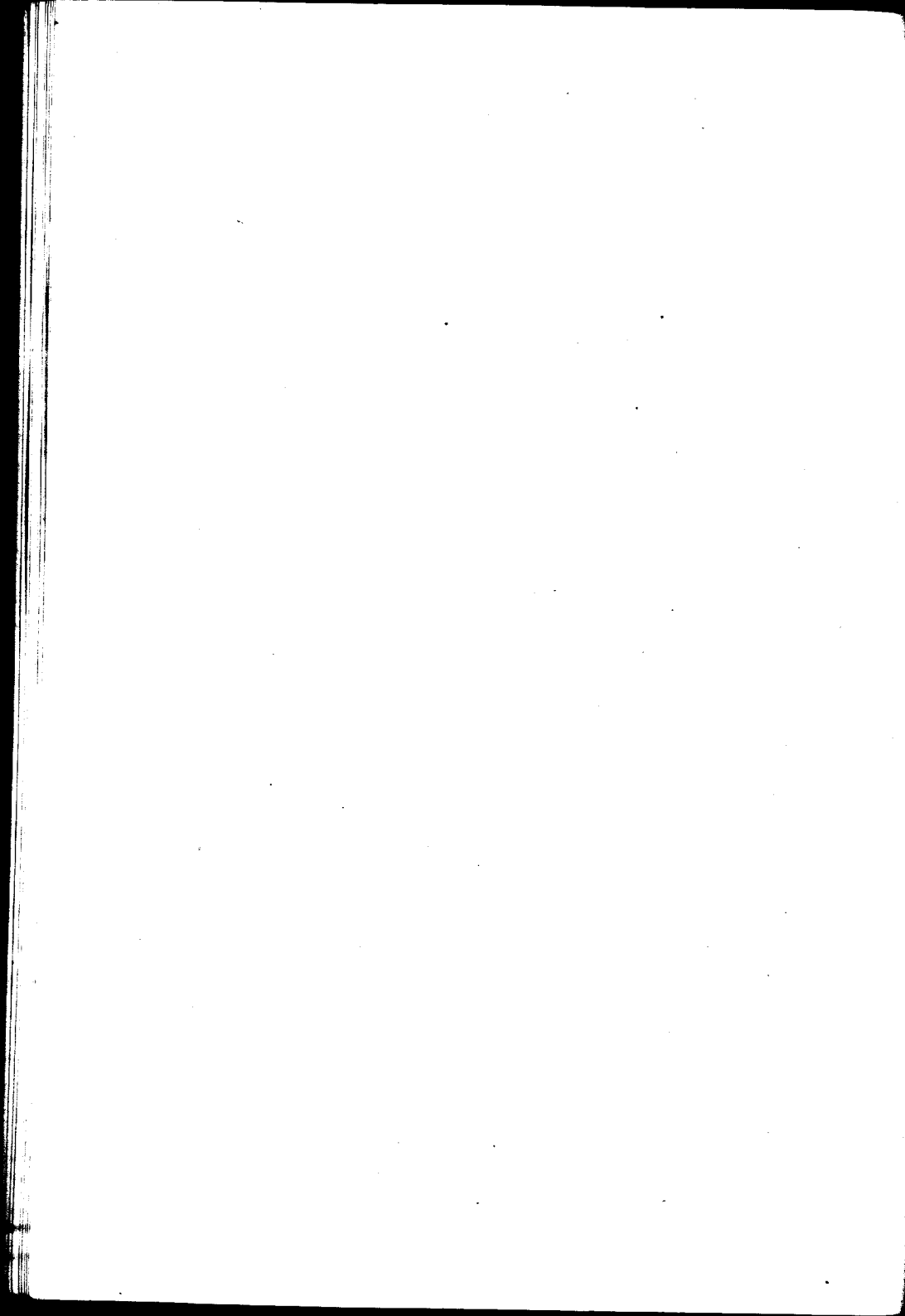
## ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRÍQUEZ
Zoología » .....	» DANIEL J. GREENWAY
Histología normal.....	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
	» JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología.....	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	» FELIPE A. JUSTO
Clínica Dérmato-Sifilográfica..	« MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Patología externa.....	« CARLOS ROBERTSON LAVALLE
Patología Interna.....	« RICARDO COLÓN
Clínica oto-rino-laringológica..	» ELISEO V. SEGURA
Clínica Neurológica.....	» MARIANO ALURRALDE
	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Pediátrica.....	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» FRANCISCO LLOBET
Clínica Quirúrgica.....	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
	» JOSÉ T. BORDA
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» ARTURO ENRÍQUEZ
Clínica obstétrica.....	» ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Ginecológica .....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING



# ESCUELA DE MEDICINA

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos sustitutos</b>
Zoología médica.....	DR. GUILLELMO SERRER » SILVIO E. PARODI » EUGENIO GALLI » JUAN JOSÉ CIRIO » FRANCISCO ROPHILLE » FLANK L. SOLER » BERNARDO HOUSSEY » RODOLFO RIVAROLA » SALVADOR MALAZZA » BENJAMÍN GALARCE » MANUEL V. CARBONELL » SANTIAGO M. COSTA » CARLOS BONOMO CDAONDO » ALFREDO VITÓN » PEDRO J. HARDOY » ANGEL H. ROFFO » PEDRO ELIZALDE » ANGEL E. SAN MARTIN » JOSÉ MORENO » PEDRO CASTRO ESCALADA » ENRIQUE PINOCCHIETTO » GUILLERMO BOSCH ARANA » NATAL LOPEZ CROSS » FRANCISCO P. CASTRO » CASTELPONT LUGONES » ENRIQUE M. OLIVIERI » ALEJANDRO CEVALLOS » NICOLÁS V. GRECO » PEDRO L. BALIÑA » JOAQUÍN CERVERA » JOAQUÍN NIN POSADAS » FERNANDO H. TORRES » FRANCISCO DESEFANO » ANTONINO MARCO DEL PONT » DANIEL THAMSI » ADOLFO NOCETI » RAÚL ARGANARAZ » JUAN DE LA CRUZ CORREA » MARTIN CASTRO ESCALADA » FELIPE J. BASAVILBASO » ANTONIO R. ZAMBIRINI » ENRIQUE FERREIRA » DIÓGENES MASSA » PEDRO TABAQUI » LEONIDAS JORGE FACIO » PABLO M. BARLARO » EDUARDO MARTÍNO » ARMANDO R. MAROTTA » LUIS A. TAMINI » MIGUEL SUSSINI » ROBERTO SOLE » PEDRO CHUTRO » JOSÉ M. JORGE (H.) » OSCAR COPPELO » ADOLFO F. LANDÍVAR » JORGE LEVY DIAZ » ANTONIO F. CELESIA » TOMÁS B. KENNY » GUILLERMO VALDÉS (H.) » VICENTE DIMITRI » ROMULO H. CHIAPPORI » JUAN JOSÉ VITÓN » PABLO J. MORSALINE » RAFAEL A. BULERTCH » IGNACIO IMAZ » PEDRO ESCUDERO » MARIANO R. CASTEX » PEDRO J. GARCÍA » JOSÉ DESEFANO » JUAN R. GUYENA » JUAN JACOBO SPANGENBERG » TULLIO MARTINI » CÁNDIDO PATIÑO MAYER » GENARO SISTO » PEDRO DE ELIZALDE » FERNANDO SCHWEIZER » JEAN CARLOS NAVARRO » JAIME SALVADOR » TORIBIO PICCARDO » CARLOS R. CIDIO » OSVALDO L. BOTTARO » JULIO TRIBARNE » CARLOS ALBERTO CASTAÑO » FAUSTINO J. TRONGÉ » JUAN B. GONZALEZ » JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ » JUAN A. GABASTOU » ENRIQUE A. BORRO » JOSUÉ A. BERUTTI » NICANOR PALACIOS COSTA » VICTORIO MONTEVERDE » TOMÁS A. CHAMORRO » DOMINGO TRARTA » JOAQUÍN V. GRECO » JAVIER BRANDAN » ANTONIO PODESTÁ » AMABLE JONES » ALFREDO BUZZO
Anatomía descriptiva.....	
Fisiología general y humana.....	
Bacteriología.....	
Química Biológica.....	
Higiene Médica.....	
Semiología y ejercicios clínicos.....	
Anatomía patológica.....	
Anatomía topográfica.....	
Materia médica y terapéutica.....	
Medicina operatoria.....	
Patología externa.....	
Clínica dermató-sifilográfica.....	
» Génito urinaria.....	
» epidemiológica.....	
» oftalmológica.....	
» oto-rino-laringológica.....	
Patología interna.....	
Clínica quirúrgica.....	
» Neurológica.....	
» Médica.....	
» pediátrica.....	
» ginecológica.....	
» obstétrica.....	
Medicina legal.....	
Clínica Psiquiátrica.....	
Toxicología.....	



## ESCUELA DE PARTERAS

---

### **Asignaturas**

### **Catedráticos titulares**

#### *Primer año:*

Anatomía, Fisiología, etc..... DR. J. C. LLAMES MASSINI

#### *Segundo año:*

Parto fisiológico..... DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

#### *Tercer año:*

Clínica obstétrica ..... DR. FANOR VELARDE

Puericultura..... DR. UBALDO FERNÁNDEZ

---



## ESCUELA DE FARMACIA

### Asignaturas

Zoología general.—Anatomía y Fisiología comparadas.....  
 Física farmacéutica.....  
 Química farmacéutica inorgánica...  
 Botánica y Micrografía vegetal....  
 Química farmacéutica orgánica.....  
 Técnica farmacéutica (1er curso)...  
 Higiene, Ética y Legislación.....  
 Química analítica general.....  
 Farmacognosia especial.....  
 Técnica farmacéutica (2º curso)...

### Catedráticos titulares

Dr. ANGEL GALLARDO  
 » JULIO J. GATTI  
 » MIGUEL PEIGGARI  
 » ADOLFO MEJICA  
 (Vacante)  
 » J. MANUEL IRIZAR  
 » RICARDO SCHATZ  
 » FRANCISCO P. LAVALLE  
 Sr. JUAN A. DOMÍNGUEZ  
 Dr. J. MANUEL IRIZAR

### Asignaturas

Zoología general—Anatomía y fisiologías comparadas.....  
 Física farmacéutica.....  
 Química farmacéutica inorgánica...  
 Botánica y Micrografía vegetal....  
 Química farmacéutica orgánica.....  
 Técnica farmacéutica.....  
 Química analítica general.....  
 Farmacognosia especial.....

### Catedráticos sustitutos

Dr. ANGEL BIANCHI LISCHETTI  
 » TOMÁS J. RUMI  
 » ANGEL SABATINI  
 » EMILIO M. FLORES  
 » ILDEFONSO C. VATTUONE  
 » PEDRO J. MÉSIGOS  
 Dr. LEIS GUGLIALMELLI  
 Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA  
 » PASCUAL CORTI  
 » CLEOFÉ CROCCO  
 Dr. JUAN A. SANCHEZ  
 Sr. OSCAR MALOCK

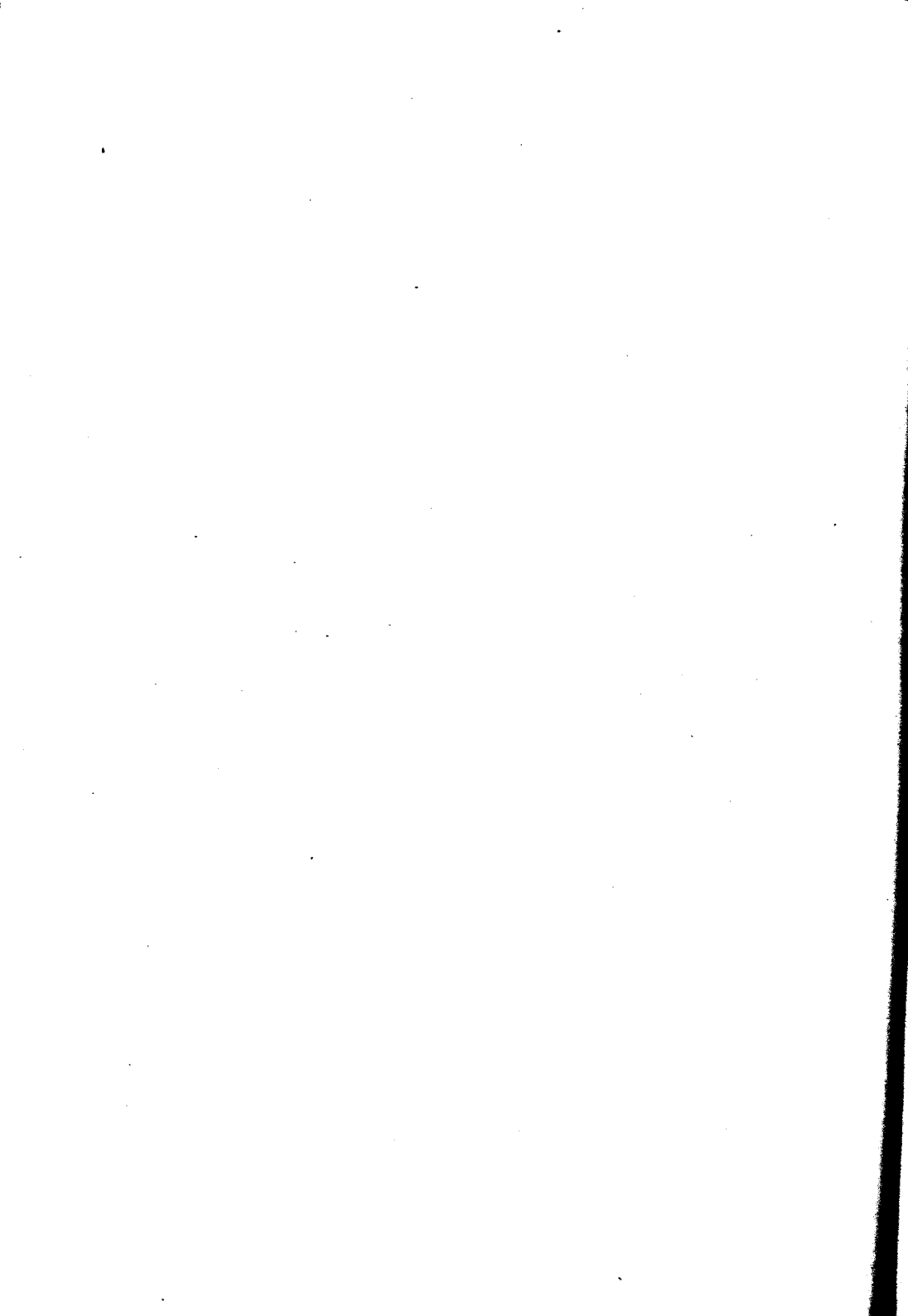
## DOCTORADO EN FARMACIA

### Asignaturas

Complementos de Matemáticas.....  
 Mineralogía y Geología.....  
 Botánica (2. Curso) Bibliografía botánica argentina.....  
 Química analítica aplicada (Medicamentos).....  
 Química biológica.....  
 Química analítica aplicada (Bromatología).....  
 Física general.....  
 Bacteriología.....  
 Toxicología y Química legal.....

### Catedráticos titulares

— — —  
 — — —  
 — — —  
 Dr. JUAN A. SANCHEZ (supl. en ejercicio)  
 » PEDRO J. PANDO  
 — — —  
 » CARLOS MALBRÁN  
 » JUAN B. SEÑORÁNS



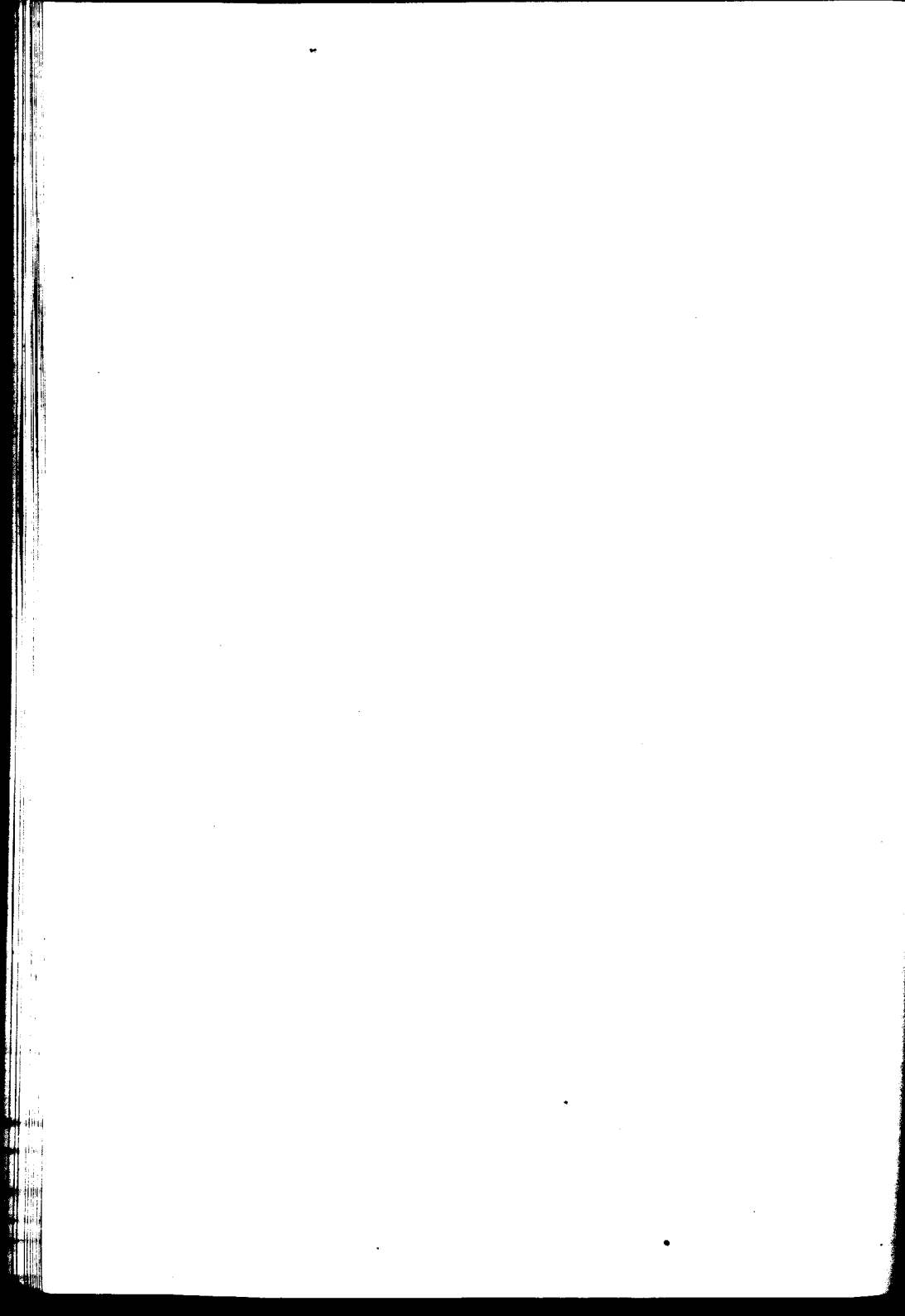
## ESCUELA DE ODONTOLOGIA

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Prótesis dental .....	SR. ANTONIO J. GUARDO

### **Catedráticos sustitutos**

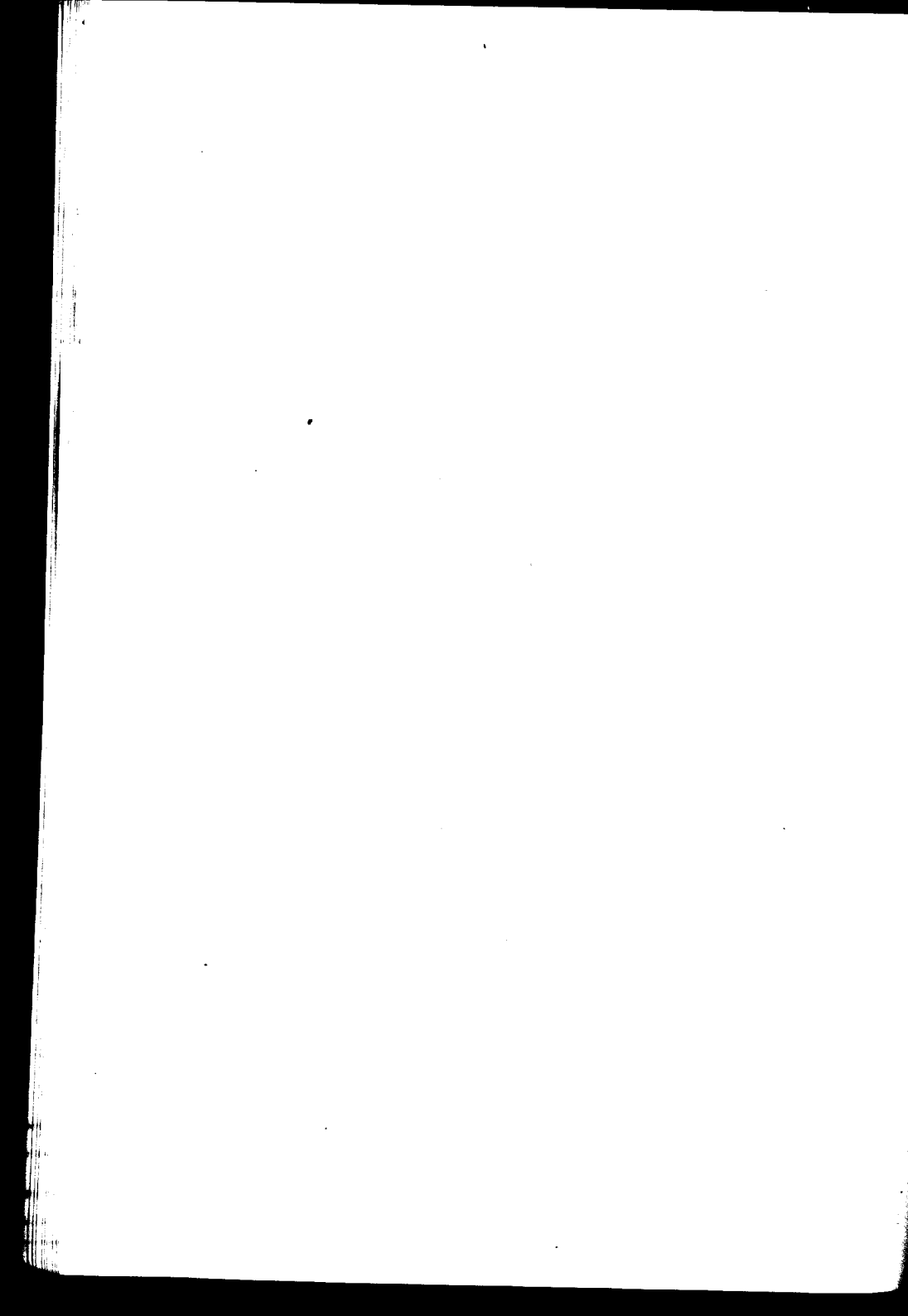
- DR. ALEJANDRO CABANNE
- » TOMÁS S. VARELA (2º año)
- SR. JUAN U. CARREA (Prótesis)
- » CORIOLANO BREA (    »    )
  - » CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)



PADRINO DE TESIS:

DR. LUIS LENZI

Director de la Clínica quirúrgica del Hospital Italiano



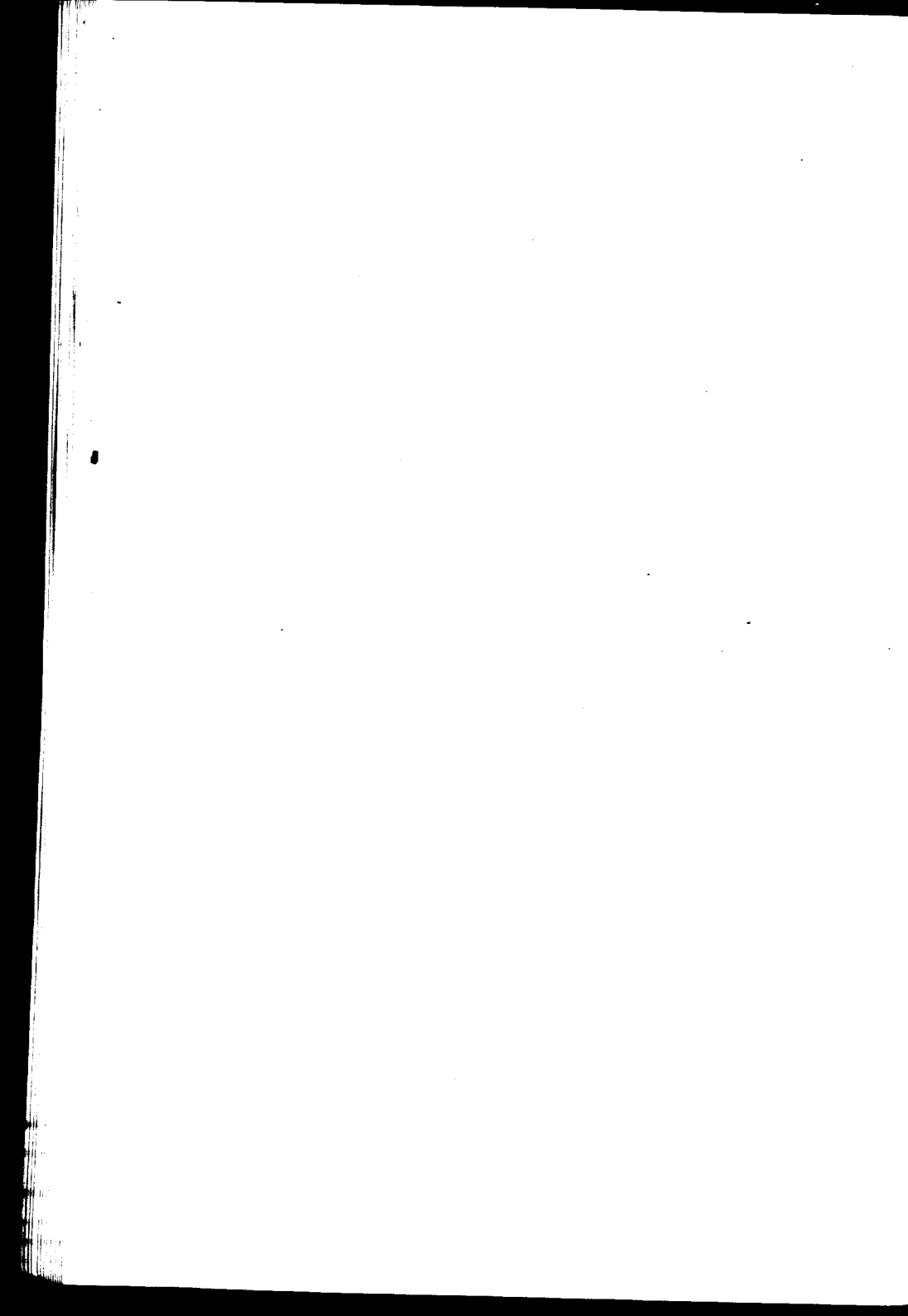
A MIS PADRES

TODO



A MIS HERMANOS

MI CARÍÑO



A MIS INTIMOS:

HONORIO J. FINOCHIETTO

SILVANO GRACIARENA

ANTONIO SOLARI (HIJO)

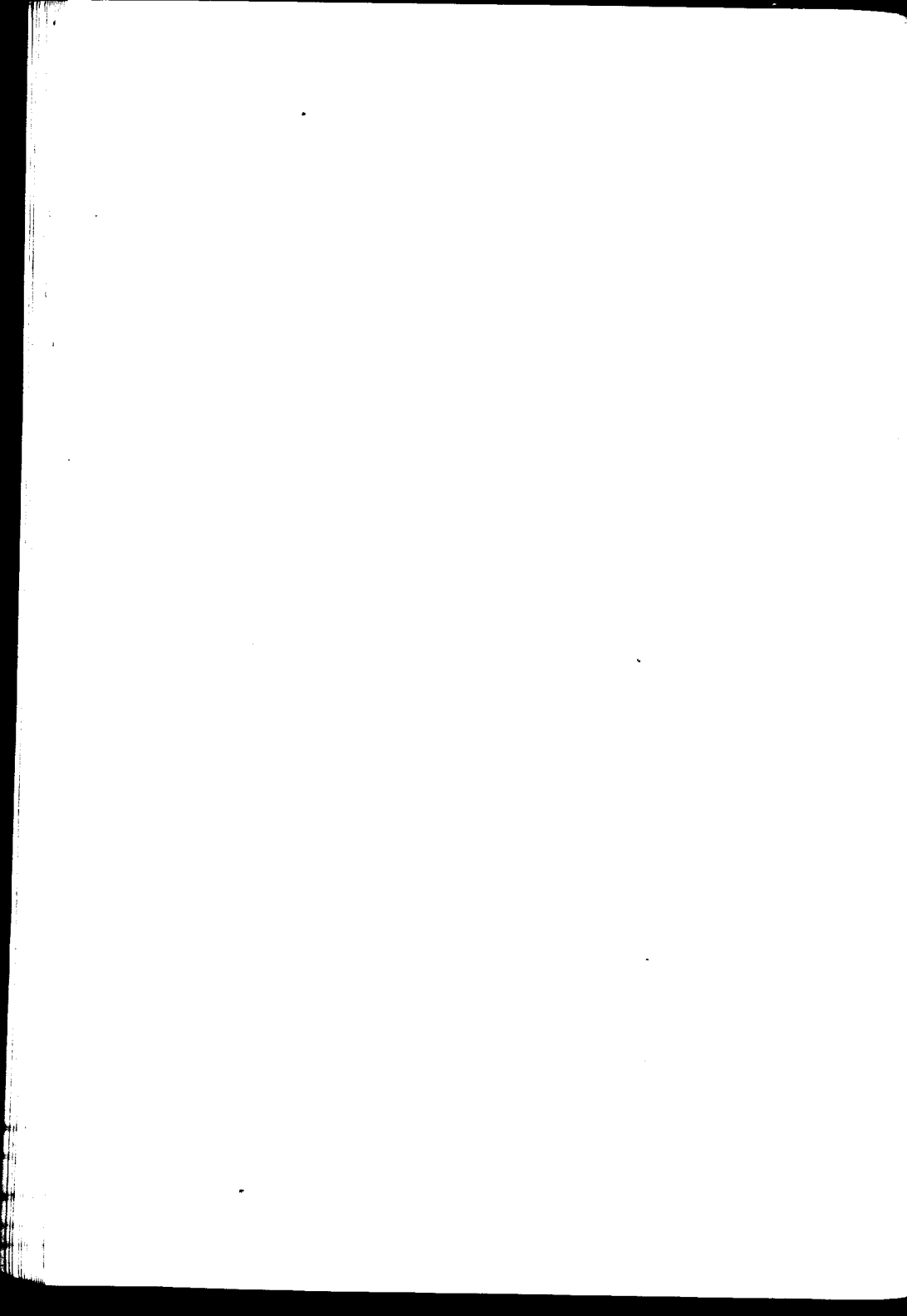
EDUARDO SANTAN

ALEJANDRO GRACIARENA

ROBERTO OLIVIER

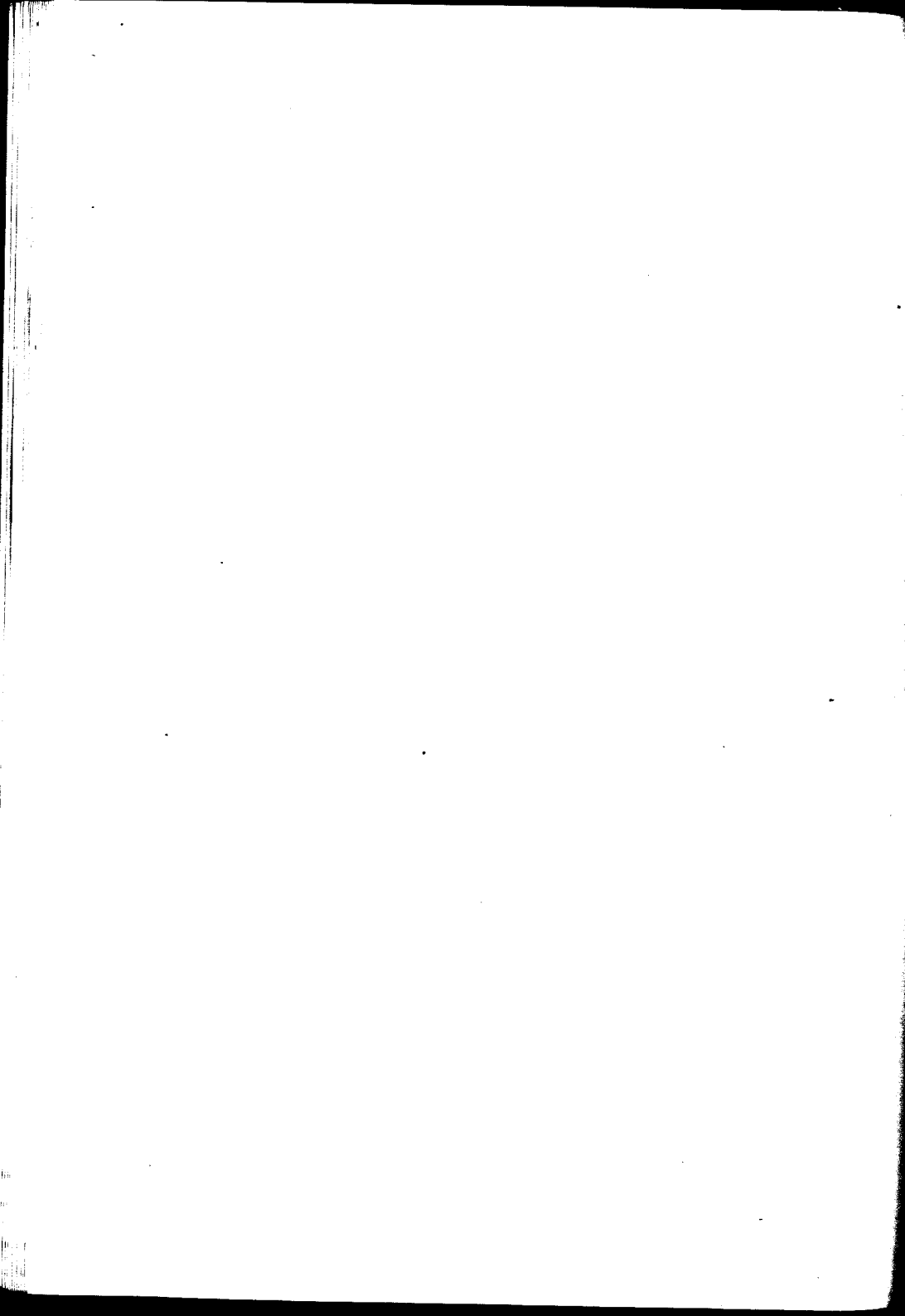
EMILIO DANERI

MI AMISTAD



AL DOCTOR LUIS LENZI

PROFUNDO RECONOCIMIENTO



A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS DE ESTUDIO:

DOCTORES:

CARLOS E. MOSOTEGUY

FERNANDO BATLLE BESIO



## Consideraciones generales

### Ventajas de la intervención quirúrgica, sus indicaciones

#### CAPITULO I

«Le traitement médicale le mieux conduit ne suffit pas toujours à amener la guérison de l'ulcère de l'estomac».

