



Año 1915.

Núm. 3023.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Man. S. Copebo

TRATAMIENTO DE LA PERFORACION AGUDA

DE LAS

ÚLCERAS DE ESTÓMAGO Y DUODENO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

MANUEL S. COPELLO

- Ex-practicante del instituto Jenner, (1912)
- Ex-practicante externo del Hospital Rawson, (1912-13)
- Ex-practicante interno del Hospital Rawson, (1913-15)
- Ex-practicante mayor de la Casa de Expósitos, (1912-13)
- Ex-ayudante del Laboratorio de Zoología Médica, (1910-11)
- Disector de la cátedra de Anatomía Topográfica, (1912-15)

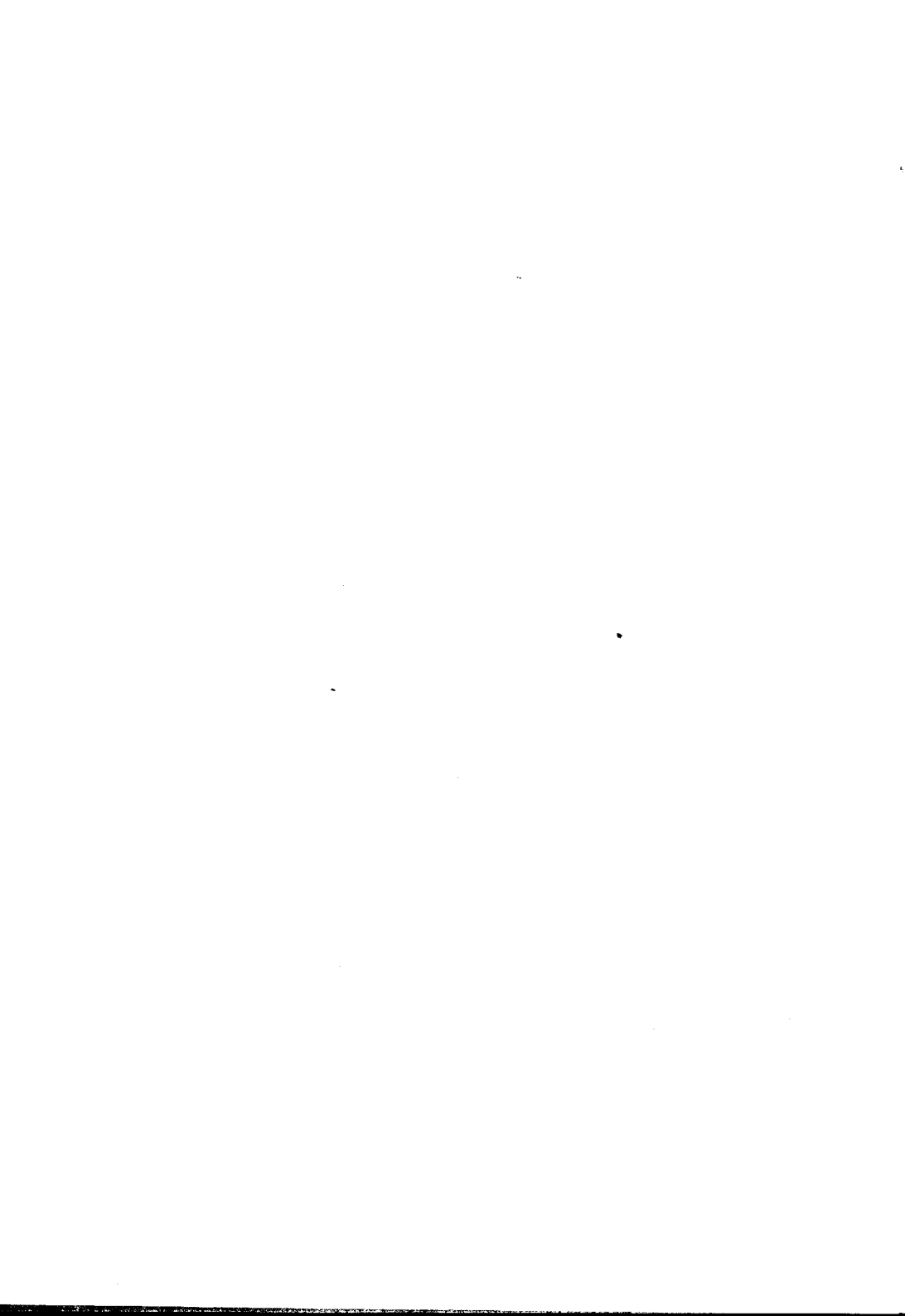


LIBRERÍA "LAS CIENCIAS"
 CASA EDITORA E IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI
 2070, CORDOBA, 2080 - BUENOS AIRES

TRATAMIENTO DE LA PERFORACIÓN AGUDA

DE LAS

ÚLCERAS DE ESTÓMAGO Y DUODENO .