*Mathieu.*

La cirugía estomacal constituye una de las más brillantes conquistas de la cirugía moderna, tanto que su acción terapéutica ha invadido un campo considerable de las afecciones de este órgano y sus méritos aumentan justificados por la importancia y excelencia de sus resultados.

Exceptuando las operaciones preconizadas y efectuadas en épocas lejanas para la extracción de los cuerpos extraños de su cavidad; las intervenciones sobre

el estómago y duodeno se inician recién con los albores de la cirugía antiséptica y eran empleadas únicamente para las lesiones malignas (neoplásicas) y recién en 1887, Surmay (de Han), cirujano francés, proponía la yeyunostomía contra las estenosis pilóricas; pero la úlcera englobada en las lesiones benignas o mejor no neoplásicas no eran tributarias del tratamiento quirúrgico.

A Gussenbauer se debe la idea primera de hacer entrar esta afección bajo el dominio de la cirugía y en 1876 escribía que “una lesión benigna determinando una estrechez que lleva fatalmente a la muerte, indica más que un cáncer, la ablación del píloro”.

En 1879, Peán realiza la primera pilorectomía, pero es en 1881 que Rydygier efectúa esta operación por úlcera estenosante del píloro, obteniendo una curación tan radical y definitiva que 25 años más tarde, pudo presentar su enfermo al Congreso Internacional de Bruselas.

En 1887, Mikulicz efectúa la piloroplastia por estrechez pilórica debida a una úlcera cicatrizada y en este mismo año se aplica la gastroenterostomía por primera vez por Fritsch en Alemania, como tratamiento quirúrgico de la úlcera de estómago; en Francia lo realiza Doyen en 1892, con el mismo fin.

Después de esta fecha, las operaciones sobre el estómago se sucedieron y ya en 1895, Doyen, en su tratado sobre el tratamiento quirúrgico del estómago y duodeno, reunía 212 intervenciones. Las técnicas fue-

ron perfeccionadas y los procedimientos ideados siguieron un progreso esencialmente evolutivo, culminando con la gastro-enterostomía, operación que se halla situada hoy día en el primer plano de las intervenciones destinadas a remediar o curar las afecciones quirúrgicas del estómago y duodeno y en particular de la úlcera de estos órganos.

La úlcera del estómago y del duodeno es una afección grave en todo su curso, que recidiva frecuentemente y es dependiente de un tratamiento médico o quirúrgico en todos los períodos de su evolución.

Examinada la úlcera desde el punto de vista terapéutico, debemos decir, que no disponemos de un tratamiento, ya sea médico o quirúrgico seguro de curar la úlcera gástrica o duodenal, pues ambas terapéuticas son sintomáticas, ninguna de ellas está basada en la etiología y patogenia de esta afección que actualmente se desconoce para el mayor número de los casos. Pero no pudiendo actuar de una manera absoluta, se puede hacerlo de un modo muy favorable para la marcha ulterior de la enfermedad, deteniendo su evolución, evitando sus complicaciones y obteniendo su curación en la gran mayoría de los enfermos; consiguiéndose estos beneficios con el tratamiento quirúrgico que en estos últimos años ha invadido la terapéutica de la úlcera, llegando a serla patrimonio casi exclusivo de su dominio.

El tratamiento médico ha ido perdiendo terreno en estos últimos años, siendo las úlceras recientes sin complicaciones, las únicas formas tributarias y en donde obtiene los mejores resultados, tan así, que A. Robin, que preconiza esta terapéutica con el reposo absoluto del estómago obtiene un 95 por ciento de curaciones, siempre que sea instituido en la faz inicial de la afección.

¿Puede el tratamiento médico detener la evolución de la úlcera de una manera segura? La respuesta es negativa (ver cuadro adjunto), y la razón estriba en que su acción es puramente sintomática y no causal, y aún en aquellos contados casos en que nos puede ser conocida su etiología, combatiendo la causa con un tratamiento específico, puede modificar y mejorar la lesión, pero muy difícilmente se obtendrá la curación, porque la úlcera ya no es dependiente de su causa originaria y ha tomado una entidad propia debida a los distintos factores que intervienen en el medio en que se ha desarrollado y a las distintas alteraciones anatómopatológicas que pudo haber determinado.

*Cuadro obtenido de nuestras observaciones, en que se señala la edad en que principió la enfermedad, duración de la misma, hasta la fecha de la operación. La mayoría de estos enfermos, han sido tratados médicamente, sin resultado:*

Úlceras gástricas				Úlceras duodenales			
Observación	Edad	Duración		Observación	Edad	Duración	
		Años	Meses			Años	Meses
1	40		6	1	57	4	
2	22	8		2	43	3	
3	37	6		3	30	5	
4	26		3	4	26	5	
5	40	8		5	23	10	
6	36		8	6	42		7
7	33		3	7	25	4	
8	10	10		8	43	1	
9	41	1		9	35		1
10	20	12		10	20	5	
11	33	3		11	29	2	
12	38		8	12	54		3
13	38	10		13	33	6	
16	48		5	14	41		4
17	24		18	15	42		9
18	59	1		16	30	6	
19	29		2	17	28	2	
20	40		1	18	21	5	
21	43		9	19	50	8	
22	33	8		20	20		18
23	51	5		21	44	2	
24	26	5		22	30		1
25	26	5		23	28	1	

Úlceras gástricas				Úlceras duodenales			
Observación	Edad	Duración		Observación	Edad	Duración	
		Años	Meses			Años	Meses
26	46		5	24	34		3
27	35	5		25	30	7	
28	41		6				
29	28	8					
30	39	3					
31	19	6					
33	39	11					
34	33		19				
35	19		4				
36	34	2					
37	38	3					
38	43		4				
39	28	7					
40	31	3					
41	32	1					
42	27	2					
45	32	15					
46	37	3					
47	40		4				
48	31		8				
49	31	5					

Puede sí, el tratamiento médico, mejorar el estado general y local de un ulceroso, combatir sus síntomas más molestos, procurarle una cura aparente que algunas veces puede ser definitiva, pero no se puede afirmar que la úlcera se halla cicatrizada, ni la ausencia de retorno de los accidentes.

Mayo Robson presenta una estadística estudiada

por Grenouth y Josslin sobre 187 enfermos tratados médicamente en el Hospital General de Massachusetts y da una mortalidad primitiva de un 8 por ciento; los restantes abandonaron el Hospital curados o mejorados y de éstos al final del primer año habían ingresado nuevamente 114 y al cabo de 5 años habían recidivados 57 y 15 fallecieron por su lesión gástrica.

Esta estadística nos ofrece el enorme porcentaje de un 63 por ciento de recidivas o complicaciones del ulcus y una mortalidad de un 20 por ciento.

Esta frecuencia de las recidivas, es uno de los inconvenientes mayores del tratamiento médico que se constata en la historia clínica de cualquier ulceroso, los cuales bajo un régimen médico y dietético severo, han pasado períodos por los cuales se creían libres de su enfermedad, pero les ha bastado la vuelta a la vida normal o la menor transgresión en el régimen para que vuelva a aparecer todo el cortejo sintomático anterior con igual o mayor intensidad.

Y a medida que se persiste en el tratamiento médico, prolongando la duración de la enfermedad, se agrava el estado general del enfermo, por el adelgazamiento progresivo que debilita el organismo y disminuye las resistencias orgánicas favoreciendo las infecciones y en especial de la tuberculosis, tan común en los ulcerosos crónicos.

Y localmente, más avanzadas serán las lesiones de la mucosa gástrica, la úlcera sigue progresando en superficie y profundidad exponiendo al enfermo a las

graves complicaciones del ulcus: la hemorragia o la perforación y a la posible transformación neoplásica de la úlcera, que Lebert calcula en el 9 por ciento de los casos.

Es aún imputable de otros inconvenientes el tratamiento médico, pues sólo es aplicable a los privilegiados de la sociedad por las condiciones que requiere a comodidad y descanso, imposibles para un obrero que no puede seguir meses o años un régimen especial y menos los gastos que éste le determina.

Como dice Momprofit: “si se prescribe a un trabajador un régimen lácteo y un reposo absoluto, contestará que no puede seguirlo, que él tiene que mantener a su familia.”

Las condiciones individuales de carácter, son factores que hacen muchas veces imposible hacer someter y perseverar a un enfermo en un tratamiento apropiado.

Por el contrario, muy distintos son los resultados que se obtienen con el tratamiento quirúrgico; los beneficios inmediatos de éste, que al hacer desaparecer toda la sintomatología del ulcus, dolores, vómitos, etc., permite al enfermo alimentarse lo suficiente, para recuperar sus fuerzas y su buen estado general, colocándolo en un plazo de tiempo relativamente corto en condiciones de volver a su vida y ocupaciones normales.

Las funciones digestivas se normalizan, el estómago recupera su volumen primitivo, cesa la retención

gástrica, disminuye la hipersecreción, desaparecen los reflejos espasmódicos del píloro, el apetito se hace normal, digieren sin ninguna dificultad, desaparece la anemia y el tinte especial de la cara y el peso aumenta de 10 a 15 kilos en pocos meses. Queda la superficie ulcerosa al abrigo de los incesantes traumatismos y en condiciones de reposo que son las indicaciones esencialmente indispensables que requiere la cicatrización de cualquier ulceración, alejando los peligros de una hemorragia o perforación.

Los resultados alejados son menos probatorios, nuestras observaciones datan relativamente de pocos años y los enfermos que ha sido posible volver a observar después de la intervención, no habían vuelto a sentir molestia alguna, o mucho menores que las anteriores a la operación en excepcionales casos.

Las estadísticas extranjeras y algunas observaciones de nuestro país, demuestran que la curación persiste y puede decirse indefinidamente.

A este respecto, en la posible recidiva de la úlcera después de la intervención, las primeras dudas fueron insinuadas por Lenz en 1902, quien niega a la G. E., que es el procedimiento de elección su acción curativa, pues la úlcera puede recidivar, ya en el estómago (Heinzenhain, Kroenlein, Bouveret) o en el mismo borde del orificio anastomótico (Mikulicz), sea en el duodeno o yeyuno (Quenú, Kocher); Momprofit, sin negar estas posibles recidivas, considera este peligro muy exagerado, y es de los más ardientes defensores

de la necesidad de la intervención en todas las úlceras del estómago y duodeno desde que se manifiestan por síntomas peligrosos y persistentes y que no ceden al tratamiento médico.

De más valor era, la objeción hecha al tratamiento quirúrgico, por los peligros a que se exponía al paciente al ser intervenido, que daba una elevada mortalidad.

En el año 1898, Chlmusky, sobre 70 operados tiene una mortalidad de 21,4 por ciento; Czerny, 10 por ciento, y Charle, 8,3 por ciento.

Los progresos realizados en la reglamentación de la técnica en un plazo de pocos años, ha hecho disminuir esa mortalidad tan elevada, que hacía temible la intervención, al 3, al 2 por ciento y aún menos.

En 1909, Moynihan sobre 209 casos de ulcus crónicos intervenidos, da una mortalidad de un 2 por ciento y Mayo Robson el 1,7 por ciento.

Sin embargo, esos resultados obtenidos en esa época por tan grandes cirujanos, no eran los presentados por otras estadísticas, que daba una mortalidad bastante elevada.

Mathieu, ante los resultados obtenidos por Mayo Robson y Moynihan, escribía: "que si ese porcentaje del 2 y 3 por ciento se generalizase, él entregaría de buen agrado para que fuesen intervenidos, no sólo todos los enfermos que presentasen una úlcera gástrica o duodenal, sino también aquellos que estuviesen afectos de una forma atenuada del síndrome de Reich-

mann, enfermos a quienes no me atrevo a que sean operados en vista de los peligros operatorios.”

Hoy, ese porcentaje se ha generalizado y la benignidad operatoria de la G. E. es puesta en evidencia en todas las estadísticas recientes, y es verosímil, que éstas tan halagadoras, mejorarían mucho más, si no se practicaran en sujetos extenuados y debilitados por una larga e inútil demora en espera de una mejoría por el tratamiento médico, dejándolos debilitar progresivamente en lugar de indicarles la necesidad de la intervención y confiarlos en manos del cirujano, cuando se hallan en condiciones de soportar el acto quirúrgico.

Los resultados inmediatos y alejados de la intervención están en relación directa con la precocidad de ésta, y sus resultados serán más completos y favorables, y se obtendrá el mayor rendimiento terapéutico cuanto más pronto se opere, dependiendo el pronóstico del mismo estado local y general del enfermo.

Y comparando los beneficios de la intervención quirúrgica con los inciertos y fugaces resultados que se obtienen con el tratamiento médico, observado cuando vemos a muchos de estos enfermos que no han sido operados, sucumbir por hemorragia, por peritonitis, por perforación, por transformación neoplásica de la úlcera... complicaciones que dan en conjunto una mortalidad de un 25 por ciento, según Gosset; no se debe trepidar en la elección del tratamiento quirúrgico,

que es infinitamente menos grave que la enfermedad y nos ofrece los beneficiosos resultados ya anotados.

En la indicación del tratamiento debe distinguirse la úlcera reciente de la úlcera reciente con complicaciones, perforación o hemorragia; la úlcera crónica y las secuelas de ésta: cicatrices, adherencias, procesos inflamatorios, estenosis, biloculación gástrica, transformación maligna.

En la primera variedad de úlcera reciente fuera de toda complicación, será sometido el enfermo (habiendo razones se hará un tratamiento específico), a un régimen severo durante un plazo de tiempo que no excederá de cuatro a cinco semanas, al cabo de las cuales, si no se ha obtenido una marcada mejoría, será indicada la intervención y que deberá ser anticipada si durante el tratamiento médico las condiciones generales del paciente se debilitan, pierde sus fuerzas y se deprime de una manera progresiva y rápida o sobreviene alguna complicación, lo mismo será indicada cuando sometido a un tratamiento médico y dietético apropiado obtiene una mejoría manifiesta, pero suprimida la medicación reaparece nuevamente la sintomatología anterior, probando que la lesión no había curado y que el tratamiento sólo había determinado la atenuación de los trastornos mórbidos.

En las peritonitis generalizadas o localizadas por perforación de las úlceras, es unánime la opinión en la necesidad de la intervención quirúrgica, cuyos resultados están en relación directa con la precocidad

de la operación, consiguiéndose salvar el mayor número de los enfermos intervenidos en las 10 primeras horas después de la perforación, pasadas las cuales el pronóstico se hace más sombrío de hora en hora y sucumbiendo casi la totalidad de los enfermos intervenidos después de las primeras 24 horas.

En las hemorragias se distinguen las grandes hemorragias, agudas y las pequeñas, a repetición o crónicas: las primeras, las más temibles que sobrevienen generalmente en las úlceras agudas, porque a medida que la úlcera se hace más antigua, los tejidos inflamados invaden las paredes de los vasos disminuyendo su calibre; la abstención operatoria es casi la regla y la intervención está contraindicada, salvo el caso que esta hemorragia se repita, no cediendo al tratamiento médico y amenace a la vida del enfermo.

Estas hemorragias profusas, constituyen uno de los problemas más arduos y difíciles que se plantea ante el cirujano en la decisión por la necesidad de la intervención quirúrgica y por lo tan inseguro e ingrato de sus resultados.

Se accede más fácilmente si ellas se repiten frecuentemente.

Estas hemorragias profusas, caen bajo el dominio del tratamiento médico, y G. Lyon, al referirse a ellas escribe: "que matan inmediatamente o curan sin intervención.

Esta misma es a tesis sostenida por Hayen, Leube, Mikulicz y Hartmann, este último sólo interviene en los

casos en que conjuntamente con la hemorragia, coexisten síntomas de estrechez pilórica y contracciones estomacales violentas: esperando en los demás casos un período más favorable para efectuar la intervención.

El tratamiento médico es habitualmente suficiente para detener la hemorragia, en un 95 por ciento de los casos según Payr, o sea una mortalidad de un 5 por ciento (G. Lyon), porcentaje muy inferior a los que arroja el tratamiento quirúrgico, que según las estadísticas de Hartmann, quien ha unido sus resultados a los de Mikulicz y Czerny, es de 63 por ciento, mortalidad que en nada ha descendido, si se compara con la estadística más antigua de Savariand en 1898, que arroja una mortalidad de 66 por ciento.

En las pequeñas hemorragias que se hacen graves por su repetición incesante, producidas por hemorragias en napa de la superficie ulcerosa o por la ulceración de pequeñas arteriolas; que unidas al obstáculo que opone a la alimentación, llevan al enfermo a un grado de anemia extrema, necesitan la intervención quirúrgica.

La úlcera crónica que es una lesión establecida y que tiende a extenderse, agravar y comprometer la vida del enfermo, en que el tratamiento médico hace una terapéutica paliativa, la intervención debe de imponerse lo más pronto posible, ya se presente aislada en su sintomatología propia, como acompañada de trastornos debidos a algunas de sus secuelas, tales como adherencias perigástricas, abscesos de vecindad,

tumores inflamatorios, en que la infección partida de la úlcera invade en una superficie más o menos extensa las paredes del estómago, el peritoneo, el epiploon, contrayendo adherencias íntimas con los órganos vecinos y hasta con las paredes de la cavidad abdominal.

Cuando la úlcera crónica, cicatrizada o no, debido al mismo tejido fibroso que se forma en las paredes del órgano y por las adherencias que lo fijan a las vísceras vecinas, puede determinar una deformación o estrechez, dando lugar a una biloculación gástrica o a una estrechez pilórica o duodenal, la intervención está indicada.

El tratamiento del estómago bilocular, es esencialmente quirúrgico, siempre que la estenosis sea suficiente estrecha para dar lugar a trastornos importantes y persistentes y que responda a lesiones orgánicas u orgánicas funcionales.

Una estenosis pilórica, impidiendo el paso de los alimentos constituye, como es lógico, la más terminante de las indicaciones de la intervención quirúrgica y debe de realizarse en cuanto se halla diagnosticado una estrechez, cualquiera que sea su grado.

El tratamiento médico, que para Hayen y Boas, ha dado buenos resultados en las estenosis medianas, no debe ser indicado, ni en las oclusiones ligeras que sean determinadas por un *ulcus* del píloro, porque aunque curando la lesión por el tratamiento médico, en razón del tejido cicatricial, retráctil, reparador que

se forma, determina al cabo de poco tiempo el progreso de la estrechez.

Cuando la úlcera sufre una transformación maligna o cuando se desarrolla en un sujeto que por su edad y antecedentes hereditarios, hace más posible esta degeneración cancerosa, la intervención lo más pronto posible deberá de efectuarse resgcando la región enferma para impedir su extensión y generalización.

Las úlceras duodenales, tienden hacia la perforación y la hemorragia, y en los pocos casos en que la cicatrización espontánea se produce, lo hace con un tejido fibroso, friable, fácilmente perforable, o con una cicatriz retráctil que llega a determinar la estenosis del duodeno; estando establecido que al igual que las úlceras gástricas, toda úlcera duodenal debe de ser operada, tal es la opinión de Moynihan, Mayo Robson, Broadbent, Bier, Kehr, Paterson, Tuffier, Kummell.

La intervención quirúrgica en las úlceras duodenales, simples o con complicaciones, son regidas en un todo por las mismas indicaciones que hemos expuesto con respecto a la úlcera gástrica.

## CAPITULO II

### **Reseña histopica y diversos procedimientos**

Múltiples son los métodos operatorios ideados, para el tratamiento de la úlcera gástrica o duodenal, pero de esta variedad de procedimientos, uno solo de ellos ha llegado a imponerse en la práctica diaria, constituyendo el procedimiento de elección, los otros se realizan cuando por razones especiales es necesario actuar con distinta técnica, y por último, los más, han tenido una breve existencia y ante sus medioeres o malos resultados, han sido relegados al olvido.

No teniendo la intención de extenderme sobre la técnica y diversos tiempos operatorios de los distintos procedimientos, puesto que ellos están, perfectamente descritos, en la mayoría de los tratados de medicina operatoria, me limitaré a enumerarlos, deteniéndome en aquellos consagrados particularme por

la sanción de la práctica y que son los actualmente en boga, reservando para otro capítulo el estudio de sus ventajas e inconvenientes.

Las principales operaciones que han sido o son empleadas para el tratamiento de la úlcera, son las siguientes:

1.º — Laparotomía con liberación de adherencias perigástricas. Loran, ha obtenido resultados favorables con la simple liberación de las paredes estomacales, seccionando las adherencias que lo unen a las partes vecinas.

Es una intervención simplificada que puede constituir un tiempo, unida a otras intervenciones, pero aislada, su valor terapéutico contra la úlcera es nulo.

Puede realizarse cuando por las condiciones locales, es imposible efectuar una gastroenterotomía o resección de la úlcera. (Ver observación 19 de las úlceras duodenales).

2.º — Dilatación del píloro.

Muchos son los procedimientos que son englobados, bajo el mismo nombre de dilatación o divulsión del píloro, pero son muy diferentes, tanto del punto de vista de la técnica operatoria como de los resultados de la misma.

La dilatación del píloro, puede efectuarse con o sin abertura previa de la cavidad estomacal, de ahí, que se dividan estos procedimientos en extra e intra estomacales.

a) — Extraestomacales.

Realizados por Hahn y por Paul en 1885 y en 1891, respectivamente. En 1896, Yaboulay, describía un método para la dilatación del píloro, que no era más que una modificación del de Hahn-Paul.

Este último operaba por el procedimiento unidigital, utilizando para efectuar la dilatación el dedo índice introducido en el orificio pilórico, a través de la pared anterior del estómago.

Yaboulay, realizaba la dilatación por el procedimiento bidigital, que era mucho más enérgico; rechazaba la pared anterior del estómago con el dedo índice de la mano derecha y con el mismo dedo de la mano opuesta deprimía la cara anterior del duodeno, que dirigidos en sentido contrario se esforzaban en reunirse a través del orificio pilórico estrechado.

La dilatación bidigital es dificultosa por la región duodenal, necesitando que ésta se halle libre de adherencias.

La divulsión digital es un método peligroso, inseguro e inaplicable, en la mayoría de los casos; Terrier y Hartmann, hacen el siguiente comentario: “es una operación que debe abandonarse y que no debe entrar más que en el dominio de la historia.”

La divulsión duodenal tiene los mismos inconvenientes que la divulsión del píloro, siendo aún más difícil y peligrosa. Bastin, en las estenosis de duodeno, tratadas por este método, da una mortalidad de un 40 por ciento.

b) — Procedimientos intraestomacales.

*Gastrostomía y dilatación.* — Este método ideado por Richter (de Breslau), en 1881, y empleado por primera vez por Hahn en 1883, consistía en efectuar una gastrotomía, seguida de la dilatación pilórica por medio de una sonda que permanecía en este orificio y por la cual se alimentaba al enfermo. De resultados nada favorables.

*Gastrotomía y dilatación.* — Operación aplicada a la estrechez fibrosa del píloro, en 1882 por Loreta, de Bologne.

La incisión de la gastrotomía recaía sobre la cara anterior del estómago a tres centímetros del píloro y equidistantes de las curvaduras; la dilatación se efectuaba con el dedo y cuando era imposible por este medio, se substituía por una bujía o sonda.

En Italia y América, esta operación estuvo en boga, para el tratamiento de la estrechez pilórica, pero fué pronto abandonada, por exponer al enfermo a graves peligros, contra los cuales no podía tomarse medida preventiva alguna, tales como la hemorragia, complicación frecuente y mortal, las rupturas y desgarramientos del píloro, las peritonitis, siendo además sus resultados poco duraderos, pues la estrechez recidiva muy a menudo, después de la operación.

3.º — Cauterización y raspado.

Podemos hacer mención de estos métodos usados por los cirujanos para combatir la úlcera o alguna de sus complicaciones. La primera es conocida con el

nombre de método de Mikulicz, quien la empleó en 1893, previa gastrotomía.

Efectuada con el fin de combatir la hemorragia, es un método inferior a la ligadura simple o en masa, siendo preferible a ella, la resección de la úlcera, cuando la simple sutura no es suficiente.

El valor terapéutico de la cauterización es nulo, siendo un método que debe rechazarse en absoluto.

El raspado se preconizó, fundados en que provocaba una reacción por parte de la superficie legrada, que llevaba a la cicatrización de la úlcera, no siendo de más valor que la cauterización.

#### 4.º — Gastroplastía. Duodenoplastía.

Operaciones destinadas a dar al estómago y al duodeno, su calibre normal, cuando presentan retracciones debidas a la cicatrización de la úlcera: la técnica de ambas operaciones, es análoga a la de la píloroplastía.

Ladevéze, propuso las duodenoplastias en las estenosis duodenales, habiendo obtenido 7 curaciones sobre igual número de operados.

Tiene el inconveniente de no colocar en reposo al duodeno, y requiriendo para su realización un duodeno abordable y libre de adherencias, que se trate de una sola úlcera y poco extendida, de lo contrario la duodenoplastia no tiene aplicación.

#### 5.º — Gastroplicación.

Intervención plástica, la cual puede considerarse como una variedad de la gastroplastía. Se recurre a la

gastroplificación, ante una úlcera que amenace perforarse y se quieran evitar los inconvenientes de una resección; consiste en efectuar una invaginación de la pared, en la porción que contiene la úlcera y se sutura los bordes que de ella resultan. Esta intervención, necesita para estar indicada, condiciones anatómicas especiales y que la úlcera tenga una localización favorable.

Realizada por Doyen en 1893 y por H. Delageniére en 1897, por úlcera gástrica; W. Bennett, la efectuó por úlcera del duodeno, replegando la parte indurada y suturando el peritoneo.

Los resultados de esta invaginación aislada, no son satisfactorios; Moynihan y W. J. Mayo realizan esta invaginación o infolding, como complemento de G. E., alejando así, los peligros de infección del peritoneo, en caso de perforación de la úlcera.

#### 6.º — Gastroanastomosis.

Empleada en los estómagos biloculares típicos y con píloro permeable, siendo superior a la gastroplastía, cuando la úlcera causal está bien cicatrizada y menos peligrosa que la gastrectomía.

La anastomosis de las dos bolsas, siguiendo una técnica análoga a la G. E., debe efectuarse por debajo de la estrechez, cerca de la gran curvatura, que es el método de Wölfler, o por el método de Watson, que une los sacos estomacales por su parte media, operación que requiere una gran movilidad del órgano.

La gastroanastomosis es llamada por Keen, gastrogastrotomía.

7.º — Gastrectomía.

Operación que consiste en extirpar todo o parte del estómago, de ahí su división en gastrectomías totales y parciales.

Las gastrectomías totales no hallan indicación en las úlceras de este órgano, siendo las parciales las que únicamente se realizan y que interesan una parte solamente del estómago, la correspondiente a la región enferma.

Las dimensiones de la porción escindida pueden variar de la simple cuña, hasta las gastrectomías más o menos amplias que interrumpen la continuidad del tubo digestivo, estas últimas son conocidas con el nombre de gastrectomías cilíndricas y según el punto de sección se dividen, en cardiogástricas, pílorogástricas y mediogástricas.

Fueron los fisiólogos, los primeros que tentaron la resección parcial o total del estómago, efectuando sus experiencias sobre animales, entre ellos podemos citar a Mérren, que en 1810, efectuaba la resección del píloro en tres perros, no consiguiendo mantener con vida a ninguno de sus operados; más tarde, en 1876 Gussenbauer y Winiwarter, repiten las experiencias con éxito.

Peán en 1876, realiza la primer pilorectomía por cáncer, pero su operado fallece al cuarto día de la operación.

Rydygier y van Kleef, la efectúan por úlcera estenosante del píloro en 1881-82, siendo seguido su ejemplo por Lauenstein, Czerny, Billroth y Mikulicz.

La pilorectomía, debe ser seguida de una G. E., para restablecer la continuidad del tubo digestivo, esta anastomosis puede ser término-terminal, término-lateral y láterolateral.

La anastomosis término-terminal fué el procedimiento inicial de la escuela de Billroth y adoptada por Mikulicz y Kroenlein, este procedimiento reúne cabo a cabo los bordes de las secciones estomacal y duodenal, en estas superficies a coaptar, hay una diferencia de calibre en favor de la sección gástrica, siendo necesario efectuar una sutura de oclusión parcial sobre el orificio gástrico.

En 1885, Billroth, presenta su segundo procedimiento, en que substituye la anastomosis término-terminal por la láterolateral.

En 1890, Kocher, preconiza la anastomosis término-lateral o gastroduodenostomía, o sea la implantación del cabo duodenal sobre una de las caras del estómago, prefiriéndose la cara posterior que asegura una evacuación más rápida del estómago y reduce al mínimo las tracciones sobre el duodeno.

La gastrectomía cilíndrica anular o mediogástrica, extirpa un segmento del estómago y sutura entre sí los labios de los orificios creados.

La gastrectomía cardiogástrica, no es empleada en

las úlceras de estómago, porque difícilmente tienen localización en este orificio.

En las gastrectomías parciales o atípicas, la resección puede recaer en la cara anterior o posterior del estómago o sobre una de las corvaduras. Las gastrectomías atípicas, son conocidas con el nombre de método de Czerny, quien fué el primero que las preconizó en Alemania en 1887.

Resección en el duodeno. La excisión de la úlcera propuesta en 1894, por Paul Franke, tiene muy pocas indicaciones por las adherencias que generalmente unen el duodeno a los órganos vecinos, que la hacen rara vez posible, siendo además, una operación de larga duración y llena de peligros.

#### 8.º — Píloroplastia.

Operación de Heineke-Mikulicz, destinada a devolver al píloro estrechado, su calibre normal, siendo indicada únicamente en las estenosis benignas del píloro.

Ideada por Heineke en 1886, y señalada, la primera intervención, seguida de cura por Frohmüller, en su tesis del mismo año.

La dilatación se obtiene suturando transversalmente los bordes de una incisión longitudinal gastroduodenal de 6 a 8 centímetros de longitud. Mikulicz, la efectuó en 1887, por estenosis consecutiva a una úlcera; modificó en parte la técnica de Heineke, perfeccionó su manual operatorio y defendió durante muchos años las ventajas de esta intervención.

En Francia fué realizada por Doyen en 1892.

La técnica de Heineke-Mikulicz, ha sido modificada por otros cirujanos, variantes todas que dependen de la forma dada a la incisión. Durante, efectuaba una incisión en Y; Heineke, usaba una incisión crucial y la de Limon-Page, era lonsángica y excindía una parte de la pared, o bien se diferenciaban por la manera de disponer los colgajos antes de la sutura o por la aplicación de un aparato especial como el de Mayo-Robson, que introduce en el píloro un anillo de hueso decalcificado.

9.º — Exclusión total del píloro.

Practicar la exclusión del píloro, es eliminar este segmento del trayecto que sigue los alimentos y los líquidos de la secreción gástrica, Kummer fué el primero que experimentó la exclusión del píloro en los animales, valiéndose de un procedimiento submucoso; en 1893, Doyen, efectuaba esta oclusión, seccionando transversalmente el duodeno y suturando los dos extremos pilórico y duodenal, preconizaba esta oclusión completa como complemento de la G. E., en los casos de lesiones duodenales, pues libra a la superficie mucosa alterada del contacto irritante del jugo gástrico, lo que facilita la curación y asegura el mejor funcionamiento de la boca anastomótica gastróeyunal.

10. — Exclusión parcial del píloro.

Preconizada por los americanos con el nombre de bloqueo gástrico del píloro, no es más que una varian-

te de la exclusión total o abierta, con la ventaja que interrumpe la continuidad del tubo digestivo sin necesidad de seccionarlo.

Este procedimiento fué descrito en 1904 por William, J. Mayo (de Rochester) y Moynihan, quienes obtienen los mismos resultados que con la exclusión total.

La operación consiste en colocar puntos submucosos, sobre la pared anterior del duodeno y que al anudarlos forman un pliegue transverso de la región pilórica que determina la oclusión.

Es un procedimiento rápido, fácil y sin peligros, pero se le acusa de tener el inconveniente de no ser completo, por no interceptar totalmente la comunicación. Beule de Gand, lo modifica, efectuando dos pliegues sobre la cara anterior del píloro y primera porción del duodeno, pliegues que adosa por una sutura continua: esta operación de muy corta duración ha dado a Beule, excelentes resultados.

Más simple aún, es la ligadura del píloro de Parla-vechio, que se efectúa con un hilo de seda, que se coloca entre la úlcera y el estómago, este procedimiento ha sido practicado varias veces en nuestro servicio, no anotándose ninguno de los peligros señalados, tales como la gangrena o la perforación.

Bogoliouhow (de Saratof) y Wilms (de Heidelberg), substituyen el hilo de seda por una banda aponeurótica, modificación que alarga el acto operatorio.

Ricard Laley, realiza la exclusión por un hilo pa-

sado entre la capa seromuscular y la mucosa y ligado como el cordón de una bolsa.

#### 11. — Gastroenterostomía.

La gastroenterostomía, gastroenteroanastomosis o gastroyeyunostomía, es una operación que consiste en crear un orificio para establecer una comunicación anormal entre el estómago y el intestino.

Esta operación fué ideada por Nicoladoni y realizada por primera vez por Wölfler en setiembre de 1881.

Terminaba Wölfler de efectuar una laparotomía con el fin de extirpar un cáncer del estómago y disponíase a cerrar la pared por ser un tumor inoperable, cuando Nicoladoni que presenciaba la operación le sugirió la idea de anastomosar el estómago al intestino, para restablecer el curso de los alimentos.

Este consejo fué seguido por Wölfler, pero su enfermo, muere después de una corta mejoría.

Billroth, ayudado por Wölfler, realiza pocos días después la misma operación, pero su operado fallece a los 10 días.

Lauenstein, Kocher, Courvoisier, Ransohoff, repiten la operación, pero pierden sus operados. Rydygier obtiene tres curaciones, sobre cuatro operados.

En 1886, Saltzmann, reúne todas las operaciones publicadas y encuentra 12 muertos sobre 18 intervenciones, lo que equivale a una mortalidad de un 66.6 por ciento.

Esta estadística es notablemente mejorada por Lücke, quien sobre 10 intervenciones, sólo tiene una muer-

te al décimocuarto día por inanición complicada de neumonía.

Recién en 1889, es tratada la G. E. en la sociedad de cirugía de París, a raíz de dos operaciones realizadas por Roux (de Lausanne) y presentadas por Ch. Monod, quien manifiesta al terminar su exposición, que la G. E. es una operación que rara vez debe ser indicada.

La G. E., como tratamiento quirúrgico de las úlceras, fué aplicada primero a las úlceras del duodeno, por Rydygier en 1884, realizando la G. E. por el método de Wölfler, obteniendo la curación de su operado; Doyen, en su "Tratado de Cirugía del estómago y del duodeno", menciona 4 casos de úlcus duodenales tratados por la G. E.; en 1898 Codivilla, en el "Bulletin de sciences médicales" y Berg, en la "Nord Medical Ark", publican iguales observaciones.

En las úlceras gástricas, fué efectuada en 1887, por primera vez por Fritzch en Alemania; en 1892, en Francia, Doyen aplica la misma intervención por úlcera recidivada a un enfermo a quien anteriormente le había efectuado una píloroplastia.

Después de este año, la G. E. se generalizó, realizándose gran número de veces en todos los países, se idearon nuevos procedimientos, se perfeccionó su técnica operatoria y sus resultados fueron siendo mucho más satisfactorios, hasta llegar a la época actual en que, a la excelencia de sus resultados, une su escasa mortalidad.

*Diversos métodos de gastroenterostomía.*

Pueden dividirse los procedimientos en gastroenterostomías anteriores y gastroenterostomías posteriores, según se aboque el asa intestinal a la cara anterior o posterior del estómago.

En las gastroenterostomías anteriores hay dos variedades: precólica y retrocólica; si el asa intestinal a anastomosar pasa por delante del colon transverso, será la gastroenterostomía anterior precólica (Wölfler); si pasa por detrás de él, será gastroenterostomía anterior retrocólica (Brenner).

En las G. E. posteriores existen dos métodos distintos para efectuar el abocamiento gastrointestinal.

El primero de ellos, toma el asa yeyunal a través de dos orificios abiertos, uno en el epilón gastrocólico y el otro en el mesocolon transverso, que es la G. E. posterior transepiploica y transmesocólica (Courvoisier).

En el segundo, sólo se efectúa un orificio a través del mesocolon por el cual se aboca el estómago al intestino, es la G. E. posterior transmesocólica (von Hacker).

a) — G. E. anteriores. Anterior precólica.

La primera G. E. que fué realizada por Wölfler, usó el procedimiento anterior precólico, tomando el asa desgada a una distancia de 50 centímetros del ángulo duodenoyeyunal y la abocaba a la cara anterior del estómago en un punto situado a un través de dedo de la inserción del epiplón gastrocólico a la gran corva-

dura. Disponía el asa dándole una dirección tal, que la progresión de los alimentos en el intestino seguía la misma dirección que en el estómago, es decir, el cabo aferente a la izquierda y el eferente a la derecha.

En esta intervención el asa delgada pasa por delante del colon transversal, de ahí el nombre de G. E. anterior precólica, dado a la operación de Wölfler.

Billroth, que efectúa la segunda G. E. por el mismo procedimiento no obtiene los resultados satisfactorios de Wölfler, su enfermo sucumbe al décimo día con vómitos biliosos repetidos. La autopsia halla en este enfermo, a nivel del orificio anastomótico, un espolón que obstruía completamente el cabo eferente del intestino.

Para evitar la formación de este espolón en la boca anastomótica, se fija sobre una extensión mayor que la que corresponde al orificio gástrico, la porción intestinal a la cara anterior del estómago. La formación de este espolón, que fué observado también por Lauenstein y Heydenreich; la posible compresión del colon transversal por el asa anastomótica que determina una constipación opiácea; fenómenos de íleus sobreenvidados en un operado de Lücke, fueron todos motivos para que este procedimiento fuera vivamente criticado por un gran número de cirujanos, sin embargo, debido a su simplicidad seguía siendo adoptado por gran parte de los operadores.

Anterior retrocólica.

Preconizada por Bremner en 1892, quien operaba de

la siguiente manera: rechazaba de atrás adelante, hacia la parte media e inferior de la gran corvadura, el mesocolon transverso y el epiplón gastrocólico, fijaba con cuatro puntos de seda las dos hojas peritoneales en un punto que estuviese desprovisto de vasos, con el fin de cerrar la trascavidad de los epiplones, incidía estas hojas, longitudinal y paralelamente a los vasos, formando así, un ojal vertical, por el cual pasaba el asa yeyunal que la abocaba a la cara anterior del estómago, inmediatamente por encima de la gran corvadura.

Aventaja este procedimiento al de Wölfler, en que no existe los peligros de compresión del colon transverso por el asa y que ésta no describe una larga curva para llegar a la cara anterior del estómago. Este procedimiento puede dar lugar a la compresión del arco arterial de Riolan.

En 1893, Haasler, modifica este procedimiento, incindiendo el pequeño epiplón y el mesocolón, paralelamente a la gran corvadura, en lugar de hacerlo perpendicular como en el procedimiento de Brenner, esta técnica tiene el inconveniente que secciona un gran número de vasos que exponen al colon transverso a la gangrena, peligro este, que hace dicho procedimiento, muy inferior al de Brenner.

b) — G. E. posteriores.

Practicada por primera vez por Courvoisier en 1893, quien incinde directamente de adelante atrás el gran epiplón y el mesocolon transverso y fija el asa

intestinal a la cara posterior del estómago. Su enfermo sucumbe pocos días después por ulceración del neoplasma, por el cual había sido intervenido.

Pero, es a von Hacker, a quien corresponde el mérito en 1885 de habersimplificado la G. E. posterior y dar una técnica operatoria fácil, que fué adoptada por la mayoría de los cirujanos.

Procedía del siguiente modo: elevaba el estómago, el epiplón y el colon transverso, expanía así el mesocolon transverso al descubierto, al que incindía paralelamente a sus vasos, abriéndose una brecha que le permitía atraer la cara posterior del estómago y fijarla a los bordes del orificio efectuada en el meso, por una corona de suturas. Luego, fijaba el orificio yeyunal al orificio abierto en la cara posterior del estómago, por dos planos de sutura.

El procedimiento de von Hacker, reunía numerosas ventajas, no tiene necesidad de un asa muy larga entre el píloro y el punto intestinal a anastomosar, no hay acomodamiento de la misma, la boca anastomótica es declive en el decúbito, todas las partes se hallan en posición normal y el asa aboca naturalmente en el estómago y la contracción de los dos órganos lleva el mismo sentido.

Cualquiera que fuera la variedad de G. E. a que se recurría, no dejaba de tener sus peligros y uno de ellos, el más grave de los inconvenientes señalados, consistía en la aparición en los operados, poco tiempo después de la intervención, en vómitos persistentes,

ya biliosos o alimenticios, que lo conducían a la muerte por inanición.

Para evitar estos inconvenientes se idearon los procedimientos valvulares, las enteroanastomosis complementarias y otras modificaciones. Entre los primeros podemos citar el procedimiento valvular de Kocher, Chaput, Sonnenburg y Faure, hoy día abandonados.

Lauenstein, fué el primero que para evacuar el cabo aferente ideó las enteroanastomosis, uniendo el duodeno con el yeyuno. Este procedimiento expone a drenar el duodeno en un asa muy declive, inconveniente que no presenta el procedimiento de Braunn, que une entre sí las dos ramas aferente y eferente del asa anastomosada al estómago.

Roux, para evitar con mayor seguridad, los accidentes debidos a la acumulación de líquidos y alimentos en el asa duodenal, como así también el reflujo de la bilis y del jugo pancreático, efectuó un procedimiento de G. E. en Y y que lleva su nombre.

En este procedimiento el asa que debe anastomosar al estómago, se secciona transversalmente, de los dos extremos que resultan, al cabo inferior o terminal, se aboca directamente al estómago y el cabo superior o gástrico se implanta sobre el cabo inferior, un poco por debajo del punto que éste se anastomosa con el estómago.

Con anterioridad a Roux, Wölfler y Maydl, habían realizado procedimientos parecidos en su concepción

general, éstos implantaban el cabo intestinal sobre la cara anterior del estómago, Roux, por el contrario lo efectuaba sobre la cara posterior.

Yaboulay, en 1892, aconsejaba de substituir los procedimientos ordinarios de gastroyeyunostomía por gastroduodenostomía o gastroenterostomía por báscula del estómago, que establecía una comunicación entre la cara anterior del estómago y la segunda porción del duodeno, siendo facilitado este abocamiento, cuando se trata de un estómago dilatado y movable.

Yaboulay, realizó esta operación en 1894, por un cáncer del píloro, efectuando la anastomosis con un botón de Murphy.

Esta operación fué modificada por Kummell y Villard, sin mayores ventajas; Kocher, basado en la movilidad del duodeno, regló esta operación, facilitando su técnica.

#### 12. — Duodenostomía y yeyunostomía.

Se efectúan estas operaciones con el fin de alimentar directamente a los enfermos por el intestino, y dar al estómago y al duodeno un reposo absoluto.

La duodenostomía es facilitada cuando el duodeno se halla libre de adherencias y conserva su movilidad normal (Hartmann).

Baudouin, propuso la yeyunostomía en Y para el tratamiento de las úlceras duodenales complicadas de hemorragia, siendo una operación difícil, de larga duración y que no puede someterse a ella a un enfermo debilitado. Tanto la duodenostomía como la yeyu-

nostomía, tienen los serios inconvenientes de todas las ostomías cutáneas. La pared abdominal es digerida con facilidad, el orificio cutáneo pocas veces es continente y en la mayoría de las intervenciones persiste una fístula cutánea.

Sus resultados terapéuticos son en general buenos, libra a la úlcera del contacto de los alimentos, pero las úlceras de localización duodenal quedan expuestas a la acción del jugo gástrico.

### CAPITULO III

#### **Ventajas e inconvenientes de los diversos procedimientos y sus indicaciones**

Confirmada por todos los métodos al alcance de la clínica, una úlcera del estómago o del duodeno e indicada la intervención por las condiciones locales y generales del enfermo, que procedimiento de los distintos indicados en el capítulo anterior se deberá elegir, cuáles son los factores que determinan a optar por uno u otro de estos procedimientos y que hacen variar la conducta del cirujano en presencia de los diversos períodos, en que puede hallarse la enfermedad.

De todos los procedimientos ideados, son únicamente empleados en la práctica diaria:

- 1.º — Resección de la úlcera;
- 2.º — Gastroenterostomía simple;

3.º — Gastroenterostomía y resección o con exclusión o bloqueo del píloro.

1.º — Resección de la úlcera.

Úlcera de estómago.

En las úlceras de localización estomacal, la resección, operación radical, que actúa sobre la misma lesión, extirpándola, y que en consecuencia suprime las manifestaciones de la úlcera excindida, no es de los métodos operatorios más frecuentemente usados, para el tratamiento de la úlcera, pues a más de no ser aplicable en todos los casos, no constituye por sí sola, un tratamiento curativo de la afección.

Las ventajas que esta intervención presenta sobre los otros procedimientos, son:

a) Si la resección no evita la tendencia a las recidivas, es el método que más la suprime: por otra parte constituye la cura ideal, para evitar las complicaciones directas de la enfermedad, tales como hemorragias, perforación, peritonitis generalizadas o localizadas, degeneración cancerosa, adherencias y estrecheces.

b) La resección de la úlcera da una cicatriz simple y lineal, en lugar de la cicatriz irregular y retraída, que resulta de la úlcera curada por cicatrización espontánea y paliativa y que expone a las estenosis y a las retracciones cicatriciales deformantes.

c) La curación se efectúa en un plazo de tiempo mucho menor, pues los bordes de la herida abierta para extirpar la úlcera después de la sutura, cicatrizan

más pronto, que lo que tardaría la superficie ulcerosa.

d) Cuando se efectúa la excisión, los síntomas dolorosos y el espasmo desaparecen más rápidamente y el período postoperatorio del tratamiento médico y dietético, es abreviado.

e) Uno de los argumentos más fuertes anotados en favor de la intervención radical, es la transformación maligna de la úlcera y en particular de la úlcera ca-  
llosa.

Los inconvenientes señalados a la resección de la úlcera, son:

a) Que no modifica el quimismo gástrico, lo que facilita las recidivas.

b) En la mayoría de los casos es una operación complicada, que resulta de larga duración, con evidente perjuicio para el enfermo, tanto que la resección está contraindicada cuando el paciente se halla en precarias condiciones de vitalidad o cuando por su localización o adherencias, constituye imposibilidad o peligros operatorios.

c) La coexistencia de varias úlceras en evolución, o de úlceras, que por su pequeño tamaño o localización pueden pasar desapercibidas al cirujano, exponiendo al enfermo, a los peligros de una úlcera de topografía distinta de la reseçada, son los inconvenientes a que expone la simple excisión. Tal es el caso de Schuchardt, que habiendo efectuado la resección de una úlcera, le fallece su operado, por otra mayor que la ex-

tirpada y que él no había constatado durante la operación.

Teniendo en cuenta esta frecuencia en la multiplicidad de la úlcera, que Carless, la admite en el 13 por ciento de los casos y que la estadística de Riedel, que sobre 58 observaciones la constata en 30 veces, lo que arroja un porcentaje de más de un 50 por ciento, resultando ser la úlcera múltiple, tan o más común que la úlcera simple, se prefiere optar por otros procedimientos más simples, que se aseguran mejores resultados.

#### Úlcera del duodeno.

La resección de las úlceras de localización exclusivamente duodenal, no tiene ventaja alguna sobre otros procedimientos, que no sólo permite obtener las condiciones necesarias para la curación de la úlcera, sino, que exponen al paciente a menores peligros.

Condiciones especiales hacen que este procedimiento no sea aplicado a las úlceras del duodeno:

a) La situación y relaciones importantes del duodeno, su relativa fijeza, aumentada por las adherencias, dificultan, cuando no hacen imposible la resección de la parte lesionada.

b) El peligro existente en las úlceras del estómago, en la frecuencia de la transformación neoplásica; no existe para las úlceras del duodeno, en el que es muy rara esta degeneración y no debe de tenerse en cuenta.

c) Se dispone de métodos operatorios que dan el reposo absoluto a la superficie ulcerosa, métodos que

no pueden ser aplicados en las úlceras del estómago, (bloqueo, exclusión del píloro).

d) La resección no puede efectuarse cuando se trate de una úlcera muy extendida o de varias úlceras.

## 2.º — Gastroenterostomía.

### Úlcera del estómago.

Las ventajas operatorias que obtiene esta intervención, reunidas a sus resultados terapéuticos inmediatos y alejados, hacen que este método se halla constituido en el procedimiento de elección en las úlceras del estómago. (En nuestras observaciones sobre 48 G. E. realizadas por úlcera gástrica, 1 sola muerte).

La patogenia del *ulcus* es compleja y variada, muchas son las teorías propuestas para explicarla, pero sea la úlcera determinada por una necrosis infecciosa o tóxica, esta es coadyuvada por la hiperclorhidria, por la gastritis y por la retención, factores que mantienen la ulceración y contra los cuales actúa la G. E.

Esta lesión establecida, necesita como toda ulceración para su cicatrización el reposo, que cuanto más absoluto, más pronto se realizará la curación.

La G. E. realiza estas condiciones, siendo el método operatorio por excelencia para suprimir el éxtasis gástrico, efectúa la evacuación del estómago por medio de la boca anastomótica, asegurando el rápido pasaje de las sustancias alimenticias al intestino, lo que disminuye las contracciones estomacales y la irritación producida por los alimentos o por los líquidos de la hipersecreción gástrica sobre la superficie ulce-

rosa; el reflujo de la bilis y del jugo pancreático, consecuencia frecuente de la G. E., que neutraliza la acidez del jugo estomacal, son factores que contribuyen a su curación y a alejar de inmediato las probabilidades de una hemorragia o de una perforación y consecutivamente, desaparece la hipersecreción de la mucosa gástrica, la hiperclorhidria, la hipertonidad de las paredes y el espasmo del píloro.

Todas estas condiciones son realizadas de una manera ideal por la G. E. posterior de von Hacker modificada, que es la operación usada en nuestro servicio y la preferido de todos nuestros cirujanos.

La G. E. posterior es facilitada cuando se realiza en un estómago dilatado y movable, siendo dificultada, difícil y hasta imposible de realizarse cuando existen adherencias en la cara posterior del estómago, cuando ésta se halle infiltrada, ante un mesocolon reducido que no permite efectuar la perforación, sin exponer a los peligros de lesionar el arco arterial de Riolan, o cuando el mesocolon es adherente, infiltrado o con sobrecarga grasosa.

En estos casos es necesario efectuar la G. E. anterior.

No tampoco la G. E. ha dejado de ser imputada en ciertos inconvenientes y han sido señalados: que la superficie ulcerosa una vez cicatrizada, puede determinar acodaduras, estrecheces y deformaciones del estómago; la posible remorragia o perforación de la úlcera después de la operación, peligros éstos muy

exagerados (sobre 48 G. E. no hemos podido comprobar ninguna perforación ni hemorragia post operatoria). La posible transformación neoplásica de la úlcera, que según las estadísticas no es mayor, en la simple G. E., que cuando a ésta se une la resección.

Se sostuvo durante cierto tiempo, que la neo-boca resultante de la G. E. no funcionaba en aquellos casos en que no existiese una estenosis pilórica, en la actualidad está comprobado que la boca anastomótica, funciona a pesar de un piloro permeable, siempre que la G. E. no adolezca de faltas de técnica.

La mayoría de los cirujanos efectúan la G. E. sin preocuparse de si el piloro, es o no permeable y los resultados que obtienen son excelentes.

En nuestras observaciones en que la G. E. ha sido realizada con piloro permeable, el examen radioscópico, comprueba, meses y años, después de la operación, el buen funcionamiento de la nueva boca, mayor que el del piloro. (Observaciones de úlcera gástrica, que se han vuelto a observar. Nos. 27, 31, 35.

#### *Úlceras del duodeno.*

En 1898, Chauvel, en su tesis consagrada al estudio de la exclusión del piloro, manifiesta que la G. E. simple no es suficiente, en los casos de úlcera pilórica o duodenal, porque sólo realiza una exclusión incompleta.

En 1907. Yonnesco, y antes que él Quenú, indicaban como necesaria la exclusión del piloro, porque la G. E. en la mayoría de los casos es impotente para detener

la evolución de la úlcera. En 1908, Tuffier, presenta un ulceroso al cual, dos G. E. no le habían dado resultados y efectuándole una tercera intervención con exclusión del píloro, obtiene su curación.

Momprofit, combate estas ideas por el peligro que comportan para el enfermo. Ricard y Pouchet en el "XII Congres Francais de Chirurgie", sostienen que la operación de elección es la G. E.

La simple G. E. en las úlceras del duodeno, dá tan buenos resultados como en las úlceras del estómago; dando el reposo suficientes para obtener su curación; el reposo no es total, porque el píloro sigue siendo permeable en parte.

En nuestros operados de úlcera duodenal, en que se ha efectuado únicamente la G. E. sin agregar la exclusión pilórica, los resultados han sido excelentes como en los que se hizo la exclusión. (Ver observaciones números 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 18, 20, 21, 22 y 23).

3.º Gastro enterostomía y resección o con exclusión y bloqueo del píloro.

#### *Úlceras del estómago.*

En las úlceras de este órgano tratadas con la G. E. seguida de resecciones atípicas o con pilorectomías o de gastrectomías parciales, tiene ventajas sobre la simple G. E., pues en entre otras, el peligro de una cancerización secundaria es menos de temer.

Cuando la G. E. es unida a la resección de la úlcera, la mejoría es más acentuada y rápida, con desapari-

ción de todos los síntomas, que con la sola G. E. como hemos podido comprobar.

La G. E. deberá de efectuarse antes que la resección y ésta se realizará siempre que las condiciones locales y generales del enfermo lo permitan, reservando, en caso contrario, para una segunda intervención. En los casos en que la úlcera es asiento de un proceso inflamatoria que da lugar a una tumefacción de la pared, o cuando se trate de una úlcera callosa, en particular en las úlceras situadas en la parte media y pequeña corvadura, que son las que más frecuentemente sufren la transformación maligna, y en las que existan dudas si se trata de un tumor neoplásico, deberá efectuarse la resección, pues es menos grave, reseccar un tumor inflamatorio de una úlcera infectada, que dejar en lugar un tumor canceroso en plena evolución.

La exclusión y bloqueo del píloro en las úlceras del estómago no tienen indicación alguna.

#### *Úlceras del duodeno.*

La resección, como complemento de la G. E. en las úlceras del duodeno, no tiene aplicación, abogando las mismas razones que hemos citado anteriormente en la resección simple.

Pero no sucede lo mismo cuando la G. E. es unida a la exclusión o bloqueo del píloro, que es donde halla sus mejores indicaciones y obtiene excelentes resultados.

A este respecto, Vaudrin en 1910, en los Archives

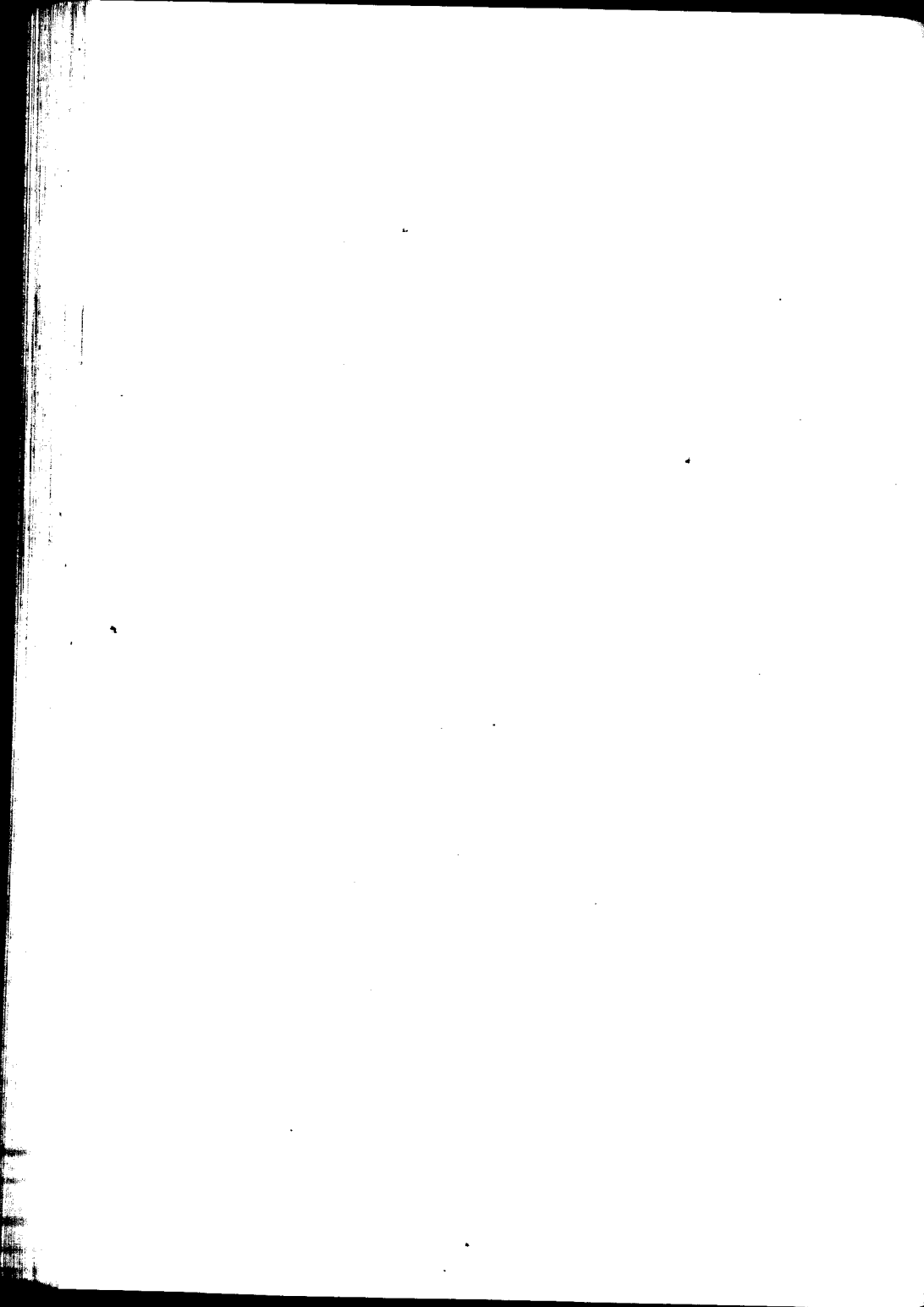
Génerales de Chirurgie, considera a la G. E. como una operación paliativa que disminuye los peligros, pero que no los suprime y aconseja de reunirlos a la exclusión del píloro, que coloca la úlcera al abrigo de complicaciones y facilita su curación.

Partidarios de esta exclusión, que la consideran necesaria, son: Yonnesco, Gosset, Bressot, Vautrin, Planchet, Quenú, Dalegeniére, Leriche, en Francia; e igual opinión sostienen en Francia y Alemania: Biondo, Bastinell, Schiari, Nendoerfer, Von Eiselsberg, Bier.

La exclusión pilórica por sección y sutura de sus cabos, es poco favorable para el enfermo, por los peligros operatorios que resultan de la abertura del píloro, su larga duración que prolonga la anestesia favoreciendo el shok operatorio, a más de no ser practicable en todos los casos, siendo por estas razones preferidos los procedimientos simples por ser más ventajosos, tales como el bloqueo de Mayo, Parlavecchio, Girad, Biondi, que se realizan rápida y fácilmente y hacen, aun cuando temporariamente, una oclusión que es suficiente.

La exclusión en las úlceras del duodeno realizan condiciones ideales por el absoluto reposo que consiguen, suprime la región donde se elabora la mayor cantidad de ácido clorhídrico, los alimentos no pasan por el píloro, evitando la irritación de la úlcera, lo que permite su cicatrización, favorece el mejor funcionamiento de la boca anastomótica y detiene las hemorragias, cuando existen.

En las úlceras no complicadas del duodeno, la G. E. con exclusión o bloqueo del píloro, en teoría parece ser sus resultados superior a la simple G. E.; pero en la práctica sus resultados son iguales, como se deduce de nuestras observaciones.



## Conclusiones

1.º—Los resultados que se obtienen con la intervención quirúrgica en las úlceras del estómago y duodeno, rebeldes a toda otra terapéutica médica, dietética o específica, hacen que sea hoy, el tratamiento que se impone para la curación de esta afección.

2.º—De los diversos procedimientos operatorios destinados a combatir la úlcera, domina en la práctica, por la excelencia de sus resultados, la gastroenterostomía simple o unida a la resección de la úlcera.

3.º—De los distintos métodos de gastroenterostomía, la posterior de von Haeker, es la que reúne las mayores ventajas y que debe de realizarse siempre que sea posible.

4.º—En las úlceras de estómago, sin complicaciones, pero con diagnóstico bien confirmado, la gastroenterostomía, es la operación ideal, dando un 90 por ciento de curaciones.

5.º—En las úlceras del duodeno, las gastroenterostomía, da tan buenos resultados como en las úlceras gástricas, siendo la curación favorecida por la exclusión pilórica. Este tiempo evidentemente muy útil, no es siempre indispensable.

6.º—La simple resección, la gastrectomía en cuña o anular o la pilorectomía, deberán efectuarse siempre que sea posible, especialmente en las úlceras callosas situadas en la pequeña curvadura y en la región pilórica, constituyendo una medida profiláctica, contra la eventual transformación maligna.

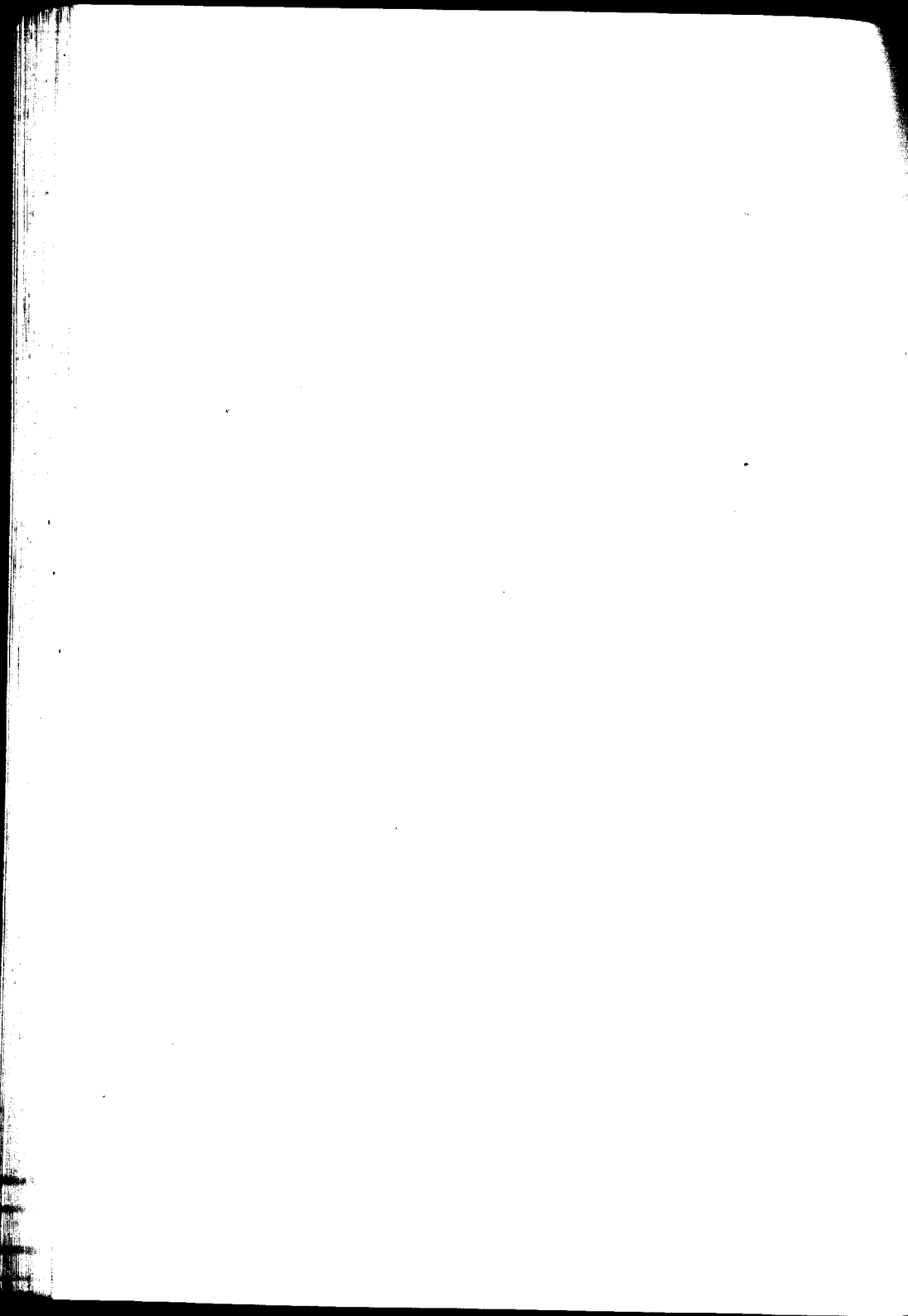
7.º—La resección debe de acompañarse siempre de la gastroenterostomía posterior.

8.º En las úlceras sospechosas de haber sufrido una degeneración neoplásica, las gastrectomía más o menos extendida, es la regla.

9.º—Es necesario indicar a todo operado un tratamiento médico post-operatorio complementario.

OSVALDO F. MAZZIN.

## **Resumen de las Historias clínicas-quirúrgicas**



## Resultados operatorios

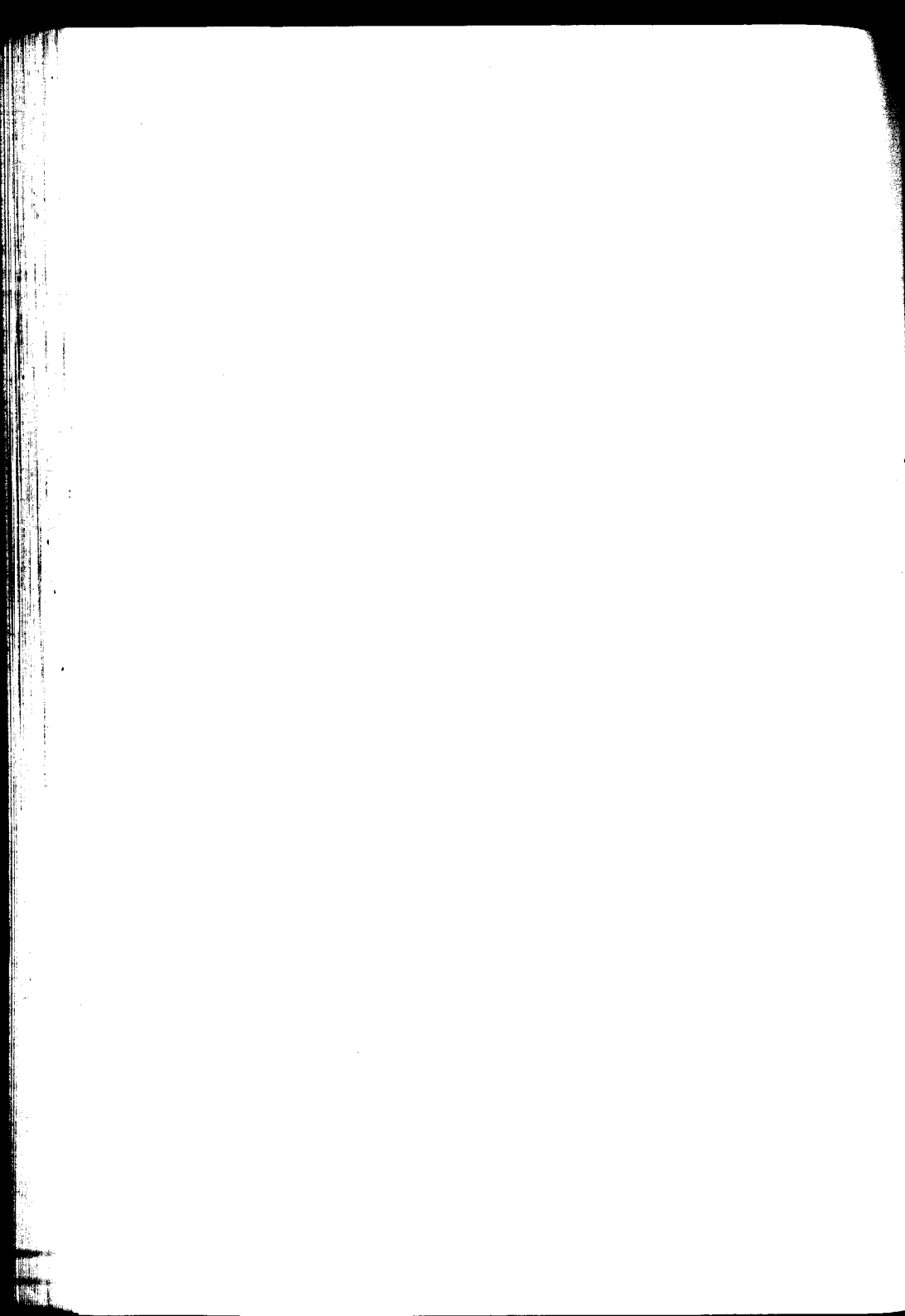
### *Úlceras gástricas—*

	Nº. de operadas	Muertes	Porcentaje %
G. E. simple.. . . . .	39	1	2.5
G. E. y exclusión.. . . . .	5	0	0
Billroth II.. . . . .	5	0	0
Mortalidad global en 49 intervencio- nes.....		1	2.00

### *Úlceras duodenales—*

Gastrolisis.. . . . .	1	0	0
G. E. simple.. . . . .	14	1	7
G. E. y exclusión.. . . . .	5	0	0
Billroth II.. . . . .	5	1	20
Mortalidad global en.. . . . .	25	2	8

Que en total arrojan las 74 intervenciones, 3 muertes, que equivale a una mortalidad de 4.02 por ciento.



## Historias clínicas-quirúrgicas

### *Úlceras gástricas—*

Observación I. N.º de Matrícula: 68140. — M. G., italiano, 40 años, soltero, agricultor. Entrada: 1. II. 09. Salida: 5, VIII, 09. Antecedentes: No ha estado nunca enfermo. Enfermedad actual: Se inicia hace un mes con ardores de estómago y vómitos alimenticios media hora después de las comidas, dice haber tenido un vómito color café; con tratamiento médico mejoró bastante, desapareciendo los vómitos. Con régimen lácteo-vegetariano reaparecen nuevamente los vómitos 5 ó 6 horas después de las comidas. Ha disminuído 10 kilos de peso. Abdomen: doloroso y ligera rigidez del recto anterior derecho en su parte superior. Estómago: Ver esquema. Análisis de jugo gástrico: H. Cl. libre: 0.365; combinado: 1.606. A. total: 2.255. A. orgánica: 0.585. Existe mucho ácido láctico, amido, eritrodextrina, albúmina, peptona. Hay restos alimenticios

vegetales. Operación: 14, VII, 09. Dr. Marino. (Anest. intraraquídea novocaína). Úlcera cicatricial pilórica anular. Resección de la porción pilórica del estómago. G. E. P. de von Hacker. Mejorado.

~~~~~

Observación II. N.º de Matrícula: 69039. — B. R., italiano, 30 años, casado, ebanista. Entrada: 14, IX, 09. Salida: 25, X, 09. Antecedentes: Siempre sano. Enfermedad actual: Comenzó hace 8 años con pesadez gástrica, náuseas y eructos ácidos después de las comidas, desde hace 5 años tiene dolores fijos en el epigastrio. No ha mejorado a pesar de una cura médica enérgica. Ha perdido 8 ks. de peso. Abdomen: la zona epigástrica resistente a la palpación, existe clapotaje. Análisis del jugo gástrico: H. CL. libre: no hay; combinado: 0.73. A. Total: 0.73. A. orgánica: 0.365. A. total: 1.095. Existe ácido láctico, amido, albúmina, propeptona, y nitrodextrina. Operación: Dr. Lenzi. 29, IV, 09. (Anest. intrarraq. novocaína). Úlceras pilórica indurada adherente a los órganos vecinos. G. E. P. con botón de Murphy. No ha eliminado el botón en la fecha de su salida que se observa por la radioscopia a nivel del asa anastomótica. Mejorado.

~~~~~

Observación III. N.º de Matrícula: 72971. — E. C., 43 años, argentino, empleado, casado. Entrada: 29,

VII, 10. Salida: 22, VIII, 10. Antecedentes: A los 20 años: traqueotomía cervical; a los 24 años blenorragia; a los 26 años pneumonia doble; bebedor hasta su enfermedad actual, que comenzó hace 6 años con dolores y pesadez de estómago después de las comidas, eructos ácidos y ardores gástricos. Sus dolores se calmaban con la posición decúbito supino. Vómitos matinales biliosos, algunas veces sanguinolentos. Desde hace tres años sus vómitos tienen el aspecto de horra de café. Muy constipado. Durante todo el período de su enfermedad ha sido tratado médicamente consiguiendo sólo mejorías pasajeras. Análisis de jugo gástrico: H. Cl. libre: 0.73; combinado: 0.365. A. total: 1.095. Hay albúmina, eritrodextrina, peptona y propeptonas, no hay ácido láctico. Operación: Dr. Marino. 4, VIII, 10. (Anestesia intrarraquídea novocaína 0,15). Úlcera indurada con retracción cicatricial del píloro, sobre su cara anterior del tamaño de una moneda de diez centavos; píloro permeable. G. E. P. de von Hacker. Curado.

Observación IV. N.º de Matrícula: 77970. — P. S. italiano, 26 años, soltero, empleado. Entrada: 2, IX, 11. Salida: 14, XI, 11. Antecedentes: siempre sano. Enfermedad actual: Se inicia hace dos meses y medio con dolores difusos y pocos dolorosos en todo el estomago, a veces vómitos líquidos, no ha notado sangre

en ellos ni en las deposiciones. Ha disminuído de peso. Anorexia. Sujeto demacrado y débil. Estómago: se percibe clapoteco y es doloroso a la palpación. Operación: Dr. Lenzi. 4, X, 11. (Anest. intraraquídea, novocaína 0,15). Estómago dilatado, úlcera pilórica indurada, blanquiza con adherencias fibrosas peri-pilóricas. G. E. P. de von Hacker. Mejorado. Ha ganado 4 kilos de peso después de la operación.



Observación 5. N.º de Matrícula: 78821. — F. Z., 48 años, italiano, soltero, albañil. Entrada: 6, XI, 11. Salida: 3, II, 12. Antecedentes: en la infancia cistitis y algunos trastornos de estómago; a los 21 años neumonía derecha; a los 22 síntomas de úlcera y adenitis no supuradas varias veces. Buen bebedor. Enfermedad actual: Se inicia hace 8 años con dolores de estómago, inapetencia y vómitos ácidos. Estado actual: estómago dilatado, no hay punto doloroso fijo, los dolores más intensos aparecen dos horas después de las comidas y se calman con la ingestión de alimentos. Al examen radioscópico se ve la gran curvatura a dos traveses de dedo, por debajo del ombligo. No hay retención gástrica, ni hipersecreción. Ha disminuído 6 kilos de peso en pocos meses. Operación: Dr. Manzone. 9, I, 12. (Anest. intraraquídea novocaína 0,15). Úlcera pilórica cicatricial. G. E. P. de von Hacker; con botón de Benzi. Curado.

Observación 6. N.º de Matrícula: 88874. — M. A., italiana, casada. Entrada: 1, I, 14. Salida: 5, II, 14. Antecedentes: Hace 11 meses fué intervenida para extirpar un mioma intersticial de la cara anterior del útero y fijación de éste (Doleris). Enfermedad actual. Se inicia hace 8 meses con ardores de estómago, regurgitaciones y eructos ácidos y en ocasiones vómitos después de las comidas, síntomas que persisten actualmente acompañados de un dolor en el epigastrio. Enferma demacrada y anémica. Reac. de Wassermann: negativa. Operación, Dr. Marino (anest. intrarraquídea: 0,12). 20, I, 14. Estómago ptosado y grande, píloro adherente al ángulo hepático del colón y paredes del abdomen engrosado y con peri-piloricitis inflamatoria. Pílorectomía y G. E. P. von Hacker. Curada.



Observación 7. N.º de Matrícula: 90593. — G. A., 33 años, italiano, soltero, peón. Entrada: 26, V, 14. Salida: 7, VIII, 14. Antecedentes: Buen bebedor. Enfermedad actual: se inicia hace tres meses con dolores en el epigastrio irradiados hacia el hipocondrio, que aparecen media hora después de las comidas y que se calmaban con la ingestión de alimentos. No ha tenido vómitos, ni sangre en sus deposiciones. Líquido de retención 10 c. c. con estrías sanguinolentas. Apetito conservado, ha disminuído 13 kilos de peso. Constipado. Examen radioscópico: ver esquema. Análisis de jugo

gástrico: H. Cl. libre: 0.75; combinado: 0.75; total: 1,504. A. láctico: vestigios. Operación: Dr. Marino. 14, VI, 14. (Anest, intraraquídea, 0.15). Úlcera de pílorica, G. E. P. de von Haeker y exclusión subserosa del píloro. Curado.



Observación 8. N.º de Matrícula: 90371. — C. G., 33 años, italiano, casado, sastre. Entrada: 6, V, 14. Salida: 24, V, 14. Antecedentes: Sarampión y blenorragia. Enfermedad actual: Hace 20 años que sufre de dolores gástricos que han aumentado de intensidad últimamente, vómitos ácidos. Examen radioscópico: estómago dilatado, llegando la gran corvadura cerca del pubis. Análisis de jugo gástrico: H. Cl. libre: 0.2. A. total: 1. Operación: Dr. Lenzi. 12, V, 14. (Anest, intraraquídea, 0.12). Gastrectacia llegando al pubis, úlcera pílorica estenosante cicatricial. G. E. P. de von Haeker. Curado.



Observación 9. N.º de Matrícula: 90409. — C. L., 42 años, argentino, casado, empleado. Entrada: 9, VI, 14. Salida: 23, VI, 14. Antecedentes: A los 10 años afección gástrica con vómitos e hiperclorhidria, buen bebedor de ajeno hasta hace dos años; hace dos meses fué operado por hernia inguinal. Enfermedad actual: Se inicia

hace un año con dolores y ardor en el estómago después de las comidas, en ocasiones vomitaba los alimentos ingeridos, no ha observado sangre en ellos. Sujeto demacrado y con escaso pániculo adiposo, la palpación muy dolorosa en toda la región epigástrica. Estando en el hospital ha tenido un vómito líquido con sangre. Reacción de Wassermann: negativa. Operación: 2, V. 14. Dr. Lenzi (Anestesia intrarraquídea). Úlcera de la pequeña curvadura con adherencias inflamatorias que lo unen a la cara inferior del hígado; peri-gastritis. La zona de infiltración e induración ocupa una superficie de 10 cms. cuadrados. G. E. P. de von Hacker. Curado.



Observación 10. N.º de Matrícula: 91454. — P. M., 32 años, español, casado, motorista. Entrada: 13, VIII, 14. Salida: 14, IX, 14. Antecedentes: A los 18 años reumatismo poliarticular agudo; al año siguiente tuvo un nuevo ataque. No es bebedor. Enfermedad actual: Se inicia hace 12 años con ardor en el epigástrico a la hora y media después de las comidas, acompañados de eructos y regurgitaciones ácidas, a veces vómitos muy escasos sanguinolentos. Durante todo este período ha tenido exacerbaciones y períodos de acalmia en su enfermedad. Desde hace tres años: aumento del apetito, sensación de plenitud estomacal después de las comidas, y a las 2 horas de éstas, dolor punzante por deba-

jo del apéndice xifoides, que se irradia hacia los omóplatos y a la región renal que termina con varios vómitos alimenticios muy ácidos, sin sangre, que calman el dolor. Constipado, ha disminuído mucho de peso. Examen radioscópico: estómago normal, contracciones exageradas; píloro permeable. Análisis del jugo gástrico: H. Cl. libre 0,8; acidez total: 1,5. Existen peptonas; no hay a. láctico, ni sangre. Operación: 27, VIII, 14. Dr. Lenzi. (Anest, intraraquídea novocaína, 0.15). Úlcera pilórica indurada. G. E. P. de von Hacker con exclusión subserosa del píloro. Curado.



Observación 11. N.º de Matrícula: 90363. — P. A., 56 años, italiano, casado, agricultor. Entrada: 5, V, 14. Salida, 2, VI, 14. Antecedentes: A los 36 años dice haber sufrido del estómago durante tres meses; a los 46 años pneumonia. Enfermedad actual: Se inicia hace tres años con dolores en el epigastrio irradiados hacia el hipocondrio izquierdo; estos dolores desaparecían con el vómito alimenticio natural o artificialmente provocado. Hace tres meses que no tiene vómitos, persistiendo los dolores, regurgitaciones y pirosis. Líquido de retención gástrica: 200 c. c.; su análisis da H. Cl. libre: 0,3; acidez total: 1. Hay glucosa y peptonas, vestigios de sangre y albúmina. Examen del jugo gástrico: H. Cl. libre: 0,2. Acidez total: 1. Hay sangre y albúmina. Examen radioscópico: se le administra una

comida de prueba con 75 grs. de carbonato de Bi y 5 horas después se constata su presencia en el estómago dispuesto verticalmente al píloro, observándose la laguna de Beclere. Análisis de sangre: Gl. rojos: 3.520.000; Gl. blancos: 7,200; Polin. neutrófilos: 65; eosinófilos: 1; linfocitos: 27. Operación: 23,V, 14. Dr. Lenzi. (Anestesia intrarraquídea novocaína 0,15). Úlcera cicatricial de la parte media de la pequeña curvadura, con bridas retráctiles que determinan una biloculación gástrica. Adherencias con la cara inferior del hígado. G. E. A. Curado.



Observación 12. N.º de Matrícula: 90312. — R. F., 38 años, italiano, soltero, empleado. Entrada: 30, IV, 14. Salida: 9, VII, 14. Antecedentes: Hemorragia a los 22 años, a los 35 años se repite y adenitis inguinal supurada. Buen bebedor de vinos y esencias; es fumador. Enfermedad actual: Se inicia hace 7 meses con dolores en el epigastrio que se irradian hacia el abdomen, aparecen a la hora después de las comidas y se calman 4 ó 5 horas después; vómitos muy frecuentes, unas veces inmediatamente de las comidas, en otras 3 ó 4 horas después. Eruptos ácidos. Apetito conservado. Muy constipado. Hace dos meses tuvo un período diarréico con 4 ó 5 deposiciones diarias. Ha disminuído 10 kilos de peso. Radioscopia: lagran curvadura del estómago se nota a dos traveses de dedos por de-

bajo del ombligo. Análisis del jugo gástrico: H. Cl. libre: 1.3; acidez total: 2.5. Vestigios de ácido láctico y albúmina. Análisis del líquido de retención gástrica: H. Cl. libre: 0.1; acidez total: 0.90 albúmina sí; sangre, no. Reacción, Wasserman: negativa; Sangre en las materias fecales: negativa. Operación: 23, V. 14. Dr. Marino. (Anestesia intrarraquídea, novocaína: 0,15. Se termina la operación con éter). Sobre la pequeña curvatura del estómago se halla una gran masa esclerosa con adherencias al páncreas, debido al cambio de relaciones se secciona el colédoco en su porción pancreática, colédoco-duodenostomía; píloro-gastrectomía. La resección comprendía la mitad del estómago que era de un tamaño doble que el normal y se observa en la pequeña curvatura una antigua úlcera perforada con proceso escleroso. G. E. P. von Hacker; drenaje subhepático. Curado. Ha subido varios kilos de peso.

Observación 13. N.º de Matrícula: 93004. — P. S., 48 años, italiana, casada, costurera. Entrada: 19, I, 15. Salida: 8, II, 15. Antecedentes: siempre sana. Menstruó a los 15 años; no ha tenido ningún embarazo; menstruaciones regulares, abundantes y dolorosas. Entró en la menopausa hace un año. Enfermedad actual: Sufre con intervalos desde hace diez años de dolores de estómago que se irradian al hipocondrio, hombro y

espalda derecha que duran de 1 a 2 horas, posteriormente a los ataques quedaba con un tinte subictérico en las conjuntivas, orinas de color obscuros y las materias fecales a veces blanquecinas. Estos ataques se repetían cada 6 u 8 meses; en los intervalos de éstos persistían los dolores gástricos. Hace 10 días que tuvo un ataque igual a los anteriores, que duró 24 horas. Buen estado general; piel y escleróticas con un tinte subictérico. Abdomen globuloso indoloro a la palpación. Operación: 26, I, 15. Dr. Marino. (Anestesia intrarraquídea novocaína 0,15). Ulcera pilórica adherente. G. E. P. de von Hacker. Curada.



Observación 14. N.º de Matrícula: 94110. — R. A., 35 años, argentino, soltero, comerciante. Entrada: 5, V, 15. Salida: 30, VI, 15. Antecedentes: siempre sano. Enfermedad actual: data de varios años sufriendo con intervalos de dolores epigástricos irradiados al dorso y al hombro derecho. No ha tenido vómitos; es muy constipado. Vesícula biliar y región epigástrica muy dolorosa a la palpación. Sucución gástrica muchas horas después de las comidas. Reacción de Wassermann: negativa. Análisis de sangre: Pol. neutrófilos: 55; eosinófilos: 2, linfocitos: 43, transición: 2. Operación: 20, V, 15. Dr. Caliguri. (Anest. intrarraquídea novocaína 0,15). Ulcera pilórica, indurada, cic-

trizada, adherente al hígado y a la vesícula biliar. G. E. P. de von Hacker. Curado.



Observación 15. N.º de Matrícula: 94004. — M. R., 32 años, italiano, albañil, casado. Entrada: 25, V, 15. Salida: 17, VIII, 15. Antecedentes: Gonorrea a los 19 años; a los 21 años, dos úlceras en el glande adenitis inguinal derecha supurada. No es bebedor. Enfermedad actual: Comienza con ligeros dolores después de las comidas localizados a dos traveses de dedo del reborde costal sobre la línea mamaria derecha, estos dolores aumentan de intensidad hasta hacerse sumamente intensos dos horas después de las comidas terminando con vómitos alimenticios que calman el dolor. Muy constipado. La dieta láctea absoluta suprimía los dolores. Análisis del jugo gástrico: H. Cl. libre: 1,23; combinado: 0,82; a. total: 2,31. Análisis del líquido de retención gástrica: H. Cl. libre: 0,77; combinado: 0,82; a. total: 1,42; sangre y ácido láctico: negativo. Reac. Wassermann, negativa. Sangre: análisis citológico: Glob. rojos: 4.000.000; blancos: 5.900; Pol. neutrófilos: 54; linfocitos: 46. Sangre en las materias fecales: negativa. Operación: 13, VII, 15. Dr. Lenzi. (Anest. intraraquídea novocaína 0,10). Se termina con cloroformo para el cierre de la pared). Úlcera pilórica cicatricial con retracción del meso gastro-hepático. Gastrectomía. G. E. P. de von Hacker. Curado.

Observación 16. N.º de Matrícula: 95018. — A. G., 48 años, peón, casado. Entrada: 20, VII, 15. Salida: 30, VIII, 15. Antecedentes: a los 20 años neumonía derecha. Enfermedad actual: Desde hace 5 meses se queja de dolor, pesantez y malestar general después de las comidas. No ha tenido eructos ácidos, ni vómitos. Ha enflaquecido y perdido las fuerzas. La palpación denota resistente y dolorosa la región pancreático-duodenal. Análisis del jugo gástrico: H. Cl. libre y combinado: no hay; acidez total: 0,54; albúmina y ácido láctico: vestigios. Operación: 3, VIII, 15. Dr. Lenzi. (Anest. intraraquídea novocaína, 0,15). Ulcera inducida cicatricial sobre el borde superior del píloro, con infiltración y retracción del meso gastro-hepático. G. E. P. de von Haeker. Mejorado.



Observación 17. N.º de Matrícula: 94698. — C. N., 25 años, italiano, soltero, marinero. Entrada: 25, VI, 15. Salida: 30, VIII, 15. Antecedentes: A los 20 años pleuresía. Insuficiencia mitral. Enfermedad actual: Hace 10 días que se inicia con sensación de calor y ardor en el estómago después de las comidas. La región epigástrica dolorosa a la palpación, la percusión en la región pilórica determina contracciones estomacales visibles. Líquido de retención gástrica: 20 c. c. de color amarillo verdoso. Al examen radioscópico la gran curvatura se nota a dos traveses de dedo por debajo del ombligo.

Análisis del jugo gástrico: H. Cl. libre: 2,88; combinado: 1,44; a. total: 5,04; a. láctico: no; albúmina: sí. Sangre en las materias fecales: negativa. Reac. de Wassermann: negativa. Análisis de sangre: Gl. rojos: 4.000.000; blancos: 6600; transición: 5. Operación: 12, VIII, 15. Dr. Marino. (Anest. intrarraquídea novocaína 0,15). Úlcera indurada de la cara postero-superior del píloro, serosa infiltrada. Gastrectomía. G. E. P. de von Hacker, con exclusión del píloro. Curado.



Observación 18. N.º de Matrícula: 94834. — D. R., 60 años, italiano, casado, zapatero. Entrada: 6, VII, 15. Muerto: 14, VII, 15. Antecedentes: Varicela a los 12 años; a los 20 años úlcera simple del glande; a los 30 años hemorragia. Enfermedad actual: comienza hace un año con dolores localizados en la parte inferior del epigastrio e hipocondrio derecho, que aparecían 2 a 3 horas después de las comidas que se irradiaban hacia el dorso y la región lumbar derecha, seguidos de vómitos alimenticios y líquido muy ácidos, que calmaban los dolores, por lo cual el enfermo los provocaba cuando no se producían espontáneos. Este cuadro duró por espacio de 4 meses al cual le siguió un período de acalmía de 3 meses al final de éstos aparece toda la sintomatología anterior más intensa. Hace 10 días tuvo una melena que calcula en 1 litro, que se repite al día siguiente en la misma cantidad, dice que sus vómitos úl-

timos tienen el color de borra de café. Estando internado hace 6 días tuvo una hematemesis de 2 litros. Dolorosa la región epigástrica. Conserva el apetito; muy constipado. Operación: 14, VII, 15. Dr. Marino. (Anest. local). Úlcera pilórica, irregular, infiltrada del tamaño de un huevo de gallina, adherente al páncreas, retracción del meso gastro-hepático; no existen ganglios; el intestino delgado y el colón llenos de sangre. G. E. P. de von Hacker. Muerte.

~~~~~

Observación 19. N.º de Matrícula: 97256. — T. G., 29 años, italiano, casado, empleado. Entrada: 8, I, 16. Salida: 17, II, 15. Antecedentes: Siempre sano. A los 15 años tuvo algunos trastornos gástricos caracterizados por dolores y pesadez del estómago. Enfermedad actual: Se inició hace 45 días con dolores, y ardor, y sensación de peso en el epigastrio que duran de media a una hora, estos dolores se repiten varias veces en el día y no guardan relación con la ingestión de los alimentos, ni se exageran, ni se calman con éstos. Nunca ha tenido vómitos. Apetito exagerado. No ha sido constipado, pero actualmente hace 4 días que no mueve su vientre. Ha disminuído 5 kilos de peso. Se nota sobre la línea mediana un pequeño tumor blanco, depresible, reducible y coereíble. Examen radioscópico: Estómago normal. Análisis del jugo gástrico: H. Cl.: 0,791; combinado: 0,91; a. total: 2,13; existe a. láctico; albúmina;

trazas. Líquido de retención gástrica de reacción alcalina. Sangre en las materias fecales: negativo. Operación: 27, I, 16. Dr. Lenzi. (Anest. intraraquídea novocaína 0,15). Úlcera cicatrizada del antro pilórico. Ganglios de pequeña curvadura. G. E. P. de von Hacker. Hernia epigástrica. Cura radical. Curado.



Observación 20. N.º de Matrícula: 98564. — B. E., 40 años, italiano, albañil, casado. Entrada: 3, V, 16. Salida: 30, V 16. Antecedentes: a los 10 años: reumatismo poliarticular; a los 21 años blenorragia y a los 23 años pneumonia. Enfermedad actual: Se inicia hace un mes con sensación de ardor, pesadez, dolores en el estómago y eruptos ácidos después de las comidas. Estos síntomas han aumentado en estos últimos tiempos acompañados de vómitos líquidos. Ha disminuído 3 kilos de peso. Examen radioscópico: el estómago se observa dilatado y la gran curvadura se nota a dos traveses de dedos del ombligo. Estando internado en el hospital ha tenido una hematesis abundante y melenas. Análisis del jugo gástrico: H. Cl. libre: 1,80; combinado: 1,04; a. total: 2,90; a. láctico y sangre: no hay. Sangre en las materias fecales: negativa. Análisis de sangre: Gl. rojos: 4.200.000; blancos: 9.200; hemoglobina: 85; Pol. neutrófilos: 76; eosinófilos: 1; linfocitos: 12; transición: 8. Operación: 18, V, 16. Dr. Tagliavacche. (Anest. intraraquídea novocaína 0,15). Úlcera indurada pilórica

con proceso inflamatorio e infiltración de la primera porción del duodeno. G. E. P. de von Hacker. Curado.



Observación 21. N.º de Matrícula: 98599. — M. P., 44 años, argentino, casado, carrero. Entrada: 6, V, 16. Salida: 5, VI, 16. Antecedentes: siempre sano hasta su enfermedad actual que se inicia hace 9 meses, apareciéndole después de las comidas ardores de estómago y dolores localizados en el epigástrico que se irradiaban a los hipocondrios y el dorso, seguidos de vómitos alimenticios, muy ácidos a veces amargos, cuando ésto se producía, calmaba los dolores. Nunca ha observado sangre ni en los vómitos ni en las materias fecales. Este estado se prolongó durante 5 meses, pero bajo tratamiento médico tuvo un período de acalmia de 3 meses; al cabo de los cuales, se inicia nuevamente a raíz de una transgresión del régimen, sintiendo dolores punzantes muy intensos en el epigástrico, acompañado de eructos, náuseas y vómitos biliosos en pequeña cantidad. Se nota sobre la parte derecha de la región epigástrica una tumefacción que forma salieucia sobre la pared abdominal; no es dolorosa a la palpación. Examen radioscópico: la gran curvadura a un través de dedo por debajo del ombligo; contracciones peritálticas normales, píloro permeable, el Bi. afecta en el estómago la forma de una U de concavidad a la derecha, como si entre el hígado y la pequeña curvadura se interpusiera un tumor (ver es-

quema). Análisis del jugo gástrico: H. Cl: libre: 0,21; combinado 0,37; a. total 0,72; a. láctico y sangre: no. Sangre en las materias fecales (9, V y 17, V): positivo. Reac. de Wassermann: positiva. Operación: 27, V, 16. Dr. Sacco (anest. intraraquídea, novocaína 0,15. Ulcera de la pequeña corvadura, con perigastritis y adherencias de la cara anterior del estómago al hígado y a la pared abdominal. G. E. P. de von Hacker. Curado.

Observación 22. N.º de Matrícula: 99075. — S. G., 41 años, argentino, casado, empleado. Entrada: 15, VI, 16. Salida: 6, VII, 16. Antecedentes: A los 7 años viruela; a los 37 años infección intestinal, fiebre tifoidea probablemente. Enfermedad actual: Se inicia hace 8 años una hora después de la comida, con fuertes dolores en el epigastrio, con vómitos ácidos muy abundantes. Los trastornos gástricos han persistido y los dolores más intensos, se irradian al dorso, los vómitos sobrevienen de 2 a 3 horas después de las comidas, muy ácidos, pero sin restos alimenticios; que calman los dolores. Abdomen doloroso y resistencia a la palpación en el hueco epigástrico. Análisis del jugo gástrico: H. Cl. libre: 1,88; combinado: 0,84; a. total: 2,92; a. láctico y glucoza: sí. Sangre en las heces: negativa. Operación: 20, VI, 16. Dr. Lenzi. (anest. intraraquídea con novocaína 0,10). Ulcera indurada callosa en la pequeña corvadura que infiltra las paredes del estómago hacia el

cardias y el píloro. G. E. P. de von Hacker. curado. II intervención: 8 días después de su salida del hospital, ingresa nuevamente el 14, VII, 16 con fenómenos de oclusión. Estómago sumamente dilatado por los alimentos retenidos desde varios días atrás. Operación: 20, VII, 16. Dr. Lenzi. (Cloroformo y éter). Múltiples adherencias entre el colón transversal y la pequeña curvadura del estómago; adherencias del asa yeyunal en la vecindad de la anastomosis gastro-entérica, con obstrucción y círculo vicioso que determina la retención alimenticia en el estómago. Se efectúa una segunda G. E. P. de von Hacker situando la boca más cerca del píloro que la de la primera G. E.; entero anastomosis de Braunn. Salida, el 19, VIII, 16. Curado.

Observación 23. N.º de matrícula: 99732. — C. G., 56 años, español, portero, casado. Entrada: 9, VIII, 16. Salida: 2, IX, 16. Antecedentes: En la infancia: sarampión, a los 21 años paludismo. Muy fumador, regular bebedor. Enfermedad actual: Se inicia hace 5 años con ardores, erupciones ácidas y dolores irradiados de epigástrico hacia los hipocondrios que aparecen 3 horas después de las comidas; teniendo necesidad de tomar alcalinos para retener los alimentos, de lo contrario sobreviene el vómito. Con tratamiento médico ha tenido períodos de acalmía. Muy constipado. Ha perdido 5 kilos de peso. Examen radioscópico: la gran

corvadura se observa a 6 traveses de dedo por debajo del ombligo, contracciones peristálticas muy fuertes. A la palpación se percibe el clapoteo. Análisis del jugo gástrico: H. Cl. libre: 180; combinado, 0.89; a. total: 3,09; a. láctico: sí; sangre: no. Sangre en las materias fecales: negativo. Reac. Wassermann: negativa. Operación: 21, VIII, 16. Dr. Rosasco. (Anest. intraraquídea novocaína 0,15). Ulcera de la pequeña corvadura con induración e infiltración del antro pilórico. G. E. P. de von Hacker. Curado.

Observación 24. N.º de Matrícula: 99609. — A. C., 31 años, español, carnicero, soltero. Entrada: 31, VII, 16. Salida: 23, VIII, 16. Antecedentes: Sarampión en la infancia, buen bebedor y fumador. Enfermedad actual: Desde hace 5 años después de las comidas experimenta ardores y eruptos ácidos; de 2 años a esta parte se inician los dolores que son muy intensos localizados en el epigástrico y sobrevienen después de las comidas. El estómago doloroso a la palpación. Examen radioscópico: la gran corvadura se nota a dos traveses de dedo por encima del pubis; contracciones peristálticas irregulares. Líquido de retención 50 grs. de aspecto mucobiliario, su análisis da: H. Cl. libre, 0,35; combinado: 0.66; a. total: 1,29; sangre: no. Análisis del jugo gástrico: alcalino; a. láctico: sí; sangre y albúmina: rastros. Operación: 4, VIII, 16. Dr. Len-

zi. Ulcera callosa del antro pilórico. Estaría indicada una pilorectomía, pero el estado del enfermo no lo permite. G. E. P. de von Hacker. Al día siguiente de la intervención tiene una gran enterorragia con melena. Curado.



Observación 25. N.º de Matrícula: 99174. — P. T., 31 años, argentino, comerciante, soltero. Entrada: 24, VI, 16. Salida: 19, VIII, 16. Antecedentes: Sarampión y viruela en la infancia; a los 21 años gonorrea. Enfermedad actual: Se inició hace 5 años con hiperclorhidría y dolores agudos en el punto cóstico, tenía períodos de relativa calma. Desde hace dos meses siente ardores de estómago, eructos, acidez y dolores que del epigástrico se irradian hacia el punto de Max-Burney y al hombro derecho. Nunca ha tenido vómitos. Muy constipado. La región epigástrica dolorosa a la palpación. Examen radioscópico: a tres traveses de dedo por debajo del ombligo, contracciones peristálticas fuertes, el piloro ofrece resistencia al pasaje del Bi. En ayunas se extraen 200 c. c. de líquido de retención; el análisis revela: II. Cl. libre: 1.80; combinado: 1.36; a. total 3.46, a. láctico y peptonas: sí. Sangre en las heces: negativo. Análisis de sangre: Gl. rojos: 4.900.000; blancos: 8.800; hemoglobina: 93; pol. neutrófilos: 48; eosinófilos: 4; linfocitos: 42; transición 4. Operación: 9, VII, 16. Dr. Lenzi. (Anest. intratecal novocaína

0,15). Ulcera de la cara posterior del píloro, del tamaño de una moneda de 20 cts. con peripiloritis; estómago muy dilatado. G. E. P. de con Haeker. Mejorado.

Observación 26. N.º de Matrícula: 99262. — T. G., 46 años, italiano, casado, peón. Entrada: 1, VII, 16. Salida: 26, VII, 16. Antecedentes: Bronquitis y reumatismo articular. Enfermedad actual: Se inicia hace 5 meses caracterizada por sensación de pesantez, arlot y dolores de estómago después de las comidas. No ha tenido vómitos. Muy constipado. Ha disminuído de peso. Análisis del jugo gástrico: H. Cl. libre 0,14; combinado: 1,09; a. total: 1,51; a. láctico y glucosa: sí. Sangre en las heces: negativa. Reac. Wassermann: negativa. Operación: 14, VII, 16. Dr. Rosasco. (Anest. intraraquídea novocaína 0,15). Ulcera indurada de la pared posterior del píloro. No hay ganglios. G. E. P. de von Haeker. Curado.

Observación 27. N.º de Matrícula: 99607. — B. E., 40 años, argentino, soltero, constructor. Entrada: 30, VII, 16. Salida: 5, IX, 16. En la infancia: sarampión y coqueluche; a los 11 años reumatismo, a los 14 años pneumonía, a los 21 años fiebre tifoidea, sufre de hemorroides desde hace tiempo. Enfermedad actual: Se

inicia hace 5 años con ardor y dolores en el estómago que aparecen 2 o 3 horas después de las comidas y se irradian hacia el hipocondrio y hombro derecho y a veces al dorso, estos dolores se calman con los vómitos. Muy constipado, ha observado sangre comunmente en sus deposiciones. La palpación dolorosa en el epigástrico y se propaga hacia el dorso. Examen radioscópico: límite inferior a un través de dedo por debajo del ombligo; píloro permeable. Líquido de retención muy escaso; su análisis: H. Cl. libre 0,07; combinado, 0,47; a. total 0,75, sangre, peptonas y a. láctico: sí. Análisis del jugo gástrico: H. Cl. libre: 2,10; combinado: 0.70; a. total 13.09; a. láctico: sí. A. de sangre: Gl. rojos: 4.500.00; blanco 12.500; hemoglobina: 80; Pol. neutrófilos: 70; eosinófilos: 3; linfocitos: 26. Operación: 16,VIII, 16. Dr. Lenzi. (Anest. intraraquídea novocaína 0,15). Úlcera del antro pilórico; no hay ganglios. G. E. P. de von Hacker. Curado.

~~~~~

Observación 28. N.º de Matrícula: 99658. — V. L., 41 años, italiana, casada. Entrada: 3, VIII, 16. Salida: 24, IX, 16. Antecedentes: Sarampión en la infancia, menstruó a los 13 años; regulares en duración, cantidad e intervalo, indoloras. Enfermedad actual: Se inicia hace 5 meses con dolores intensos en la región epigástrica que se irradian al dorso, no guardando relación con la ingestión de los alimentos; cefaleas fre-

cuentes y muy constipada. No ha tenido vómitos. Hace 4 días (30, VIII), tuvo una hematemesis que se repite al día siguiente, sin dolor, ni náuseas; en las materias fecales sangre en cantidad. Anemia intensa, se instituye tratamiento médico. Operación: 5, IX, 16. Dr. Caliguri. (Anest. intraraquídea novocaína 0,15. Ulcera del antro pilórico. G. E. P. de von Hacker. Curada. Examinada la enferma el 3, X, 16. se comprueba el perfecto funcionamiento de la boca anastomótica, siendo el píloro casi impermeable. Apetito bueno, digestión fácil, estado general muy mejorado. Deposiciones regulares.

Observación 29. N.º de Matrícula: 100.538. — B. A., 36 años, italiano, casado, empleado. Entrada: 12, X, 16. Salida: 23, XI, 16. Antecedentes: A los 18 años blenorragia; a los 28 años sufrió una contusión intensa sobre el epigástrico y flanco izquierdo que le determinó enterorragias. Enfermedad actual: Hace 8 años que sufre de ardores y dolores intermitentes del estómago. El dolor localizado en el epigástrico se irradia hacia el hipocondrio izquierdo y a las vértebras lumbares, se inicia dos horas después de las comidas y se calmaba con la ingestión de alimentos o alcalinos, pero son impotentes en estos últimos tiempos. Frecuentemente ha tenido vómitos alimenticios muy ácidos; pero nunca hematemesis. Estómago no doloroso a la palpación, se

percibe el clapoteo en ayunas. Análisis del jugo gástrico: H. Cl. libre: 1.19; combinado: 0.84; a. total: 2.24; a. láctico abundante; sangre: negativo. Líquido de retención gástrica: a. total: 0.35; a. láctico: trazas; análisis de sangre: Gl. rojos: 4.000.000; blancos: 8000; hemoglobina: 69; pol. neutrófilos: 62; eosinófilos: 1; linfocitos: 32; transición: 1. Reac. de Wassermann. Positiva. Operación: 8, XI, 16. Dr. Rosasco. (Anest. intrarraquídea 0.12). Úlcera indurada de la pequeña curvadura cereana al antro pilórico, del tamaño de una moneda de dos cents.; de bordes irregulares, indurados, con vasos que se irradian de su periferia. G. E. P. de von Hacker. Curado.

Observación 30. N.º de Matrícula: 100.539.—L. A., 42 años, italiano, empleado, casado. Entrada: 12, X, 16. Salida: 23, XI, 16. Antecedentes: Ha sido siempre sano, fumador y buen bebedor. Enfermedad actual: Desde hace 12 años que tiene náuseas y vómitos líquidos en pequeña cantidad, desde 3 años estos vómitos se repiten frecuentemente con ardor y dolores que sobrevienen después de las comidas. En los tres últimos meses ha tenido vómitos alimenticios muy ácidos y de sabor amargo, de media a dos horas después de las comidas. Ha disminuído en estos tres meses 8 kilos de peso. Estómago doloroso espontáneamente y a la presión. Examen radioscópico: ver esquema. Análisis del

jugo gástrico: H. Cl. libre: 0.63; combinado: 0.96; a. de fermentación: 0.43; a. total: 2.1; hay a. láctico y peptonas; sangre: no. Sangre en las heces: rastros. Reac. de Wassermann: negativa, A. de sangre: Gl. rojos: 4.100.000; blancos: 7.800; hemoglobina: 63; pol. neutrófilos: 81; linfocitos: 18. Operación: 1, X, 16. Dr. Lenzi. (Anestesia intraraquídea novocaína 0.12; se termina con cloroformo). Úlcera callosa de la cara posterior del estómago cercada a la pequeña curvatura; por su aspecto y por la existencia de ganglios en la vecindad de la úlcera se efectúa la resección de las dos partes del estómago y se termina con una G. E. P. Análisis anátomo-patológico: Úlcera callosa. Curado.

Observación 31. N.º de Matrícula: 98.732. — C. L., 25 años, argentino, soltero, empleado. Entrada: 17, V, 16. Salida: 27, VI, 16. Antecedentes: Sarampión en la infancia. Enfermedad actual: Se inicia hace 6 años con ardor y dolor de estómago más intensos de 1½ a 1 hora después de las comidas, pirosis, frecuentemente vómitos líquidos y alimenticios. En estos últimos meses estos síntomas se han exacerbadado. Muy constipado. Examen radioscópico: a dos traveses de dedo por debajo del ombligo; el Bi. pasa con dificultad al estómago. Análisis del jugo gástrico: H. Cl. libre: no hay; a. total: 2.16; a. láctico: sí. Líquido de retención (200 c. c.): a. total: 1.08; a. láctico: trazas; sangre: no.

Sangre en las materias fecales: negativo. A. de sangre: Gl. rojos: 4.950.000; blancos: 7500; hemoglobina: 95; pol. neutrófilos 70; linfocitos: 26. Operación: 13, VI, 16. Dr. Caliguri. (Anest. intraraquídea novocaína 0.15). Úlcera cicatrizada de la pequeña curvadura muy cercana al píloro, ganglios en el mesenterio. G. E. P. de von Hacker. Curado. Observado este enfermo casi un año después de la operación, se constata el buen funcionamiento de la boca anastomótica, siendo permeable también el píloro.

Observación 32. N.º de Matrícula: 101.472. — C. F., 55 años, italiano, casado, mecánico. Entrada: 2, I, 17. Salida: 2, II, 17. Antecedentes: A los 18 años blenorragia y reumatismo articular agudo, este último se repite a los 21 años. Enfermedad actual: Se inicia con ardores de estómago estando en ayunas y se calman con la ingestión de alimentos o de bicarbonato eructos, pirosis y pituitas, nunca ha tenido vómitos, dolor localizado en el epigástrico e irradiados al dorso. Análisis del jugo gástrico. H. Cl. libre 1.40; combinado: 1.12; a. de fermentación: 0.07; a. total: 259; a láctico: sí; sangre: no. Líquido de retención: H. Cl. libre 0.91; combinado: 0.70; a de fermentación: 0.14; a total: 1.75; a. láctico: sí. Sangre en las heces: negativa. Reac. de Wassermann: positiva. Operación: 9, I, 17. Dr. Caliguri. (Anest. intraraquídea novocaína 0,15, se termina

con cloroformo, 15 grs.) Estómago dilatado y muy vascularizado, sobre el antro pilórico se halla una úlcera cicatrizada. Sobre la primera porción de yeyuno se halla un divertículo que queda sobre el cabo aferente. Vesícula biliar engrosada y con pequeños cálculos, pero debido al estado general del enfermo se efectúa solo la G. E. P. de von Hacker. Curado.

Observación 33. N.º de Matrícula: 101.739. — B. P., 50, años, argentino, casado, empresario. Entrada: 25, I, 17. Salida: 27, II, 17. Antecedentes, a los 19 años escarlatina. Enfermedad actual: Desde hace 18 años sufre de trastornos y dolores gástricos, sufriendo muchas alternativas; desde hace 15 días teniendo ardor y pesantez de estómago, eructos y vómitos, dolores intensos en el punto duodeno-cístico de 3 a 4 horas después de las comidas. Ha disminuído 5 kilos de peso en dos meses. Examen radioscópico: Estómago dilatado, a dos traveses de dedo por debajo del ombligo, el Bi. franquea el píloro, pero, a 4 ctms. es detenido en el duodeno, punto que franquea con dificultad (ver esquema). Análisis del jugo gástrico: H. Cl libre: 1.40; combinado: 0.84; de fermentación: 0.21; a. total: 2.45; a. láctico: sí; sangre: no. Líquido de retención: H. Cl. libre: no hay; a. total: 0.72; sangre: sí; sangre en las materias fecales: negativa. Operación: 15, II, 17. Dr. Lenzi. (Anest. intrarraqúidea novocaína 0,12). Ul-

cera de la pequeña curvadura muy vascularizada en su periferia, cereana del píloro. G. E. P. de von Hacker. Curado.

Observación 34. N.º de Matrícula: 101.072. — B. M., 35 años, italiano, casado, empleado. Entrada: 25, XI, 16. Salida: 12, VII, 17. Antecedentes: A los 25 años, reumatismo articular agudo. Enfermedad actual: Se inicia hace 19 meses con dolores en el epigástrico que se irradia al punto cóstico y de éste al ombligo, dolor que se exacerba con la ingestión de alimentos líquidos o sólidos, frecuentemente vómitos y enterorragias. Bajo tratamiento médico estuvo bien hasta 1 mes y medio, en que conjuntamente con dolores intensos en el epigástrico tuvo vómitos líquidos y melena abundantes. Siempre ha sido constipado. Análisis del jugo gástrico: H. Cl. libre: 0.42; combinado: 1.16; a. de fermentación: 0.21; acidez total: 1.79; a láctico: sí. Sangre en las heces: negativa. Reac. de Wassermann: positiva. Análisis de sangre: Gl. rojos: 3.600.000; blancos: 7.800; hemoglobina: 56; Pol. neutrófilos: 61; eosinófilos: 1; linfocitos: 32; transición: 4. (21, XII, 16). 2.º análisis de sangre: (23, III, 17): Gl. rojos: 4.200.000; blancos: 7.900; hemoglobina: 52; Pol. neutrófilos: 70; linfocitos: 25; transición: 4. Examen radioscópico: 4 horas después de administrar la lechada de Bi. se observa restos en el píloro que progresa con una nueva

dosis; hay hiperquinesia. Operación: 14, VI, 17. Dr. Lenzi. (Anest. Intraraquídea novocaína 0.12). Úlcera pilórica indurada. G. E. P. de von Hacker con exclusión del píloro. El exámen radioscópico 27 días después de la operación comprueba el perfecto funcionamiento de la boca anastomóstica y la oclusión completa del píloro. Mejorado.

Observación 35. N.º de Matrícula: 102.624. — G. A., 19 años, español, empleado, soltero. Entrada: 17, IV, 17. Salida: 10, V, 17. Antecedentes: Ha sido siempre sano. Enfermedad actual: Se inicia hace 3 meses con pesantez y dolores localizados en el epigástrico que se calmaban a las pocas horas; no ha tenido vómitos ni pirosis. Mejora con el régimen lácteo-vegetariano. Muy constipado, teniendo necesidad de recurrir a enemas o purgantes. Reac. de Wassermann: positiva. Operación: 24, IV, 17. Dr. Caliguri. (Anest. intraraquídea novocaína 0.12). Estómago dilatado con peri-gastritis; sobre el píloro úlcera cicatrizada con piloritis y peri-piloritis sin adherencias. G. E. P. de von Hacker. Curado.

Observación 36. N.º de Matrícula: 102.427. — S. E., 34 años, ruso, peón, casado. Entrada: 26, III, 17. Sa-

lida: 16, IV, 17. Antecedentes sin importancia. Enfermedad actual: Se inicia hace dos años con dolores en la región epigástrica, que se irradiaban hacia los hipocondrios, este dolor sobrevenía media hora después de las comidas y duraba por espacio de 3 a 4 horas. Ha tenido períodos de acalmia de 3 a 4 meses. Hace 3 días por la mañana en ayunas ha tenido tres vómitos de sangre con dolores punzantes en el epigástrico. Ayer ha tenido una hematemesis de medio litro. Ingresa en este hospital en estado de desnutrición y gran anemia. La palpación denota resistencia en la parte superior de los rectos, y un punto doloroso a dos traveses de dedo por encima del ombligo, sobre la línea mediana. Reac. de Wassermann: positiva. Operación: 3, IV, 17. Dr. Tagliavacche. (Anest. local con cocaína). Úlcera gástrica de la pequeña curvadura, del tamaño de una moneda de 2 centavos, de bordes indurados y rodeada de una zona de infiltración. G. E. P. de von Haeker. Curado. Visto 6 meses después, en perfectas condiciones.

Observación 37. N.º 102.265. — V. V., 41 años, italiano, casado, empleado. Entrada: 10, III, 17. Salida: 29, IV, 17. Antecedentes. A los 12 años sufrió durante 4 años de trastornos gástricos con vómitos alimenticios después de las comidas. Enfermedad actual: Se inicia hace tres años con ardor estomacal, pirosis, do-

lor intenso en el epigástrico y a veces vómitos 1 hora después de las comidas, ha tenido, con el tratamiento médico, períodos de acalmia, pero cada 3 ó 4 meses reaparecía la sintomatología anterior. Hace dos días ha tenido una hematemesis de 2 litros y deposiciones sanguinolentas. Constipado. Abdomen doloroso y resistente en el epigástrico. Análisis del jugo gástrico: H. Cl. libre: 1.54; combinado: 1.84 de fermentación: 0.14; a. total: 3.50; sangre en las materias fecales: positiva. Operación: 7, IV, 17. Dr. Caliguri. (Anest. intraraquídea novocaína 0.12). Úlcera pilórica estenosante, píloro adherente al páncreas y a la vesícula biliar, peripilóritis y peri-gastritis a nivel del antro pilórico. G. E. P. de von Hacker. Curado.

Observación 38. N.º de Matrícula: 102.910. — C. A., 43 años, oriental, casado, empleado. Entrada: 14, V, 17. Salida: 12, VII, 17. Antecedentes: En la infancia bronquitis, viruela, sarampión y coqueluche. A los 27 años: bronquitis, a los 35 años operado de apendicitis. Enfermedad actual: Que se inicia hace 4 meses con dolor tolerable localizado a 4 traveses de dedo por encima del ombligo y un través a la derecha, irradiado a veces a la tetilla izquierda, aparece dos horas después a las comidas y se calma con la ingestión de los alcalinos y de la presión; acompañado de un estado nauseoso, pirosis, sin vómitos. Análisis del jugo gás-

trico: H. Cl. libre: 1.89; combinado: 0.49; a. de fermentación: 0.07; a. total: 2.45; a. láctico y pepsina: sí. Líquido de retención en ayunas, 80 grs. Analizado: H. Cl. libre: 0.36; combinado: 0.49; a. de fermentación: 0.21; a. total: 1.05; a. láctico: sí. Operación: 27, VI, 17. Dr. Lenzi. (Anest. intraraquídea novocaína 0.10). Úlcera callosa del píloro extendida a la primera porción del duodeno, peri-pilorititis muy adherente que impide hacer la exclusión pilórica. G. E. P. de von Hacker. Curado.

Observación 39. N.º de Matrícula: 103.227. — C. M., 35 años, argentino, soltero, plomero. Entrada: 13, VI, 17. Salida: 2, IX, 17. Antecedentes: Sarampión en la infancia. Bronquitis hace 4 años. Enfermedad actual: Se inicia hace 7 años con ardor y dolores de estómago, 3 a 4 horas después de las comidas, náuseas y en ocasiones vómitos que calmaban los dolores. Muy constipado. Esta sintomatología, alternaba con períodos de acalmia, cada 6 meses más o menos; desde hace un mes, después de la ingestión de alimentos, sensación de ardor en el estómago. Ha disminuído varios kilos de peso. Dolor a la palpación en la mitad de una línea que une el ombligo al reborde costal derecho. Líquido de retención: 10 c. c. Sangre en las materias fecales: negativa. Análisis de jugo gástrico: H. Cl. libre: 1.54; fermt.: 0.21; combinado: 0.70; a. total: 2.45.

Operación: 3, VII, 17. Dr. Lenzi. (Anest. intraraquídea novocaína 0.09) Ulcera callosa de la pequeña curvadura y periduodenitis. G. E. P. de von Hacker. Curado.

Observación 40. N.º de Matrícula: 103.708. — C. A., 34 años, argentino, escribano, casado. Entrada: 28, VII, 17. Salida: 18, VIII, 17. Antecedentes: sarampión en la infancia y gastro-enteritis; a los 16 años grippe, a los 24 años: gonorrea; a los 35 años úlcera simple del glande. Enfermedad actual: Data de hace tres años con dolores localizados en el hipocondrio derecho sobre la intersección del reborde costal y de la línea maria, irradiados al hombro derecho y al dorso. A veces vómitos alimenticios. Estos dolores eran acompañados de ictericia y decoloración de las materias fecales, se repetían con frecuencia hasta hace dos años en que curó con un tratamiento médico. Hace un año aparecieron nuevamente los dolores en el mismo sitio, con vómitos, ictericia y constipación pertinaz. Operación: 3, VII, 17. Dr. Lenzi. (Anest. intraraquídea novocaína 0.10, se termina con cloroformo). Ulcera indurada, cicatricial de la porción yuxta-pilórica, muy adherente; del tamaño de una moneda de 10 cts.; pericolecistitis. G. E. P. de von Hacker. Curado.

Observación 41. N.º de Matrícula: 103.849. — M. E., argentino, 33 años, comerciante, casado. Entrada: 7, XII, 16. Salida: 13, IX, 17. Antecedentes: A los 7 años: sarampión, blenorragia a los 18 años; a los 27 años: apendicitis, y poco tiempo después pleuresia derecha. Enfermedad actual: Desde hace mucho tiempo sufre trastornos digestivos. En el mes de Mayo último, tuvo fuertes dolores epigástricos sin localización especial que aparecían después de las comidas, con pirosis, eructos y vómitos alimenticios sin sangre muy abundantes que persistieron durante 3 a 4 días; estos síntomas se repetían con intervalos de 15 a 20 días, durante los cuales persistían dolores vagos en el estómago con anorexia y pesantez gástrica. La ingestión de alimentos aumentaba los dolores. No ha tenido melenas. Abdomen: se percibe clapoteo gástrico. Análisis de jugo gástrico: H. Cl. libre: 1.89; combinado: 1.05; de fermentación: 0.21; acidez total: 3.15; a. láctica: sí; sangre: no. Con tratamiento médico es dado de alta el 23, XII, 16; ingresa nuevamente el 13, VII, 17, habiéndole aparecido la sintomatología anterior a los 20 días de egresar del hospital. Hace 7 días tuvo varios vómitos seguidos de 2 abundantes hematemesis. Operación: 28, VIII, 17. Dr. Caliguri. (Anestesia intraraquídea novocaína 0.12 etg.) Gastrestacia, peripiloritis, úlcera situada sobre la cara anterior del antro pilórico. G. E. P. de von Hacker. Curado.

Observación 42. N.º de Matrícula: 104.026. — L. C., español, 29 años, empleado, soltero. Entrada: 28, VIII, 17. Salida: 5, X, 17. Antecedentes: a los 18 años reumatismo poliarticular agudo. Enfermedad actual: Se inicia hace dos años, con dolores intensos y ardores gástricos, que le aparecen después de las comidas, acompañados de eructos y pesantez gástrica, sin vómitos. Ha disminuído 10 kilos de peso. Análisis de jugo gástrico: H. Cl. libre: no hay; de fermentación: 0.28; combinado 0.86; a. total: 1.14; a. láctico: exist.; sangre: no. Líquido de retención: 35 c. c., analizado da: acidez total: 0.54; a. láctico: trazas. Sangre en las heces: no. Operación: 13, IX, 17. Dr. Caliguri. (Anestesia intraraquídea novocaína 0.06, se termina con cloroformo 20 grs.). Estómago dilatado con perigastritis, úlcera sobre la cara anterior. G. E. P. de von Hacker. Curado.

Observación 43. N.º de Matrícula: 104.197. — W. E., inglés, 37 años, comerciante, casado. Entrada: 12, IX, 17. Salida: 24, X, 17. Antecedentes: En la infancia sarampión y viruela; a los 18 años: neumonía; varias veces: blenorragia; a los 32 años: úlcera del glande con infarto ganglionar, sin manifestaciones secundarias. Enfermedad actual: Se inicia hace varios años con dolores que sobrevienen después de las comidas, seguidas a veces de vómitos alimenticios. Muy cons-

tipado. Apetito conservado. Desde hace varios días nota sangre en sus deposiciones. Ha disminuído varios kilos de peso. Examen radioscópico: La gran curvadura se nota a dos traveses de dedo por encima del pubis; contracciones lentas,, se nota resistencia pilórica al pasaje del Bi. Análisis del jugo gástrico: H. Cl. libre: 1.08; combinado: 0.72; a. total: 2.16. Reacción de Wassermann: negativa. Sangre en las heces: negativa. Operación: 28, X, 17. Operador: Dr. Lenzi. (Anestesia intraraquídea novocaína 0.10 etg). Ulcera del antro pilórico. G. E. P. de von Hacker. Curado.

Observación: 44. N.º de Matrícula: 105.228. — L. A. 53 años, italiano, casado, agricultor. Entrada: 18, XII, 17. Salida: 6, I, 18. Antecedentes: operado hace 10 años de hidrocele, sufre desde hace varios años de trastornos gástricos. Enfermedad actual: Hace un mes deposiciones sumamente oscuras que llaman la atención del enfermo, que se repiten varias veces en el mismo día, en que es acometido de un desfallecimiento súbito, vértigo, enfriamiento y palidez; se repiten de nuevo al día siguiente, no volviendo a repetirse hasta la fecha. No ha tenido vómitos, apetito conservado, dolores gástricos que se calmaban con la ingestión de alimentos. Ha disminuído 11 kilos de peso. A la palpación dolorosa y resistente la región epigástrica en la línea mediana. Operación: Dr. Lenzi. 21, XII, 17.

(Anest. intraraquídea novocaína 0.12). Estómago dilatado, úlcera de la gran curvadura con perigastritis, adherente al colón transverso. G. E. P. de von Hacker. Curado.



Observación 45. N.º de matrícula 105.768. — C. D., 48 años, argentino, casado, empleado. Entrada: 9 de enero de 1918. Salida: febrero 15 de 1918. Antecedentes: Sin importancia. Enfermedad actual: Se inicia hace 15 años con trastornos gástricos, que han ido aumentando hasta la fecha, dolores en el epigastrio, eructos ácidos y a veces vómitos. Sometido a tratamiento médico y dietético sin resultados. Ha disminuído varios kilos de peso. Epigastrio, doloroso a la palpación, percibiéndose clapoteo, y un pequeño tumor hacia la pequeña curvadura. Estómago descende un través de dedo por debajo del ombligo. Análisis del líquido de retención: H. Cl. libre: 0.35; de fermentación: 0.56; combinado: 0.70; a total: 1.61. A. láctico: abundante. Albúmina, sangre y peptona: positivo.

Comida de prueba: H. Cl. libre: 0.91; de fermentación: 0.49; combinado: 0.20; total: 1.96. Albúmina, a. láctico y peptonas: positivo. Sangre: negativo. Reacción de Wassermann: débilmente positiva. Se instituye tratamiento específico. Sangre en las heces: negativa. Operación: Dr. Lenzi. Febrero 27 de 1918. (Anestesia: cocaína local). Laparotomía mediana su-

praumbilical: estómago grande, infiltración indurada que invade la pequeña corvadura y cara posterior, ganglios en la gran corvadura, adherencias con el colon transverso. Pílorogastrectomía que toma las dos terceras partes del estómago; G. E. P. de von Hacker. Examinada la pieza se halla una úlcera perforada de la pequeña corvadura. Análisis anatómopatológico: lesiones de esclerosis sífilítica. Curado.



Observación 46. N.º de matrícula: 106.038. — L. E., 40 años, argentino, casado, empleado. Antecedentes personales: A los 25 años reumatismo poliarticular. Enfermedad actual: Hace tres años que se inicia con dolores en el epigastrio, que sobrevienen de dos a tres horas después de las comidas, acompañados de eructos ácidos, vómitos y abundante ptialismo. Apetito conservado. Ha disminuído 10 kilos en un año. Últimamente ha tenido vómitos color borra de café, siendo más frecuentes por la noche. Dolor espontáneo y a la paspación en el epigastrio, resistencia muscular. Operación: Dr. Caliguri. Marzo 8 de 1918. (Anestesia intrarraquídea: novocaína: 0.10). Úlcera de pequeña corvadura, fibrosa, adherente y extendida sobre la cara anterior y posterior del estómago. Gastrectomía tomando la casi totalidad de la pequeña corvadura. G. E. P. de von Hacker. Análisis anatómopatológico: Ulcus calloso. Curado.

Observación 47. N.º de matrícula: 100.002. — L. V., 40 años, italiano, soltero, albañil. Entrada: Abril 29 de 1918. Salida: Junio 30 de 1918. Antecedentes personales: A los 13 años, paludismo; a los 2 años, hemorragia, adenitis inguinal supurada, úlcera del glande, seguida de manifestaciones sifilíticas secundarias. Fumador y bebedor. Enfermedad actual: Se inicia hace 3 meses con dolores en el epigastrio e hipocondrio derecho y que se irradian al hombro y región lumbar del mismo, los cuales sobrevienen tres horas después de las comidas, terminando una hora después por el vómito espontáneo o provocado. Constipado. Ha disminuído de peso. A la palpación se percibe clapoteo estomacal, no siendo dolorosa. Examen radioscópico: La mancha del Bi. se observa a 4 traveses de dedo por debajo del ombligo, pasando con suma dificultad al duodeno. Análisis de sangre en las heces: Negativa. Reacción de Wasserman: positiva, se efectúa tratamiento mercurial sin resultado. Análisis líquido de retención gástrica: Acidez total: 1.47; H. Cl. libre: 0.77; de fermentación: 0.21; combinado: 0.49. Sangre: No hay; peptonas y a. láctico: trazas. Comida de prueba: H. Cl. libre 1.19; fermentación 0.21; combinado 0.49; a. total: 1.21; peptona y a. láctico: positivo. Operación: Dr. Mazzini. Junio 15 de 1918. (Anestesia intrarraqúidea 0.08 centígramos de novocaína). Estómago grande, dilatado, con adherencias que unen su cara posterior al mesocolon transversal, píloro engrosado, rodeado de adherencias que lo unen al hígado y al co-


lon transverso, presentando cicatrices sobre sus caras anterior y posterior. G. E. P. de von Hacker. El plan inicial era completar la operación con una pilorectomía, pero el estado del enfermo la contraindica, negándose más tarde, a una segunda intervención. Curado.

Observación 48. N.º de matrícula: 106.535. — C. A., 31 años, italiano, empleado, casado. Entrada: Abril 17 de 1918. Salida: Julio 29 de 1918. Antecedentes: Asma esencial, desde hace dos años. Enfermedad actual: Data desde hace 8 meses con hiperclorhidria, náuseas y vómitos alimenticios, una hora después de las comidas. Hace 1 mes, fuertes dolores en el epigastrio y vómitos continuos, después de la ingestión de alimentos sólidos o líquidos. Muy constipado. Abdomen doloroso a la palpación en la región epigástrica. Examen radioscópico: La gran corvadura se halla a 4 traveses de dedo por encima del pubis. El Bi. pasa con dificultad, depositándose en el antropíloro. Reacción de Wassermann: Positiva. Se instituye tratamiento específico. Análisis de sangre en las heces: Negativo. Análisis de sangre: Gl. rojos: 4.200.000 blancos: 10.000; hemoglobina (Salli) 85; pol. neutr.: 67; eosinófilos: 2; linfocitos: 25; transición: 3. Líquido de retención gástrica: H. Cl. libre: ausente; combinado: 0.77; a. de fermentación: 0.49; a. total: 1.26;

a. láctico: existe; sangre: no. Análisis de jugo gástri-  
H. Cl. libre: 1.54; combinado: 0.44; de fermentación:  
0.35; a. total: 2.33; peptona, hemoglobina y a. láctico:  
negativos. Dos meses después da: H. Cl. libre: 1.47;  
combinado: 0.49; de fermentación: 0.21; a. total: 2.17;  
peptona y a. láctico: positivos; sangre: negativa. Ope-  
ración, Julio 11 de 1918: Dr. Mazzini. (Anestesia  
intrarraquídea, novocaína: 0.10 centigramos). Úlcera  
de la pequeña curvadura cercana al píloro y extendida  
hacia la cara anterior del estómago, fibrosa, blanque-  
cina, indurada, cicatricial. G. E. P. de von Hacker. Cu-  
rado.

Observación 49. N.º de matrícula: 107.116. — C. B.,  
34 años, comerciante, casado. Entrada: Junio 26 de  
1918. Salida: Julio 30 de 1918. Antecedentes: Bleo-  
rragia; buen bebedor y fumador. Enfermedad actual:  
Desde hace 5 años, sufre pesantez del estómago des-  
pués de las comidas, en ocasiones vómitos, muy cons-  
tipado. Hace unos 5 meses, estos síntomas se acompa-  
ñan de hiperclorhidria, ptialismo y dolores epigástri-  
cos, irradiados en cinturón, que terminan con vómitos  
alimenticios de 2 a 3 horas después de las comidas.  
Ha disminuído varios kilos de peso. Examen radios-  
cópico: Estómago hipotónico (Schlesinger); el B. pa-  
sa sin dificultad al duodeno. Abdomen doloroso a la  
palpación; se percibe clapotaje. No hay retención

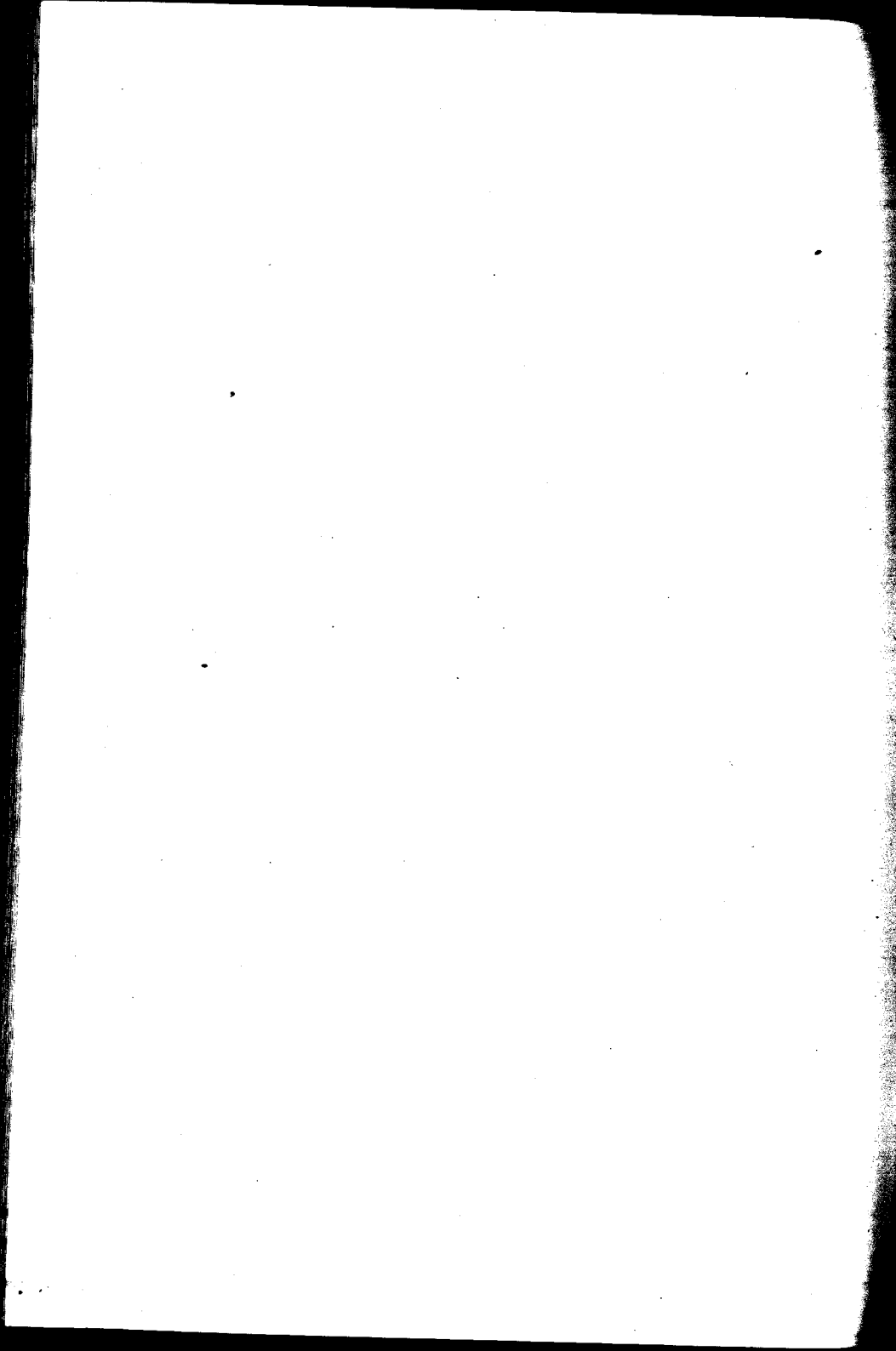
gástrica. Sangre en las heces: Negativa. Reacción de Wassermann: Negativa. Análisis del jugo gástrico: H. Cl. libre: 1.12; de fermentación: 0.28; combinado: 0.77; a. total: 2.17; peptona: positiva; a. láctico, hemoglobina: no hay. Operación, Julio 13 de 1918: Dr. Mazzini. (Anestesia intrarraquídea, 0.10: se termina con cloroformo). Sobre la cara anterior del pílboro, más extendida hacia el duodeno, se halla una cicatriz estrellada, blanquecina, fibrosa, del tamaño de una moneda de 10 centavos. G. E. P. de von Hacker. Curado.



### Úlceras Gástricas

Fecha de la operación	Nombre	SEXO	Diagnóstico Quirúrgico Úlcera de:	Procedimiento operatorio	Resultado	Nº de orden	Nº de matrícula
1909							
14—VII	M. G.	M	Piloro	Billroth II	Mejorado	1	68.140
29—IX	B. R.	M	Piloro	G.E.P. de von Hacker	Mejorado	2	69.039
1910							
4—VIII	E. C.	M	Piloro	„ „	Curado	3	72.297
1911							
4—X	P. S.	M	Piloro	„ „	Mejorado	4	77.970
1912							
9—I	F. Z.	M	Piloro	„ „	Curado	5	78.821
1914							
20—I	M. A.	F	Piloro	Billroth II	Curado	6	88.874
14—VII	A. G.	M	Piloro	G.E.P. von Hacker y exc. del pil.	Curada	7	90.593
12—V	C. G.	M	Piloro	G E.P. de von Hacker	Curado	8	90.371
11—V	C. L.	M	pequeña corvadura	„ „	Curado	9	90.409
27—VIII	P. M.	M	Piloro	„ y exclusión	Curado	10	91.454
23—V	P. A.	M	Peq. curv y biloc. gastr.	G. E. A.	Curado	11	90.363
23—V	R. F.	M	pequeña corvadura	Billroth II	Curado	12	90.312
1915							
26—I	P. G.	F	Piloro	G.E.P. de von Hacker	Curada	13	93.004
20—V	R. A.	M	Piloro	„ „	Curado	14	94.110
13—VI	M. R.	M	antro pilórico	„ „	Curado	15	94.004
3—VIII	A. G.	M	Piloro	„ „	Mejorado	16	95.018
12—VII	C. N.	M	Piloro	„ y exclusión	Curado	17	94.698
14—VII	D. R.	M	Piloro	G.E.P. de von Hacker	Muerte	18	94.834
1916							
27—I	T. G.	M	antro pilórico	„ „	Curado	19	97.256
18—V	B. E.	F	Piloro duodenal	„ „	Curada	20	98.564
27—V	M. P.	F	pequeña corvadura	„ „	Curada	21	98.599
20—VII	S. G.	F	„ „	„ „	Curada	22	99.075
21—VIII	C. G.	M	„ „	„ „	Curado	23	99.732
4—VIII	A. C.	M	antro pilórico	„ „	Curado	24	99.609
19—VII	P. T.	M	Piloro	„ „	Mejorado	25	99.174
14—VII	T. F.	M	Piloro	„ „	Curado	26	99.262
16—VIII	B. E.	M	antro pilórico	„ „	Curado	27	99.607
5—IX	V. L.	F	„ „	„ „	Curada	28	99.658
8—XI	B. A.	M	pequeña corvadura	„ „	Curado	29	100.538
1—XI	L. A.	M	„ „	Billroth II	Curado	30	100.539
13—VI	C. L.	M	„ „	G.E.P. de von Hacker	Curado	31	98.732
1917							
9—I	C. P.	M	antro pilórico	„ „	Curado	32	101.472
15—II	B. P.	M	pequeña corvadura	„ „	Curado	33	101.739
14—VI	B. M.	M	Piloro	„ y exclusión	Mejorado	34	101.072
24—VI	G. A.	M	Piloro	G.E.P. de von Hacker	Curado	35	102.624
26—III	S. E.	M	pequeña corvadura	„ „	Curado	36	102.427
7—IV	V. V.	M	Piloro	„ „	Curado	37	102.265

Fecha de la operación	Nombre	Sexo	Diagnóstico Quirúrgico	Procedimiento operatorio	Resultados	N° de orden	N° de matrícula
			Úlcera de:				
1917							
27—VI	C. A.	M	Piloro	G.E.P. de von Hacker	Curado	38	102.910
3—VII	C. M.	M	pequeña corvadura	„ „	Curado	39	103.227
3—VIII	C. A.	M	antro pilórico	„ „	Curado	40	103.708
13—VIII	M. E.	M	„ „	„ „	Curado	41	103.849
28—VIII	L. C.	M	cara anterior	„ „	Curado	42	104.026
12—IX	W. E.	M	cara anterior	„ „	Curado	43	104.197
26—XII	L. A.	M	gran corvadura	„ „	Curado	44	105.228
1918							
27—II	C. E.	M	pequeña corvadura	„ y gastrectomía <sup>2</sup> / <sub>3</sub>	Curado	45	105.768
8—III	L. E.	M	„ „	Billroth II	Curado	46	106.038
15—VI	L. V.	M	Piloro	G.E.P. de von Hacker	Curado	47	107.002
11—VII	C. A.	M	pequeña corvadura	„ „	Curado	48	106.535
13—VII	C. B.	M	Piloro	„ „	Curado	49	107.116



### **Úlceras duodenales**

Observación 1. N.º de matrícula: 68.446. — P. F., 61 años, italiano, casado, cochero. Entrada Julio 28 de 1909. Salida: Agosto 13 de 1909. Antecedentes: Hemorragia a los 59 años, gran bebedor. Enfermedad actual: Se inicia hace 4 años con dolores punzantes en el epigástrico con irradiaciones hacia la espalda, eructos ácidos después de las comidas; a pesar de un régimen, estos síntomas persistieron durante 3 años, después de los cuales tuvo un período de acalmia, hasta hace un mes en que se iniciaron de nuevo acompañados de eructos, regurgitaciones ácidas y vómitos alimenticios muy abundantes, que en estos últimos días han tomado el aspecto de borra de café. Constipado. Ha disminuído 7 kilos de peso en 2 meses. Examen radioscópico: Se observa el estómago: su límite inferior a tres dedos por encima del pubis. (Ver esquema). Líquido de retención: 1.500 gramos, ácido de color ver-

dos, con mucho sedimento. Análisis del jugo gástrico: H. Cl. libre: 0.839; combinado: 1.168; total: 2.007; a. orgánica: 0.109; total: 2.007; a. láctico: no hay. Albúminas, peptonas y propeptonas. Operación, julio 31 de 1909: Dr. Marino. Úlcera pilórica indurada que se extiende a la primera porción del duodeno, adherencias con la vesícula biliar. Curado.

Observación 2. N.º de matrícula: 79.995. — M. M., 46 años, italiano, vendedor ambulante, casado. Entrada: Febrero 3 de 1912. Salida: Febrero 20 de 1912. Antecedentes: Siempre sano. Enfermedad actual: Sufre desde hace tres años de ardores del estómago que se calman con la ingestión de alimentos, vómitos líquidos muy ácidos que sobrevienen de 2 a 3 horas después de las comidas. Muy constipado, debiendo recurrir a enemas o purgantes. Ha notado desde hace pocos días gran cantidad de sangre coagulada en las deposiciones. Ha disminuído de peso. Al examen radioscópico, se nota la gran corvadura a 4 traveses de dedo por debajo del ombligo. Líquido de retención: 1.500 gramos, con mucus, filante, de olor butírico, color café claro, con restos alimenticios. Análisis del jugo gástrico: H. Cl. libre: 1.423; combinado: 0.958; a. total: 2.48. Albúmina, glucosa, amido, peptonas: sí; sangre: no. Sangre en las materias fecales: Positiva. Operación, Febrero 7 de 1912: Dr. Marino. (Anestesia

intrarraquídea, novocaína 0.15). Úlcera de la primera porción del duodeno adherente a la cabeza del páncreas. G. E. P. de von Hacker. Curado.

~~~~~

Observación 3. N. ° de matrícula: 81.000. — P. G., 35 años, argentino, empleado, casado. Entrada: Abril 18 de 1912. Salida: Mayo 12 de 1912. Antecedentes: Sarampión, gonorrea, úlcera del glande y adenitis supurada. Enfermedad actual: Se manifiesta desde hace 5 años, por dolores localizados en la región hepática. No ha tenido ataques de cólico hepático, a la palpación la vesicular biliar dolorosa y aumentada de volumen. Operación, Abril 26 de 1912: Dr. Lenzi. (Anestesia intrarraquídea, novocaína 0.15). Úlcera de la primera porción del duodeno, adherente a la vesícula biliar se seccionan las adherencias que unen al duodeno y el píloro a la vesícula y al cístico. G. E. P. de von Hacker, con botón de Murphy. Curado.

~~~~~

Observación 4. N.° de matrícula: 82.684. — R. G., 31 años, italiano, carrero, soltero. Entrada: Septiembre 9 de 1912. Salida: Octubre 30 de 1912. Antecedentes: Apendicitis que fué operada. Enfermedad actual: Se inicia hace 5 años, con fuertes gastralgias que duraban varias horas, dolores punzantes en el epi-

gastro, localizados en la región pilórica, dolor que se calmaba con los vómitos. Muy constipado. A la palpación resistente la región epigástrica. Operación, Noviembre 7 de 1912: Dr. Lenzi. (Anestesia intrarraquídea, novocaína 0.15). Úlcera indurada con proceso inflamatorio, adherente a la primera porción del duodeno. G. E. P. de von Hacker, con botón de Murphy. Muy mejorado.



Observación 5. N.º de matrícula: 88.664. — M. G., 33 años, italiano, soltero, empleado. Entrada: Diciembre 13 de 1913. Salida: Enero 19 de 1914. Antecedentes: A los 21 años, úlcera simple del glande. Enfermedad actual: Data desde hace 10 años que se manifiesta por pérdida del apetito, pesantez de estómago y malestar general después de las comidas. Ha tenido intervalos de varios meses sin sentir molestia alguna. Hace 40 días se inician nuevamente con temperatura, cefaleas y vómitos. Estómago muy dilatado transversalmente y el límite inferior a 3 traveses de dedo por debajo del ombligo. Operación, Diciembre 31 de 1913: Doctor Marino. (Anestesia intrarraquídea, novocaína 0.15). Úlcera de la primera porción del duodeno. G. E. P. de von Hacker. Curado.



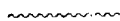
Observación 6. N.º de matrícula: 84.560. — D. G., italiano, 43 años, casado, empleado. Entrada: Enero 29 de 1913. Salida: Marzo 15 de 1913. Antecedentes: A los 13 años, difteria; a los 27 años, gonorrea; a los 31 años, úlcera específica con infarto ganglionar. Regular bebedor y fumador. Enfermedad actual: Hace siete meses que sufre de dolores en el epigástrico irradiados a los hipocondrios, dolor que se exacerba antes de las comidas y se calma con la ingestión de alimentos. Eruptos ácidos. Vómitos líquidos matinales, como borra de café, espumosos y sin restos alimenticios. Estómago dilatado, a 3 traveses de dedo por debajo del ombligo. Líquido de retención: 100 c. c. Su análisis da: H. Cl. libre: rastros; a. total: 0.28; a. láctico: no; sangre: sí. Análisis del jugo gástrico: H. Cl. libre: 0.730; a. total: 2; combinado: 1.27; glucosa y peptonas: sí; sangre: no. Análisis de sangre en las materias fecales: negativa. Reacción de Wassermann: negativa. Diagnóstico clínico: Estenosis pilórica sífilítica. Tratamiento específico y sintomático. Sale curado del hospital. Para ingresar nuevamente un año después, el 18 de Enero de 1914, bajo el número de matrícula 88.979, con la misma sintomatología de la vez anterior. El examen radioscópico denota el límite inferior del estómago a 3 traveses de dedo por debajo del ombligo, 4 traveses a la derecha y 5 a la izquierda. Análisis del jugo gástrico: H. Cl. libre: 0.94; combinado: 1.24; a. total: 2.10; a. láctico: escaso; sangre: no. Operación, Enero 14 de 1914; Dr. Marino.

(Anestesia intrarraquídea, novocaína 0.15). Perigastritis. En el duodeno se hallan dos úlceras del tamaño de una moneda de 5 centavos, al borde de la vena pilórica, con adherencias al hígado y a la vesícula biliar. Pílorogastrectomía. G. E. P. de von Hacker. En los 8 centímetros extirpados se observan dos úlceras sobre la cara anterior. Muerte el 27 de Enero de 1914, con una gran hematemesis y abundante melena.



Observación 7. N.º de matrícula: 89.033. — G. P. G., portugués, 29 años, casado, electricista. Entrada: Enero 12 de 1914. Salida: Febrero 16 de 1914. Antecedentes: A los 8 años sarampión, a los 18 viruela. Enfermedad actual: Se inicia hace 4 años con dolores en la región epigástrica, que aparecen a las dos horas de ingerir cualquier alimento, eructos ácidos y vómitos a la hora de las comidas. Con estos síntomas ingresa en este hospital, hace dos años con el N.º 81.060, y se constata un estómago dilatado que sobrepasa 4 dedos por debajo del ombligo. Examen de sangre en las heces: Negativo. Análisis del jugo gástrico: H. Cl. libre: 0.292; combinado: 0.803; a. total: 1.095. Con el tratamiento médico mejora y es dado de alta, curado el 4 de Junio de 1912. Ingresa con la misma sintomatología de la vez anterior: estómago dilatado, llegando a 5 dedos por debajo del ombligo, se observan contracciones peristálticas. Análisis del jugo gástrico: H. Cl.

libre: 0.66; combinado: 1.20; a. total: 2.14; a. láctico, albúmina, glucosa y peptona: sí; sangre: no. Operación, Enero 29 de 1914: Dr. Marino. (Anestesia intrarraqúidea, novocaína 0.15). Ulcera sobre la cara posterior de la primera porción del duodeno, adherencias peripilóricas, ganglios infartados del mesenterio, peritoneo congestionado. G. E. P. de von Hacker, con exclusión subserosa del píloro. Ha aumentado 4 kilos de peso. Curado.



Observación 8. N.º de matrícula: 91.031. — B. C., 44 años, francesa, casada. Entrada: Julio 6 de 1914. Antecedentes: Sarampión en la infancia, a los 12 años varicela. Regló a los 14 años, casada a los 17 años, ha tenido un parto prematuro que fallece al mes de meningitis; ha tenido tres abortos de 2 meses. Ha sufrido a intervalos, de dolores epigástricos y de ciática del lado izquierdo. Tratamiento mercurial: 80 fricciones. Enfermedad actual: Se inicia hace un año con dolores epigástricos que desde hace 4 meses atrás se han hecho continuos, se inician de 2 a 3 horas de haber ingerido alimentos sólidos o líquidos. Frecuentemente vómitos ácidos, amarillentos. Inapetencia. Constipada. Examen radioscópico: El límite inferior del estómago llega hasta la línea bilíaca superior. La paspación denota dolorosa la región epigástrica. Análisis del líquido de retención gástrica: Líquido alcalino, existe a.

láctico y albúmina. Análisis del jugo gástrico: H. Cl. libre: 0.54; a. total: 1.46. Operación, Julio 29 de 1914: Doctor Marino. (Anestesia intrarraquídea, novocaína 0.15). Úlcera cicatrizada del duodeno, vecina a la vena que costea en unos 5 centímetros, proceso adhesivo peripilórico. G. E. P. de von Hacker. Curada.

Observación 9. N.º de matrícula: 93.064. — G. S., 35 años, italiano, casado, peón. Entrada: Enero 26 de 1915. Salida: Febrero 23 de 1915. Antecedentes: A los 27 años, fiebre gástrica. Buen bebedor y fumador. Enfermedad actual: Hace unos 20 días qua tuvo un fuerte dolor en la región de la vesícula biliar, que le duró por espacio de 5 días, sin tener vómitos ni fiebre; constipación pertinaz. Vomitaba todo lo que ingería, alimentos sólidos o líquidos. Ha disminuído 16 kilos de peso en 2 meses. Actualmente la vesícula biliar, dolorosa a la palpación. Resistencia de la pared abdominal a nivel del borde externo del recto derecho en su parte superior, y muy dolorosa. Reacción de Wassermann: Positiva. Operación, Febrero 9 de 1915: Doctor Marino. (Anestesia intrarraquídea, novocaína 0.15). Úlcera de la primera porción del duodeno, se investiga vesícula biliar y se efectúa una enterotomía. G. E. P. de von Hacker. Curado.

Observación 10. N.º de matrícula: 94.444. — L. M., 25 años, italiano, soltero, peluquero. Entrada: Junio 6 de 1915. Salida: Julio 24 de 1915. Antecedentes: A los 25 años: malaria. Gran bebedor. Enfermedad actual: Hace 5 años que se inicia con fuerte hiperclorhidria que para calmarla ingería alimentos o alcalinos. Actualmente dolor intenso en la parte media de una línea que desde el ombligo se dirige al reborde costal sobre la línea mamaria; este dolor aparece 2 a 3 horas después de las comidas, irradiándose al dorso, colocándose en posición ventral se calman los dolores. Constipado. Estómago: Doloroso en la línea media en su parte superior, se percibe clapoteo. Al examen radioscópico se nota la gran corvadura a 4 traveses de dedo por debajo del ombligo. Líquido de retención: 20 c. c. de color amarillo bilioso. Su análisis: H. Cl. libre: 1.80; combinado: 2.1; a. total: 4.4; sangre: no. Análisis del jugo gástrico: H. Cl. libre: 2.80; combinado: 1.44; acidez total: 6.2; albúmina: sí. Sangre en las materias fecales: Positiva. Operación, Junio 16 de 1915: Dr. Marino. (Anestesia intrarraquídea, novocaína 0.15). Ulcera de la pared anterior de la primera porción del duodeno, adherente a la vesícula biliar, infiltración de las paredes de ambos órganos, serosa congestionada. G. E. P. de von Hacker, con exclusión prepilórica subserosa. Examen radiológico: El 10 de Julio de 1915, se nota la gran corvadura a un través de dedo por debajo del ombligo. El Bi. pasa rápida-

mente al intestino delgado. Enérgicas contracciones estomacales. Ha aumentado 8 kilos de peso. Curado.

---

Observación 11. N.º de matrícula: 94.872. — A. A., 31 años, portugués, soltero, comerciante. Entrada: Julio 3 de 1915. Salida: Agosto 14 de 1915. Antecedentes: Hemorragia, a los 19 años afección gástrica que duró 6 meses, con vómitos alimenticios. Enfermedad actual: Se inicia hace 2 años con malestar general, eructos ácidos, náuseas y vómitos que sobrevienen después de las comidas. Los vómitos constituidos de alimentos no digeridos y ha notado sangre en ellos. Muy constipado. Ha perdido 20 kilos de peso. Reacción de Wassermann: Débilmente positiva. Operación, Julio 31 de 1915: Dr. Marino. (Anestesia intrarraquídea, novacaína 0.15). Úlcera cicatricial sobre la pared anterior y superior de la primera porción del duodeno, infiltrada y retracción del meso-gástrico, adherencias que fijan el duodeno al páncreas. G. E. P. de von Hacker. Las adherencias impiden efectuar la exclusión pilórica. Curado.

---

Observación 12. N.º de matrícula: 95.384. — O. R., 54 años, italiano, casado, empleado. Entrada: Agosto 16 de 1915. Salida: Septiembre 5 de 1915. Antecedentes:

tes: A los 20 años blenorragia: sífilis. Enfermedad actual: Se inicia hace 3 meses con eruptos ácidos, dolores y pesadez de estómago después de las comidas; el dolor culmina 5 o 6 horas después, vómitos que cuando no eran espontáneos los provocaba y calmaban el dolor. Vómitos líquidos y con restos alimenticios, no digeridos. Constipado. Ha perdido 12 kilos de peso. Análisis del jugo gástrico: H. Cl. libre: 2.17; combinado: 0.46; a. total: 3.44; a. láctico, sangre: no hay. Operación, Agosto 21 de 1915: Dr. Marino. (Anestesia intrarraquídea, novocaína 0.15). Ulcera reciente, infiltrada de la primera porción del duodeno y del píloro, serosa opalescente, con reacción inflamatoria. G. E. P. de von Hacker. Curado.



Observación 13. N.º de matrícula: 96.146. — L. A., 33 años, italiano, soltero, comerciante. Entrada: Octubre 8 de 1915. Salida: Octubre 28 de 1915. Antecedentes: A los 13 años fiebre tifoidea. Enfermedad actual: Se inicia hace 6 años con dolores localizados en la zona pancreáticooduodenal, que sobrevienen 5 ó 6 horas después de las comidas, náuseas y vómitos. Con un tratamiento médico, mejoró. Hace 9 meses, reapareció la sintomatología anterior, pero con mayor intensidad. Ha perdido 10 kilos de peso. Constipado, con intervalos diarreicos. Operación, Octubre 14 de 1915: Doctor Lenzi. (Anestesia intrarraquídea, novocaína

0.10). Gastrectasia. Sobre la cara anterior de la primera porción del duodeno, úlcera cicatrizada que se extiende hacia el píloro. G. E. P. de von Hacker, con exclusión del píloro. Curado.



Observación 14. N.º de matrícula: 97.018. — M. C., 41 años, argentino, casado, agricultor. Entrada: Diciembre 15 de 1915. Salida: Enero 5 de 1916. Antecedentes: Hemorragia. Hace 8 meses fué operado de apendicitis y de tumor abdominal.

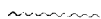
Enfermedad actual: Se inicia hace 4 meses con dolor y pesadez de estómago después de las comidas, desde hace 20 días tiene vómitos biliosos matutinos. Apetito conservado. Dolores generalizados a todo el abdomen en la defecación. Ha disminuído 12 kilos de peso. Región epigástrica dolorosa y a la palpación se percibe una tumefacción en su parte superior. Análisis del jugo gástrico: H. Cl. libre: 0.39; combinado: 1.08; a. total: 1.51; a. láctico: vestigios; sangre: no hay. Análisis de sangre: Gl. rojos: 4.800.000; blancos: 8.900; hemoglobina: 87; polineutrófilos: 62; cosinófilos: 1; linfocitos: 32; transición: 4. Operación, Diciembre 21 de 1915: Dr. Marino. (Anestesia intrarraquídea, novocaína 0.15). Úlcera cicatricial, sobre la cara anterior de la primera porción del duodeno, píloro descendido. Adherencias del colon transverso y del ciego con la cicatriz de la intervención anterior con

bridias epiploicas. G. E. P. de von Hacker, con exclusión del píloro. Curado.

~~~~~

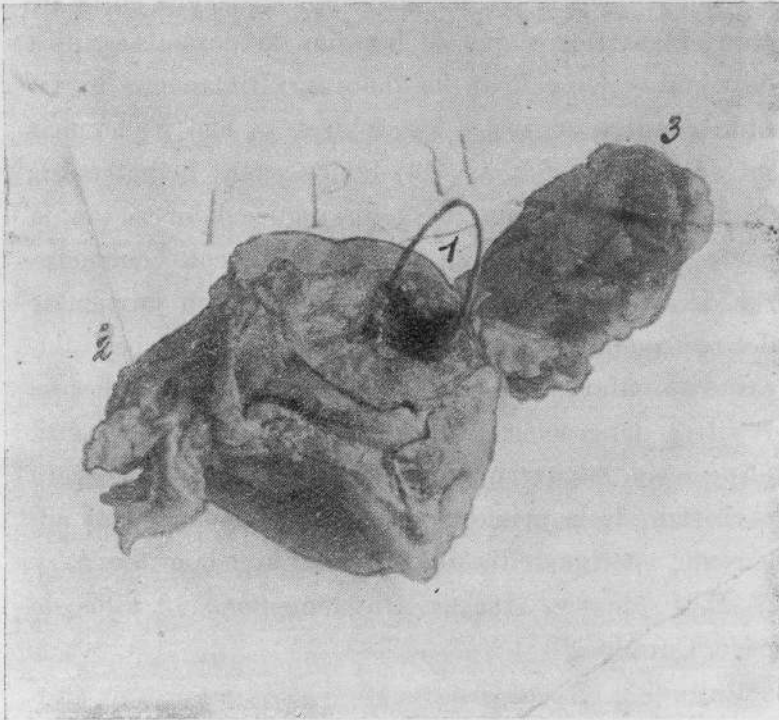
Observación 15. N.º de matrícula: 94.274. — C. E., 43 años, español, empleado, casado. Entrada: Mayo 2 de 1915. Salida: Julio 15 de 1915. Antecedentes: Siempre sano. Enfermedad actual: Se inicia hace 9 meses con fuertes dolores en el epigastrio que duraban 5 o 6 días, se calmaban con la ingestión de alcalinos y reaparecían con intervalos de 1 a 2 meses. Hace 10 días estos dolores han aumentado de intensidad irradiándose hacia el dorso. Constipado. Pérdida del apetito. Ha disminuído 5 kilos de peso. Al examen radioscópico el estómago se nota en su tamaño normal y el píloro es permeable. A la palpación el estómago es doloroso. Análisis de sangre: Gl. rojos: 3.200.000; blancos: 11.600; hemoglobina, 87; Pol. neutrófilos 72; eosinófilos: 4; transición: 3. Sangre en las heces: Negativa. Operación: Junio 15 1915: Dr. Lenzi. (Anestesia intrarraquídea, novocaína 0.10, se termina con cloroformo: 50 grs.) Úlcera de la pared posterior de la primera porción del duodeno, adherencia del tejido cicatricial que rodea a la úlcera en la cabeza del páncreas. Gastrectasia. Píloroduodenectomía. G. E. P. de von Hacker. La úlcera vista por la superficie interna es redondeada, con bordes irregulares, formados por la mucosa y muscular. Examen radiológico el 14 de Agosto de

1915, se observa el buen funcionamiento de la boca anastomótica. Movilidad estomacal, normal. Curado.



Observación 16. N.º de matrícula: 94.914. — B. B., 36 años, argentino, casado, comerciante. Entrada: Julio 12 de 1915. Salida: Agosto 7 de 1915. Antecedentes: Siempre sano. Enfermedad actual: Comienza hace 6 años con dolores, eructos y ardores gástricos después de las comidas, que los calmaba con la ingestión de líquidos. Estos síntomas eran intermitentes hasta hace 6 meses, que se intensificaron y se hicieron continuos, el dolor es punzante con irradiaciones hacia el dorso, eructos muy ácidos y vómitos, a veces de color marrón. Muy constipado. Estómago dilatado. Se nota al examen radioscópico, restos de Bi. de un examen hecho 14 días antes; la gran curvatura llega a 3 centímetros sobre el pubis. Fuertes contracciones estomacales, pero el Bi. no logra vencer al esfínter pilórico. Sangre en las heces: Positiva. Análisis del jugo gástrico: H. Cl. libre: 0.72; combinado: 1.08; a. total: 2.16; albúmina: sí; a. láctico y sangre: no. Análisis de sangre: Gl. rojos: 4.500.000; blancos: 6.700; hemoglobina: 79; polineutrófilos: 51; eosinófilos: 9; linfocitos: 17; transición: 7. Operación, Julio 20 de 1915: Doctor Lenzi. (Anestesia intrarraquídea, novocaína 0.15). Gastrectasia. Úlcera cicatrizada de la pequeña curvatura, con retracción del estómago, por lo cual el píloro

está casi completamente obstruído. Úlcera sobre el píloro que se extiende hasta la primera porción del duodeno. Peripiloritis con fuertes adherencias. Existen



Observación 17 N<sup>o</sup>. de matrícula: 98 178

Gastro duodenectomía por úlcera de la primera porción del duodeno. 1. Úlcera perforada. 2. Estómago. 3. 1<sup>a</sup>. Porción del duodeno. Operador Dr. Lenzi.

ganglios. G. E. P. de von Hacker, con exclusión del píloro. Se constata a la radioscopia (Agosto 6 de 1915), el perfecto funcionamiento de la boca anastomótica. Curado.

Observación 17. N.º de matrícula: 98.178. — T. G., 28 años, argentino, casado, comerciante. Entrada: Marzo 28 de 1916. Salida: Mayo 12 de 1916. Antecedentes: Hemorragia, sífilis. Comienza con dolores 3 a 4 horas después de las comidas, localizados en la región epigástrica y que se irradian al dorso, seguidos de vómitos que calman los dolores, últimamente ha tenido vómitos negros y los dolores se han hecho más intensos. Hace 5 días ha tenido una hematemesis franca. La palpación halla un punto doloroso en la parte media de la línea xifumbilical, con contracturas de los rectos en su parte superior, en particular del recto derecho. Ha disminuído 14 kilos de peso durante su enfermedad. Análisis de sangre en las heces: Positiva. Operación, Marzo 30 de 1916: Dr. Lenzi. (Anestesia intrarraquídea, novocaína 0.12). Úlcera perforada de la primera porción del duodeno, muy adherente, perigastritis. Pílorogastroduodenectomía y G. E. P. de von Hacker. Ha aumentado 15 kilos de peso. Curado.

Observación 18. N.º de matrícula: 99.430. — I. A., 21 años, española, soltera. Entrada: Julio 17 de 1916. Salida: Agosto 15 de 1917. Antecedentes: En la infancia: sarampión y gastroenteritis. A los 12 años viruela, a los 20 años difteria, menstruó a los 16 años. Enfermedad actual: Se inicia hace 5 meses con dolores

en el epigastrio, después de la ingestión de alimentos líquidos o sólidos, con náuseas sin llegar al vómito. Frecuentemente sufre de cefaleas. Constipada, con períodos diarreicos. Anorexia. Ha disminuído 6 kilos de peso. Estómago doloroso a la palpación, no hay retención.

Examen radioscópico: La gran curvadura a 2 traveses de dedo por debajo del ombligo. Análisis del jugo gástrico: H. Cl. libre: 1.26; combinado: 0.65; a. total: 2.37; sangre y a. láctico: no. Operación, Julio 22 de 1916: Dr. Lenzi. (Anestesia intrarraquídea, novocaína 0.15, se termina con cloroformo, 25 gramos). Úlcera de la primera porción del duodeno, adherente a la vesícula biliar. G. E. P. de von Hacker; apendicectomía. Pocos días después de la intervención tiene una melena abundante. Análisis de materias fecales, (Julio 29 de 1916), da: Sangre en cantidad. Análisis de sangre, (Agosto 15): Gl. rojos: 2.250.000; blancos: 3.400; hemoglobina: 78; polineutrófilos: 78; eosinófilos: 5; linfocitos: 25; transición: 4. Ha aumentado 3 kilos de peso y es dada de alta curada. Se le indica tratamiento y vuelve al hospital el 30 de Agosto de 1916; en esta fecha el análisis de sangre, da: Gl. rojos: 3.700.000; blancos: 6.200; polineutrófilos: 53; eosinófilos: 21; (Bien caracterizados); linfocitos: 24; transición: 1.

Observación 19. N.º de matrícula: 100.564. — G. G., 58 años, italiano, casado, comerciante. Entrada: Octubre 14 de 1916. Salida: Noviembre 1 de 1916. Antecedentes: Siempre sano. Enfermedad actual: Hace 8 años que se inició, pero con un tratamiento médico ha tenido período en que se creía curado. Actualmente tiene la misma sintomatología de las veces anteriores, caracterizada por dolores en el epigástrico y en el hipocondrio derecho que se inician 3 a 4 horas después de las comidas, calmándose con la ingestión de alimentos o con el vómito espontáneo o provocado. Ha disminuído 16 kilos de peso en dos meses. Estómago doloroso a la palpación y se percibe en la parte superior de la línea media una tumefacción. Análisis del jugo gástrico: H. Cl. libre: 0.42; combinado: 0.79; a. total: 1.33; a. láctico: sí; sangre: no. Operación, Octubre 19 de 1916: Dr. Lenzi. (Anestesia intrarraquídea, novocaína 0.15). Estómago pequeño, píloro elevado por adherencias que lo unen a la cara inferior del hígado, y a la vesícula biliar; seccionadas las adherencias se expone la primera porción del duodeno que presenta una placa ulcerosa cicatrizada, rodeada de una zona indurada que hace cuerpo con el páncreas. El mesocolon y el epiplón retraído y con adherencias múltiples que repliegan el colon. El meso muy engrosado y la poca movilidad del estómago no aconsejan otra intervención que la liberación de las adherencias. Mejorado. En excelentes condiciones en Febrero de 1918.

Observación 20. N.º de matrícula: 100.583. — M. V., 21 años, soltero, italiano, agricultor. Entrada: Octubre 16 de 1916. Salida: Diciembre 8 de 1916. Antecedentes: Ha sido siempre sano. Enfermedad actual: Se inicia hace 18 meses con trastornos gástricos que a pesar de cortas mejorías, ha ido progresando, manifestándose por dolores continuos en el epigastrio, ardores y pesadez de estómago, náuseas y pirosis que aparecen una hora después de las comidas. Na ha tenido nunca vómitos ni hematemesis. Constipado. Al examen radioscópico se nota marcada hiperquinesia, el Bi. franquea el píloro con dificultad y se observa en el duodeno (primera porción), una zona oscura. Líquido de retención: a. láctico: sí; sangre: no. Análisis del jugo gástrico: H. Cl. libre: 0.63; combinado: 1.40; a. total: 2.31; a. láctico: sí; sangre: no. Sangre en las materias fecales: negativa. Análisis de sangre: Glóbulos rojos: 4.300.000; blancos: 8.000; hemoglobina: 75; neutrófilos: 65; eosinófilos: 2; linfocitos: 31; transición: 2. Operación, Septiembre 15 de 1916: Doctor Pini. (Anestesia intrarraquídea, novocaína 0.15). Gastrectasia. Píloro permeable, úlcera de la primera porción del duodeno, con proceso inflamatorio y periduodenitis. G. E. P. de von Hacker. Curado.



Observación 21. N.º de matrícula: 100.788. — R. B., 46 años, italiano, casado, agricultor. Entrada: Sep-

tiembre 2 de 1916. Salida: Enero 2 de 1917. Antecedentes: A los 18 años fiebre tifoidea. Enfermedad actual: Se inicia hace dos años con ardor y dolor en la región epigástrica de dos a tres horas después de las comidas, las cuales a veces las vomitaba, en otras sólo tenía vómitos biliosos. Deposiciones sanguinolentas. Ha disminuído mucho de peso hasta tres kilos por mes. Constipado. Análisis del jugo gástrico: Á. total: 0.35; a. láctico: sí; sangre: no. Líquido de retención gástrica: a. total: 0.21 a. láctico: sí; sangre en cantidad. Reacción de Wassermann: positiva. Análisis de sangre: Gl. rojos: 4.000.000; blancos: 7.500; hemoglobina: 65; polineutrófilos: 65; linfocitos: 64. Operación, Diciembre 6 de 1916: Dr. Lenzi. (Anestesia intrarraquídea, novocaína 0.15). Úlcera del duodeno adherente a la cara inferior del hígado. G. E. P. de von Hacker. El día siguiente de la intervención se declara una neumonía doble que termina con el enfermo, el 12 de Enero de 1917.



Observación 22. N.º de matrícula: 101.010. — N. S., 30 años, italiano, soltero, empleado. Entrada: Noviembre 19 de 1916. Salida: Enero 12 de 1917. Antecedentes: A los 4 años, erisipela; a los 20 años, blenorragia, que se repite cuatro meses después. Grippe. Ha sufrido de trastornos gastrointestinales. Siempre constipado. Enfermedad actual: Desde hace 8 días, siente

ardores en el estómago, con eruptos ácidos. La palpación denota la región hipogástrica dolorosa y contracturada. Ha disminuído varios kilos de peso. Líquido de retención: 20 c. c. Análisis del jugo gástrico: Comida de prueba: a. total: 4.34; de fermentación: 0.28; combinado: 2.20; libre: 2.24; a. láctico: trazas. Sangre en las heces: Negativa. Operación, Diciembre 27 de 1917: Dr. Pini. (Anestesia intrarraquídea, novocaína 0.12). Úlcera de la primera porción del duodeno. G. E. P. de von Hacker. Curado.

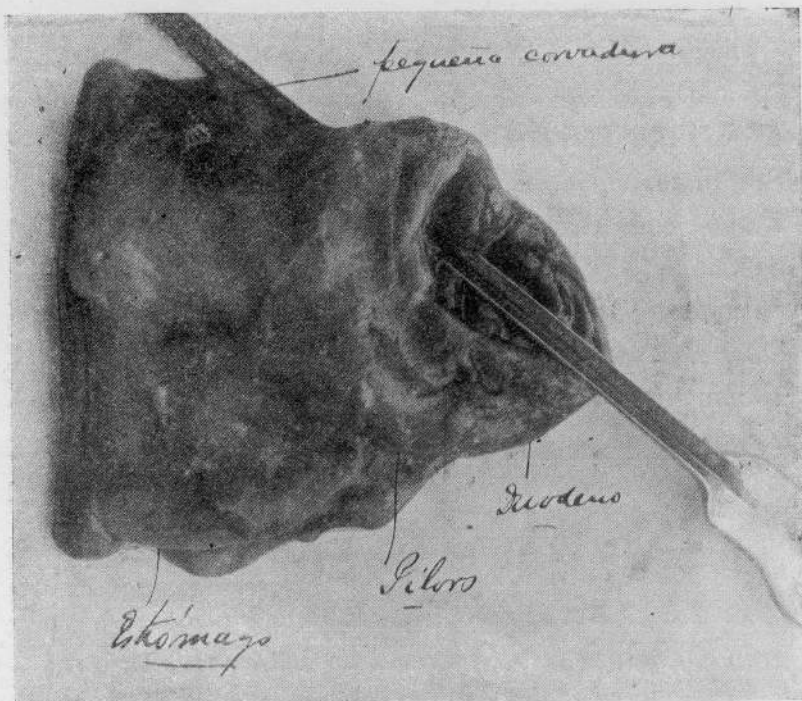
Observación 23. N.º de matrícula: 104.974. — S. C., 29 años, italiano, casado, mecánico. Entrada: Noviembre 26 de 1917. Salida: Diciembre 23 de 1917. Antecedentes: Siempre sano. Enfermedad actual: Se inicia hace un año con pirosis y eruptos ácidos que lo obligan a tomar alcalinos, hasta hace dos meses, en que aparecen dolores que se localizan en la región epigástrica, apareciendo dos horas después de las comidas y durando cerca de una hora. No ha tenido vómitos. Pérdida del apetito. Ha disminuído 12 kilos de peso. Constipado. Líquido de retención: 50 c. c. Examen radioscópico: Se nota la gran corvadura a 4 traveses de dedo por debajo del ombligo, a intervalos se nota mancha duodenal durante el pasaje del Bi. Análisis del líquido de retención: H. Cl. libre: 0.56; de fermentación: 0.35; total: 1.4; combinado: 0.49. Comida de prue-

ba, da: H. Cl. libre: 1.75; a. de fermentación: 0.56; combinado: 0.35; a. total: 2.59; a. láctico: trazas. Operación, Diciembre 12 de 1917: Dr. Gioia. (Anestesia intrarraquídea, novocaína 0.12). Úlcera de la primera porción del duodeno. G. E. P. de von Hacker. Curado.



Observación 24. N.º de matrícula: 105.797. — P. L., 34 años, argentino, casado, empleado. Entrada: Febrero 12 de 1918. Salida: Marzo 31 de 1918. Antecedentes personales: Sin importancia. Enfermedad actual: Principia hace tres meses con deposiciones diarreicas (3 a 4 diarias), y que duraban varios días, para repetirse con intervalos de una semana, dolorosa la región hipogástrica, una hora después de las comidas. Hace 4 días tuvo bruscamente un intenso dolor, agudísimo, que el enfermo localizó en el hipogastrio, el cual no duró más de 10 minutos, quedándole un ligero dolor generalizado a todo el abdomen especialmente en el lado derecho. Ha disminuído 8 kilos de peso. Estado actual: Sin temperatura. Vientre ligeramente meteorizado, doloroso a la percusión en el punto de Max Burney y en la zona pancreáticocolecística. Contractura muscular en el cuadrante superior derecho del abdomen. Hace 4 días que no mueve su vientre. Radioscopia: Pequeña corvadura a nivel del ombligo, el bismuto determina una pequeña mancha cerca del píloro. Análisis del jugo gástrico: Acidez to-

tal: 3.5; H. C. libre: 1.89; combinado: 1.33; de fermentación: 0.28. Operación, Marzo 6 de 1918: Dr. Mazzini. (Anestesia intrarraquídea, novocaína 0.10). Píloro



Observación 24. N.º. de matrícula: 105.797

Píloro gastrectomía y G. E. P. de von Hacker por úlcera perforada de la cara anterior del duodeno en su primera porción. La sonda indica el sitio de la perforación. Operador Dr. Mazzini.

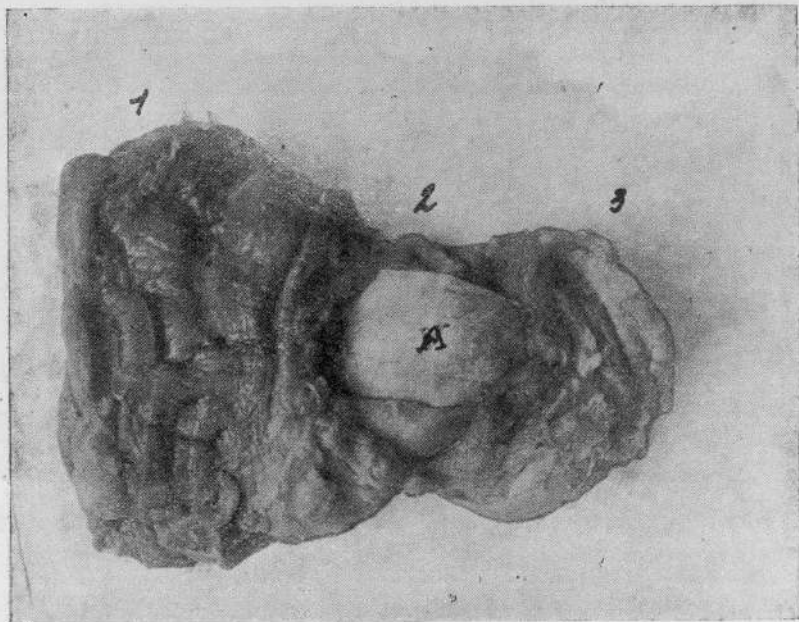
y primera porción del duodeno, inflamados, rodeados de adherencias recientes, sobre la cara anterior de la primera porción del duodeno, vecina al píloro, se halla una úlcera perforada. (Ver fotografía). Pílorogastrectomía y G. E. P. de von Hacker. Curado. Visto 3

meses después de la operación, en excelentes condiciones, habiendo aumentado 10 kilos de peso.



Observación 25. N.º de matrícula: 107.396. — V. L., 30 años, casado, oriental, empleado. Entrada: Junio 6 de 1918. Salida: Julio 24 de 1918. Antecedentes: Sin importancia. Enfermedad actual: Se inicia hace 7 años con trastornos gástricos y dolores en el epigastrio que persistían durante varios días, temiendo período de acalmia de 2 a 3 meses. No tenía hiperclorhidria, ni vómitos. Desde hace 5 meses sus trastornos se han intensificado, el dolor es más intenso, aparece una hora después de las comidas, acompañado de eructos, náuseas y vómitos alimenticios ácidos. Constipado. A la palpación abdomen doloroso y se percibe clapoteo en ayunas. Ha seguido tratamiento médico. Examen radioscópico: Estómago ptosado, la gran corvadura a dos traveses de dedo por debajo del ombligo. Reacción de Wassermann: Negativa. Análisis de sangre en las heces: Débilmente positiva. Retención gástrica: 200 c. c. Análisis: H. Cl. libre: ausente; de fermentación: 0.32; combinado: 1.61; a. total: 1.93; peptona y a. láctico: positivo; sangre: negativa. Análisis del jugo gástrico: H. Cl. libre: 2.16; de fermentación: 0.21; combinado: 0.42; a. total: 2.79; a. láctico y peptonas: existen; sangre: no. Operación, Junio 26 de 1918: Dr. Mazzini. (Anestesia intrarra-

quídea, novocaína 0.10). Tumor indurado que desde el píloro se extiende a la primera porción del duodeno, sobre toda la extensión de su cara posterior. G. E. P. de von Hacker y gastroduodenectomía, seccionando el



Observación 25 N°. de matrícula 107.396

Gastro duodenectomía y G. E. P. de von Hocker. por úlcera de la cara posterior del duodeno en su 1<sup>a</sup>. porción. A. trozo de algodón que ocupa la porción de la úlcera que por sus íntimas adherencias con el pancreás fué dejado in situ. 1. pequeña corvadura. 2. 1<sup>a</sup>. porción del duodeno. 3. 2<sup>a</sup>. porción. Operador Dr. Mazzini.

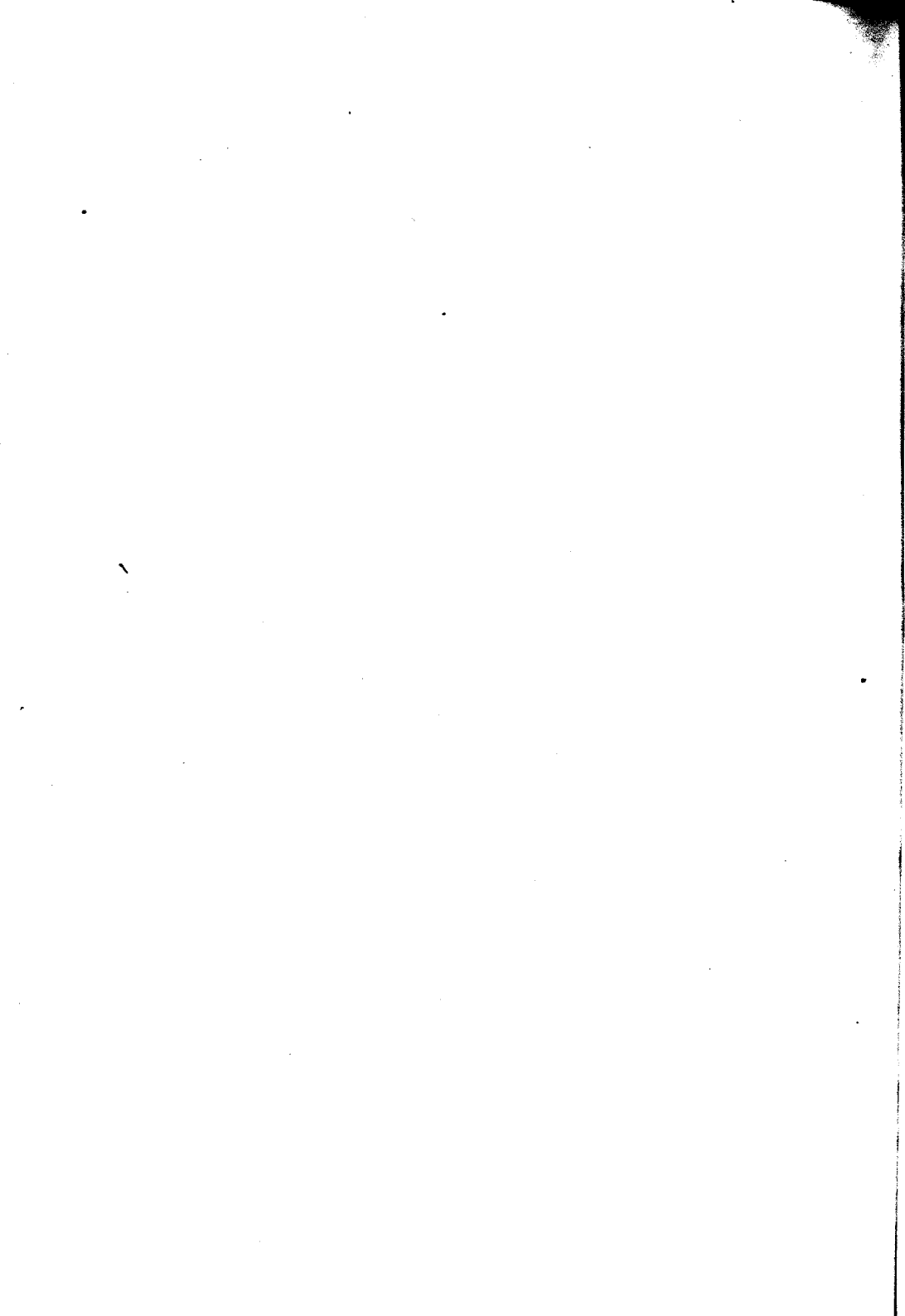
duodeno en su segunda porción. Por las íntimas adherencias del ulcus, cuya proceso escleroso invade la cabeza del páncreas, dando un nódulo del tamaño de un huevo de gallina, se deja in situ la porción de la ca-

ra posterior del duodeno correspondiente al úlcus, desprovistas de mucosa y muscular, quedando una superficie fibrosa del tamaño de un cobre de dos centavos, que se cauteriza ligeramente, drenaje a la Mikulicz, que se retira a los 7 días, postoperatorio: Normal. Curado:



Úlceras duodenales

| Fecha de la operación | Nombre   | Sexo | Diagnóstico Quirúrgico<br>Úlcera de la: | Procedimiento operatorio      | Resultados | Nº de orden | Nº de matrícula |
|-----------------------|----------|------|-----------------------------------------|-------------------------------|------------|-------------|-----------------|
| 1909                  |          |      |                                         |                               |            |             |                 |
| 31—VII                | P. F.    | F    | 1.ª porción                             | G.E.P. de von Hacker          | Curada     | 1           | 68.446          |
| 7—II                  | M. M.    | M    | "                                       | "                             | Mejorado   | 2           | 79.995          |
| 26—IX                 | P. G.    | M    | "                                       | "                             | Curado     | 3           | 81.000          |
| 7—X                   | R. G.    | M    | "                                       | "                             | Mejorado   | 4           | 82.694          |
| 1913                  |          |      |                                         |                               |            |             |                 |
| 31—XII                | M. G.    | M    | "                                       | "                             | Curado     | 5           | 88.664          |
| 1914                  |          |      |                                         |                               |            |             |                 |
| 14—I                  | D. G.    | M    | "                                       | Billroth II                   | Muerto     | 6           | 88.989          |
| 29—I                  | G.P.G    | F    | "                                       | G.E.P. von Hacker y exclusión | Curado     | 7           | 89.033          |
| 29—VII                | B. C.    | M    | "                                       | G.E.P. de von Hacker          | Curada     | 8           | 91.031          |
| 1915                  |          |      |                                         |                               |            |             |                 |
| 9—II                  | G. S.    | M    | "                                       | "                             | Curado     | 9           | 93.064          |
| 16—VI                 | Q. M.    | M    | "                                       | G.F.P. von Hacker y exclusión | Curado     | 10          | 94.444          |
| 31—VII                | A. A.    | M    | "                                       | G.E.P. von Hacker             | Curado     | 11          | 44.872          |
| 21—VIII               | O. R.    | M    | "                                       | "                             | Curado     | 12          | 95.384          |
| 14—X                  | P. L. A. | M    | "                                       | G.E.P. von Hacker y exclusión | Curado     | 13          | 96.148          |
| 21—XII                | M. C.    | M    | "                                       | "                             | Curado     | 14          | 97.018          |
| 15—VI                 | C. E.    | M    | "                                       | Billroth II                   | Curado     | 15          | 94.274          |
| 20—VII                | B. B.    | M    | 1.ª porción y peq. curv.                | G.E.P. von Hacker y exclusión | Curado     | 16          | 94.914          |
| 1916                  |          |      |                                         |                               |            |             |                 |
| 30—III                | T.G.G.   | F    | 1.ª porción                             | Billroth II                   | Curada     | 17          | 98.178          |
| 22—VII                | I. A.    | M    | "                                       | G.E.P. von Hacker             | Curado     | 18          | 99.430          |
| 19—X                  | G. G.    | M    | "                                       | Gastrelixis                   | Mejorado   | 19          | 100.564         |
| 15—XI                 | M. V.    | M    | "                                       | G.E.P. von Hacker             | Curado     | 20          | 100.583         |
| 6—XII                 | R. B.    | M    | "                                       | "                             | Muerto     | 21          | 100.788         |
| 27—XII                | M. S.    | M    | "                                       | "                             | Curado     | 22          | 101.010         |
| 1917                  |          |      |                                         |                               |            |             |                 |
| 12—XII                | S. C.    | M    | "                                       | "                             | Curado     | 23          | 104.974         |
| 1918                  |          |      |                                         |                               |            |             |                 |
| 6—III                 | P. L.    | M    | "                                       | Billroth II                   | Curado     | 24          | 105.797         |
| 26—V.I                | V. L.    | M    | "                                       | "                             | Curado     | 25          | 107.396         |



## Bibliografía

- 1.—Agote Luis. Úlcera gástrica y duodenal. Buenos Aires. 1916.
- 2.—Albrecht. Resultats des gastroenterostomies pour ulcère gastrique. *Yournal de Chirurgie*, pág. 181. 1911.
- 3.—Ach. Ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. *Archives Générales de Chirurgie*, pág. 443. 1912.
- 4.—Arias P. La gastroenterostomía como tratamiento de las úlceras rebeldes del estómago. Tesis, Buenos Aires. 1901.
- 5.—Arribillaga M. Tratamiento quirúrgico de la úlcera crónica del duodeno. Tesis. Buenos Aires, 1914.
- 6.—Aubone F. Úlcera crónica del estómago. Tesis. Buenos Aires. 1909.

- 7.—Auvray. Ulcère perforé du duodenum. Archives Générales de Chirurgie. Pág. 1322. 1913.
- 8.—Arce J. Dos casos de cirugía de estómago, gastroenterostomía de Roux y Pilolectomía de Kocher. Revista de la S. M. Argentina. Vol. VIII. pág. 1039. 1905.
- 9.—Brissard, Pinard, Reclus. Prat. med. chir. pág. 885.
- 10.—Begouin. Patología Chirúrgica. Vol. III. Pág. 327.
- 11.—Brenner. Zur Technik der G. E. Wiener Klinische-Wochenschrift. Vol. V. pág. 375. 1892.
- 12.—Braunn. Ueber G. E. und Gleichzeitig ausgeführt. Entero-anastomose. Arch. für Klin. Chir. Vol. XLV p. 361. Berlín. 1893.
- 13.—Baradoulina. Estrechez del duodeno consecutiva a úlcera. Journal de Chirurgie, pág. 82. 1911.
- 14.—Bevan, Moynihan, Mayo, Deaver. Asociación Americana de Cirugía. Revue de Chirurgie. Pág. 321. 1908.
- 15.—Blum.—Ulcera del duodeno. Semana Médica. Pág. 1335. 1912.
- 16.—Bourget et Roux. La gastroenterostomie. 1902.
- 17.—Bourget. Les indications et les resultats de la gastroenterostomie. 13er. Congres International de Médecine. 1901.
- 18.—Brenzier. Gastro-enterostomy. f. Chir. Pág. 1276. 1912.

- 19.—Burch. Traitement chirurgical des affections de l'estomac. *Journal de Chir.* pág. 172. 1912.
- 20.—Courvoisier. G. E. nach Wolfler ber inoperabilin Pylorus carcinom. *Tod. Centr. Bl. f. Chir.* Leipzig. N.º 49. Pág. 794.
- 20 (bis).—Copello M. Tratamiento de la perforación aguda de las úlceras del estómago y del duodeno. Tesis. Buenos Aires. 1915.
- 21.—Chlumsky. Veber die G. E. *Beitr. z. Klin. Chir.* T. XX. Pág. 231, 487. Tubingen. 1898.
- 22.—Codivilla. Contributo alla chirurgia gástrica. Bologna. *Revue de Gynec. et chirur. abdominal.* 1899.
- 23.—Chaillot G. Contribution a l'étude de la gastroenterostomie. Tesis. París. 1909.
- 24.—Chifoliau. Traitement de l'ulcère duodenal perforé. *Progrès Médical.* pág. 73. 1912.
- 25.—Delangre A. Indications operatoires dans les affections de l'estomac. Tesis. París. 1909.
- 26.—Dahlgren K. Contribution a la chir. des ulcères de l'estomac et du duodénum. *Journal de Chir.* pág. 186. 1909.
- 27.—Deaver J. Chir. de l'estomac. *Revue de Chir.* Pág. 996. 1909.
- 28.—Decoud D. La G. E. en la úlcera y cáncer del estómago. *La Semana Médica.* Pág. 343. 1907.
- 29.—Delageniere, Tuffier, Hartmann. Ulcera del duodeno. *Bull. et Mém. de la Sociéte. Chir.* Pág. 1066. París. 1910.
- 30.—Denoual M. Contribution a l'étude de la ulcère

- peptique du yeyunum consécutif a la G. E. Lyon. Chirur. pág. 799. 1909.
- 31.—Dénchan. Les suites éloignes de la gastroenterostomie. Tesis. París. 1907.
- 32.—Delagèniere. Ulcere du duodénum. Arch. Générales de Chirur. Pág. 314. 1911.
- 33.—Delore et Santy. Gastrectomie dans l'ulcère de l'estomac. Lyon Chirurg. N.º 3. 1914.
- 34.—Destot. Ulcère du duodénum. Arch. Génér. de Chirur. pág. 796. 1911.
- 35.—Destot y Berard. G. E. por úlceras de estómago. Revue de Chir. pág. 169. 1908.
- 36.—Down, Eliot, Peck, Blake. Ulcera perforada del duodeno. Soc. Cir. de Nueva York. Revue de Chirur. Pág. 706. 1908.
- 37.—Doyen E. Traitement chirur. des affections de l'estomac et du duodénum. París. 1895.
- 38.—Duplay y Reclus. Traité de Chirur. T. VI. pág. 501.
- 39.—Eliot Ellsworth. Tre Clinical features and treatment of acute perforating gastric and duodenal ulcer. Annals of Surgery, N.º 4, 5. 1912.
- 40.—Forgue. Patología externa. T. II. pág. 531. 1908.
- 41.—Finochietto E., Castex R. y Ceballos A. Revista de la Asociación Méd. Argentina. 1915.
- 42.—Froelich. Perforation d'un ulcère de l'estomac. Arch. Génér. de Chirur. 1911.
- 43.—Ferguson. Gastro-enterostomy. Zentralel. Chir. Pág. 1042. 1905.

- 44.—Galpern. Les résultats éloignés des interventions pratiques sur l'estomac pour affections benignes. *Journal de Chir.* 1911.
- 45.—Galli P. Indicaciones clínicas de la G. E. Tesis. Buenos Aires. 1907.
- 46.—Gosset. L'Ulcère peptique du yeyunum après G. E. *Rev. de Chirur.* pág. 54. 1906.
- 47.—Guyot. Ulcère du duodénum. *Arch. Génér. de Chirur.* Pág. 455. 1913.
- 48.—Gussenbauer et Winiwarter. *Archiv. für Klin. Chir.* t. XIX. Pág. 346. Berlín. 1876.
- 49.—Hartmann. *Travaux de Chir. anat. clin.* Pág. 204. 1903.
- 50.—Hartmann y Terrier. *Cirurgie de l'estomac.* 1899.
- 51.—Haasler. Véber G. E. *Archiv. für Klinische Chirurg.* t. XLV. Pág. 201. Berlín. 1893.
- 52.—Hoffmann. Notre expérience en chirurgie gastrique. *Journal de Chirur.* Pág. 711. 1911.
- 53.—Hartmann y Soupault. Les resulteds éloignes de la G. E. *Rev. de Chiru.* Pág. 149. 18.
- 54.—Yaboulau. *Arch. procine. de Chir.* Pág. 551. París. 1892.
- 55.—Yaboulay. À propos du traitement du cancer du pyloro. *Lyon Méd.* t. 77. pág. 414. 89.
- 56.—Keen. *The Surgery of the stomach.* Philadelphia *Journal.* tl. pág. 396. 1898.
- 57.—Keen W. *Tratado de patología y clínica quirúrgica.*
- 58.—Kieffer A. *Contribution a l'étude des complica-*

- tions de la G. E. et de moyens de la éviter. Tésis. París, 1903.
- 59.—Kocher. Die G. E. und ihre funktionell en Erfóti-ge Grenzge. Bd. Pág. 876. 1909.
- 60.—Kocher. Chirurgie opératoire. Pág. 304. 1904.
- 61.—Krynski. G. E. Posterior antecólica. Zentralbl. f. Chir. Pág. 729. 1912.
- 62.—Kocher A. Ulcère du duodénum. Arch. Génér. de Chirur. pág. 1191. 1912.
- 63.—Kuttner. Ulcère du duodénum. Arch. Génér. de Chirur. Pág. 1230. 1913.
- 64.—Lejars. Chirurgie d'urgence. Pág. 424, 532.
- 65.—Lernoud M. Contribution a l'étude du traitement de l'ulcère de l'estomac. Tésis. París. 1910.
- 66.—Loreta. Duvulsioni del piloro e del cardia. Gazz. degli Osp. T. VIII. Pág. 803. 1887. Milán.
- 67.—Lubetzki A. Résection de l'estomac dans l'ulcère. Tésis 1912. París.
- 68.—Lucke en Rockwitz. Die G. E. der Strassbürger Chirurgicalen Klinik Deutsche Zeitscher f. Chir. Leipzig. T. XXV. Pág. 501. 1887.
- 69.—Lyon G. Traité de Clinique thérapeutique. Pág. 301. 1911. París.
- 70.—Mathieu A. Ulcera y cáncer del estómago. París. 1912.
- 71.—Mathieu. Bull. et Memoires de la Soc. de Chirur. de París N.º 31. 1910.
- 72.—Mathieu. Ulcera del duodeno. Semana Médica. Pág. 301. 1911. Buenos Aires.

- 73.—Mathieu et Roux. Maladies de l'appareil digestif. París, 1907.
- 74.—Maydl Karl. Veber eine neue Methode sur Ausfuehrung del yeyunostomie und G. E. Wivner und med. Wosch. N.º 18 y 19. 1892.
- 75.—Maclaure. G. E. posterior. Bull. et Memoires de la Soc. de Chirur. de París. Pág. 361. 1910.
- 76.—Mayo W. J. Duodenal Ulcer. Annals of Surgery. N.º 6. Pág. 901. 1904.
- 77.—Mayo. Ulcères de l'estomac envisagées particulièrement au point de vue des résultats eliognées. Arch. Génér. de Chirur. Pág. 443. 1912.
- 78.—Mayo W. J. Conduite á tenir á l'égard de l'ouverture de mosocolon tranverse comme complément á l'operation de la gastroyeyunostomie posterieure. Journal de Chirur. Pág. 685. 1912.
- 79.—Mayo W. J. The tecnica of gastro yeyunostomy. Annals of Surgery. Pág. 537. 1906.
- 80.—Mayo W. J. Complication followig gastro-enterostomy. Annals of Surgery. T. II. Pág. 231. 1902.
- 81.—Mayo Robson. Ulcère de l'estimac ed du yeyunun. Arch. Génér. de Chirur. Pág. 343. 1912.
- 82.—Mayo Robson. On the operaione treatment of ulcer of the estomac. Allard and son London. Pág. 2. 1906.
- 83.—Mereadé. El período post-operatorio. Madrid.
- 84.—Momprofit A. La Gastro-enterostomie. París 1903.

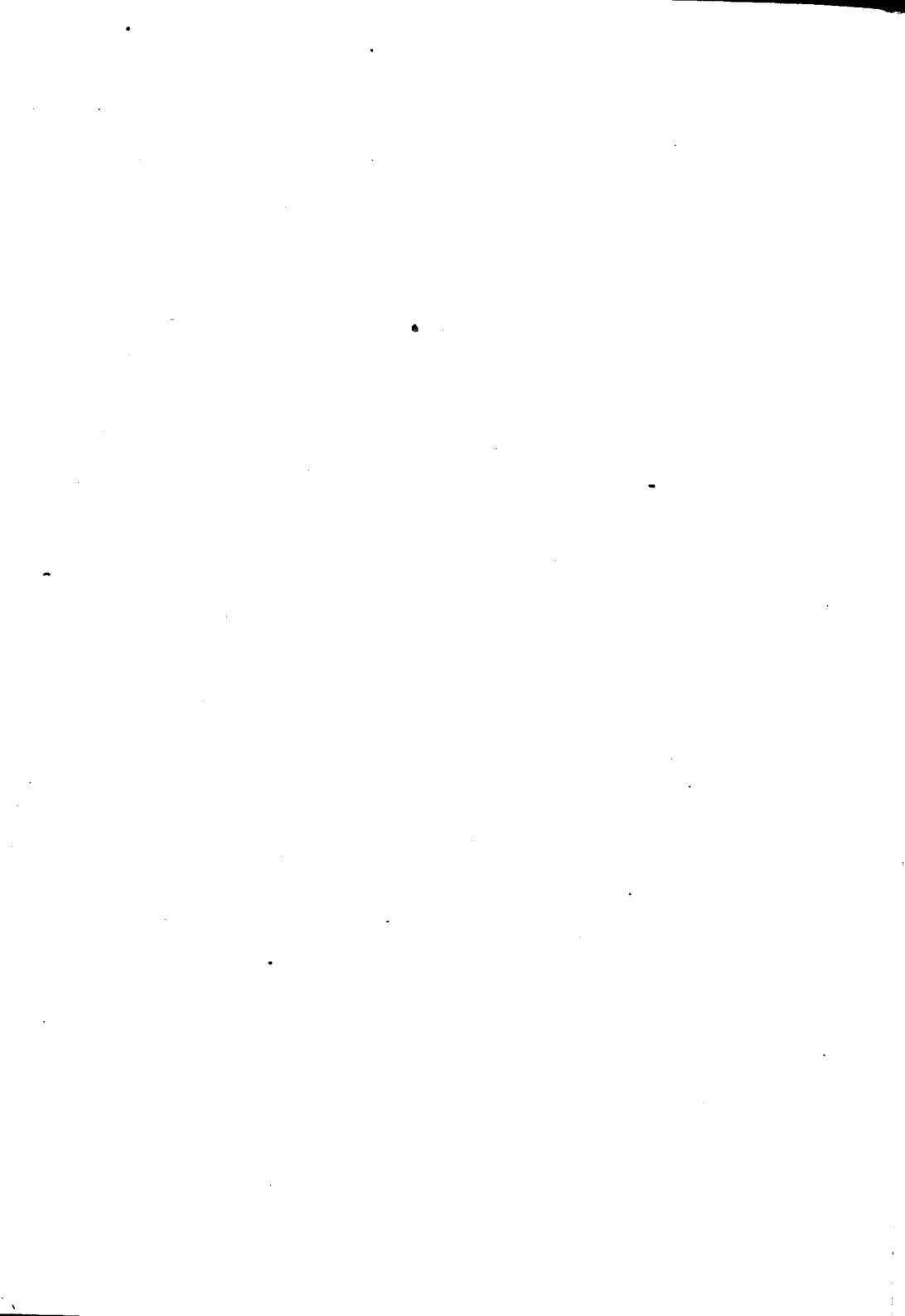
- 85.—Momprofit A. Traitement chirurgical des affections benignes de l'estomac. París. 1905.
- 86.—Momprofit A. La Gastrectomie. París. 1908.
- 87.—Monod et Vanverts. Traité de Technique opératoire. T. II. Pág. 180. 1910.
- 88.—Monod Ch. Sur des observations de G. E. par le Dr. Roux (de Lausanne). Bull. et Mem. de Chirur. Pág. 572. París. 1889.
- 89.—Moynihan. An address on G. E. and after. Brit. Med. Journal. Tom. I. Pág. 1092. 1908.
- 90.—Naveau. Des résultats fonctionnels défectueux de certaines G. E. et des moyens d'y remédier. Tésis. París. 1904.
- 91.—Neurdofer. Sur l'ulcère du duodénum. Journal de Chirur. 1911.
- 92.—Orcoyen y Arana. Indicaciones y resultados de la G. E. en las estenosis orgánicas no cancerosas de píloro. Tésis. Madrid, 1904.
- 93.—Orcoyen y Arana. La G. E. en las úlceras del duodeno. 1910. Barcelona.
- 94.—Pacheco M. Ulcera simple del estómago y su tratamiento. Tésis. Buenos Aires, 1908.
- 95.—Papadoupoulos T. Contribution al étude des suites chirurgicales e de la valeur de la G. E. Tésis. París. 1910.
- 96.—Patané S. Algunas consideraciones sobre el tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica y sus complicaciones. Tésis. Buenos Aires. 1914.

- 97.—Pileher Taft. Patogenia y tratamiento de la úlcera duodenal. *Journal de Chirur.* Págñ 82. 1911.
- 98.—Pinto de Goes A. Da úlcera simple do duodene. Tésis. Río de Janeiro. 1913.
- 99.—Pers A. Mode d'action de la G. E. *Journal de Chirur.* Pág. 313. 1910.
- 100.—Ponet, Delore, Lerche. Statistique operatorie de 211 interventions pour cancers et ulcères de l'estomac. *Lyon Chirur.* pág. 800. 1909.
- 101.—Poussin O. De la G. E. en Y. Tesis. París, 1903.
- 102.—Quenú. Ulcère de l'estomac. *Bul. et Mem. de la Soc. Chirur.* Pág. 447. 1904.
- 103.—Renault J. De la G. E. dans l'ulcère du duodénum. Tésis. París, 1904.
- 104.—Robin À. Le traitement général de l'ulcère simple de l'estomac. *Bull. Génér. de trerapeutique.* Pág. 293. 1903.
- 105.—Roux. De la Gastroenterostomie. *Revue de Gynec. et Chirur. Abdom.* t. I. p. 67. 1897. París.
- 106.—Ricard y Pouchet. L'ulcère duodenal. Son traitement chirurgical. *Revue le Gynec. et Chirur. Abdom.* p. 550. 1910.
- 107.—Rigollot et Simonroy. L'occlusion intestinale après la G. E. et sa prophylaxie. Etude critique des procédés de G. E. Tésis París, 1908.
- 108.—Rocca L. Ulcera del duodeno. Tesis. Buenos Aires. 1912.
- 109.—Rockwitz. Die G. E. au der Strassburger Chirurgischen Klinik. *Deuts Zeite. Ch. f.* p. 501. 1887.

- 110.—Roux. (de Lausanne). Chirur. gastro-intestinale. Revue de Chirur. p. 403. 1893. París.
- 111.—Roux. Les resultats de la G. E. en Y. 3er. Congres de Chirur. p. 402. 1899.
- 112.—Riviere. Traitement chirurgie de l'ulcère de l'estomac. 1906. París.
- 113.—Rusca F. El círculo vicioso en la G. E. Tesis, Madrid, 1904.
- 114.—Saltzman. Analyse. Zentralbl. fur. Chir. Leipzig. p. 556. N.º 33. 1889.
- 115.—Savariaud. De l'ulcère hemorrhágique de l'estomac et son traitement chirurgica. Tesis de 1898. París.
- 116.—Schnitzler. Zur gastro-duodenostomie lateralis. Zentralbl. f. chir. p. 287. 1903.
- 117.—Seguinot. G. De la nécessité de l'exclusion du pylore dans l'ulcère del duodenum. Tesis de 1902. París.
- 118.—Soler P. Ulcera simple del duodeno. Tesis de 1917. Buenos Aires.
- 119.—Souligoux. Ulcère du duodénum. Archives Génér. de Chirur., p. 316, 1911.
- 120.—Tagliavache. La gastroenterostomía. Tesis de 1913. Buenos Aires.
- 121.—Tuffier. Chirurgie de l'estomac. París, 1907.
- 122.—Urdapilleta V. Formas clínicas y tratamiento de las úlceras del estómago. Tesis de 1918. Buenos Aires.

- 123.—Vachez. L'ulcère peptique du yeyunum. Tesis de 1917. París.
- 124.—Vautrin. Pathogenic de l'ulcère peptique. Rev. de Chirur., p. 102, 1910.
- 125.—Von Hacker. Zur casuistik und Statistik del Magensectionen und G. E. 14 Congrès de la Société Allemande de Chirur. et Archiv. Fur. Klin. Chir., t. XXXII, p. 616, 1885. Berlín.
- 126.—Von Mering. Malattie interne., t. II, p. 59 y 124.
- 127.—Wandeeck M. Tratamiento de la úlcera del duodeno. Semana Médica, p. 528, 1912.
- 128.—Wölfler. Gastroenterostomie. Centr. Bl. für Chir. n°. 45, p. 705. Leipzig, 1881.
- 129.—Wölfler. Verhandlungen der deustehen Gessellschaft für Chir., p. 22, 1883.
- 130.—Wullstein y Max Wilms. Trattato de Chirurgia, t. II, p. 65, 1914.
- 131.—Yaboulay. De al gastroduodenostomie. Arch. prov. de chirur., t. I, p. 551, 1892.
- 132.—Yournal de Chirurgie. Sur lóbliteration del bouches de G. E., p. 200, 1911.
- 133.—Yague L. Falsedad de las llamadas dispepsias post-operatorias de los gastroenterostomizados. Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas, página401, 1908.





Buenos Aires, Octubre 15 de 1917

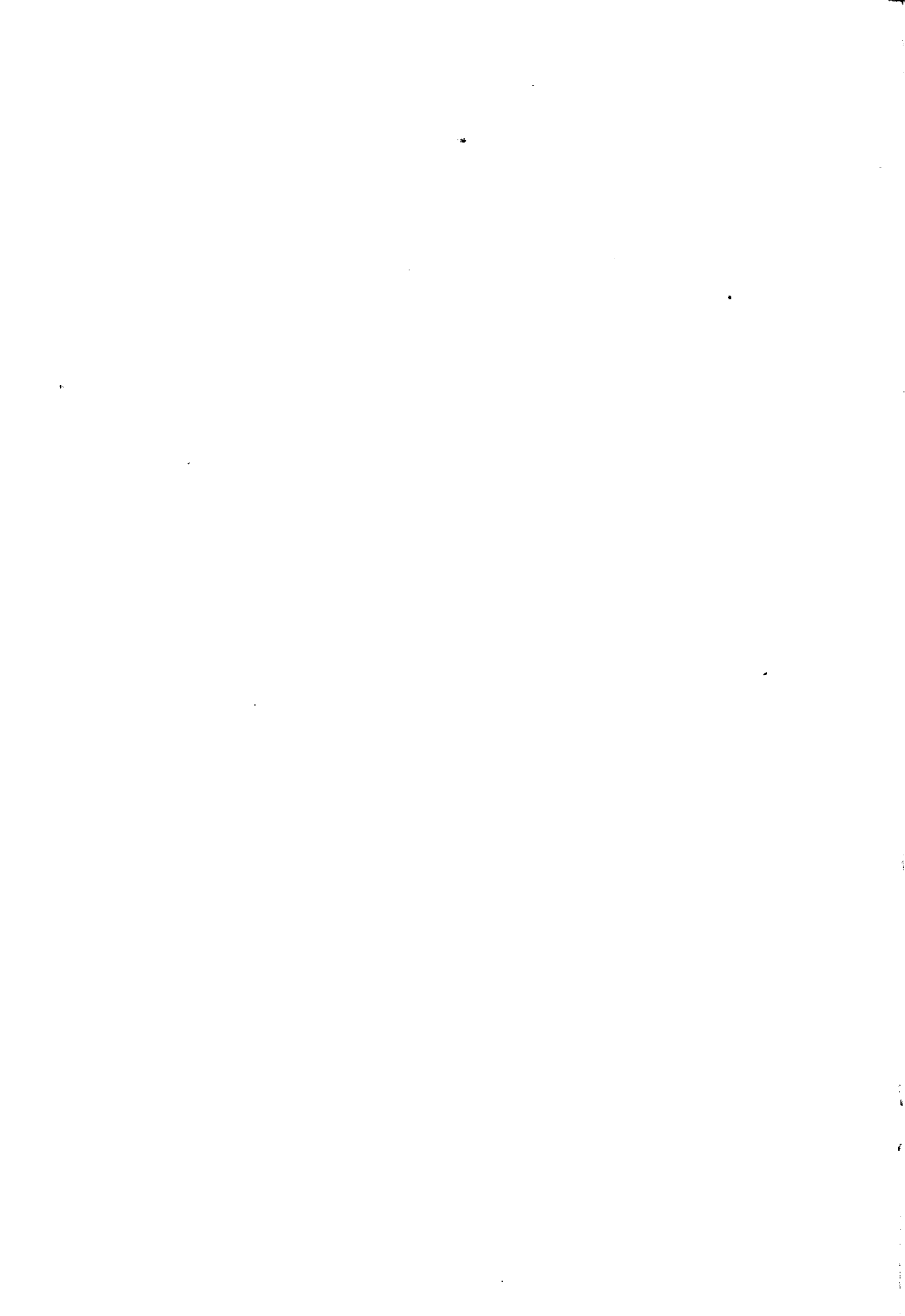
Nómbrese al señor Consejero Dr. José Arce, al profesor titular Dr. Luis Agote y al profesor suplente Dr. Armando Marotta para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.  
*J. A. Gabastou.*

Buenos Aires, Agosto 19 de 1918

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3485 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. CANTÓN.  
*J. A. Gabastou.*



## PROPOSICIONES ACCESORIAS

---

### I

Qué objetivo persigue la gastroenterostomía y qué técnica es preferible para realizarla?

*José Arce.*

### II

Valor de las estadísticas argentinas para juzgar las ventajas del tratamiento quirúrgico.

*Luis Agote.*

### III

Las indicaciones del tratamiento quirúrgico.

*Armando Marotta.*