Año 1915.

Núm. 3023.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TRATAMIENTO DE LA PERFORACIÓN AGUDA

DE LAS

ÚLCERAS DE ESTÓMAGO Y DUODENO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

MANUEL S. COPELLO

Ex-practicante del Instituto Jenner, (1912)
Ex-practicante externo del Hospital Rawson, (1912-13)
Ex-practicante interno del Hospital Rawson, (1913-15)
Ex-practicante mayor de la Casa de Expositos, (1912-13)
Ex-ayudante del Laboratorio de Zoología Médica, (1910-11)
Director de la cátedra de Anatomía Topográfica, (1912-15)



LIBRERÍA "LAS CIENCIAS"

CASA EDITORA É IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI
2070, CORDOBA, 2080 - BUENOS AIRES

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

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

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
> MARCELINO HERRERA VEGAS

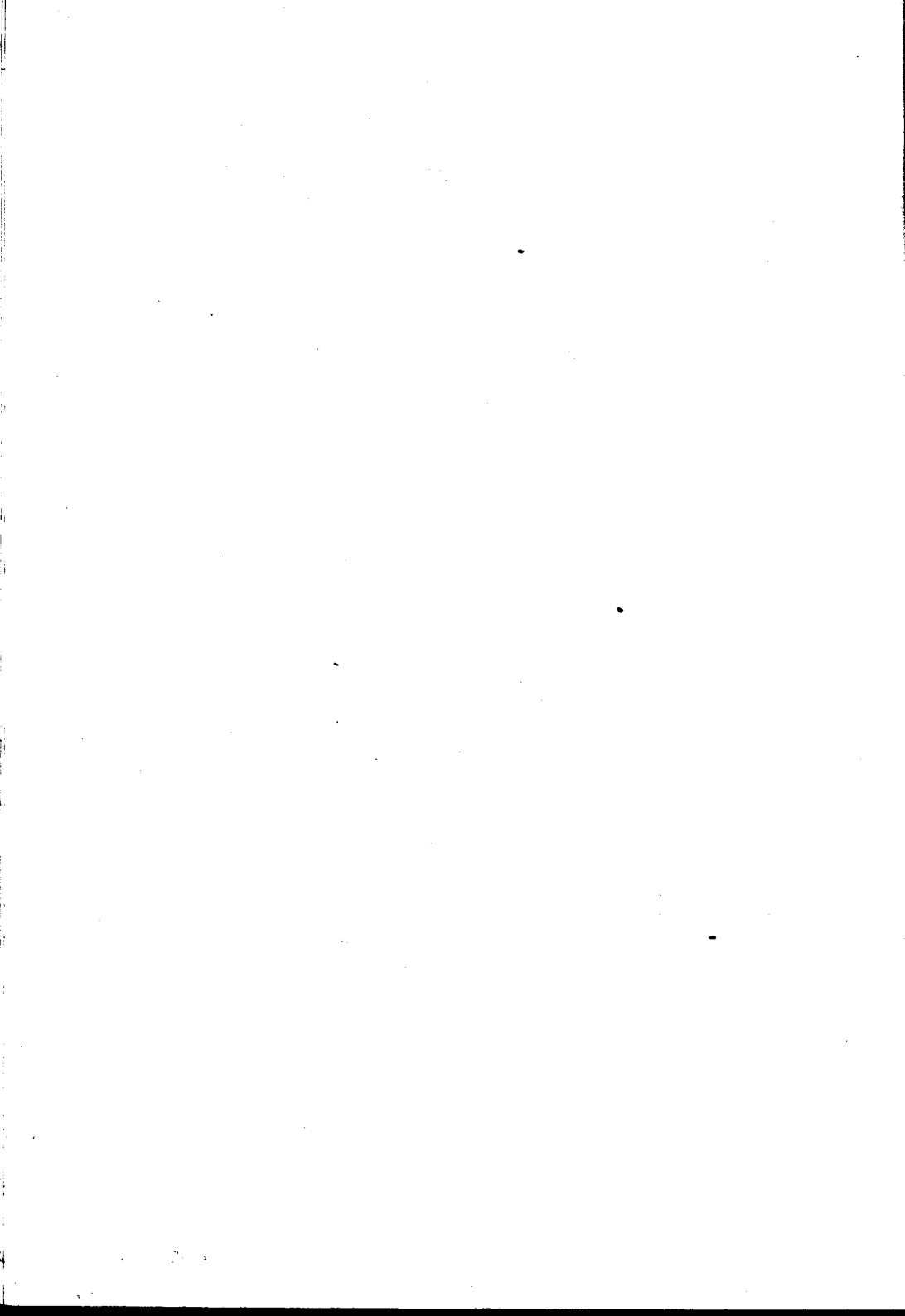


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHÃES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

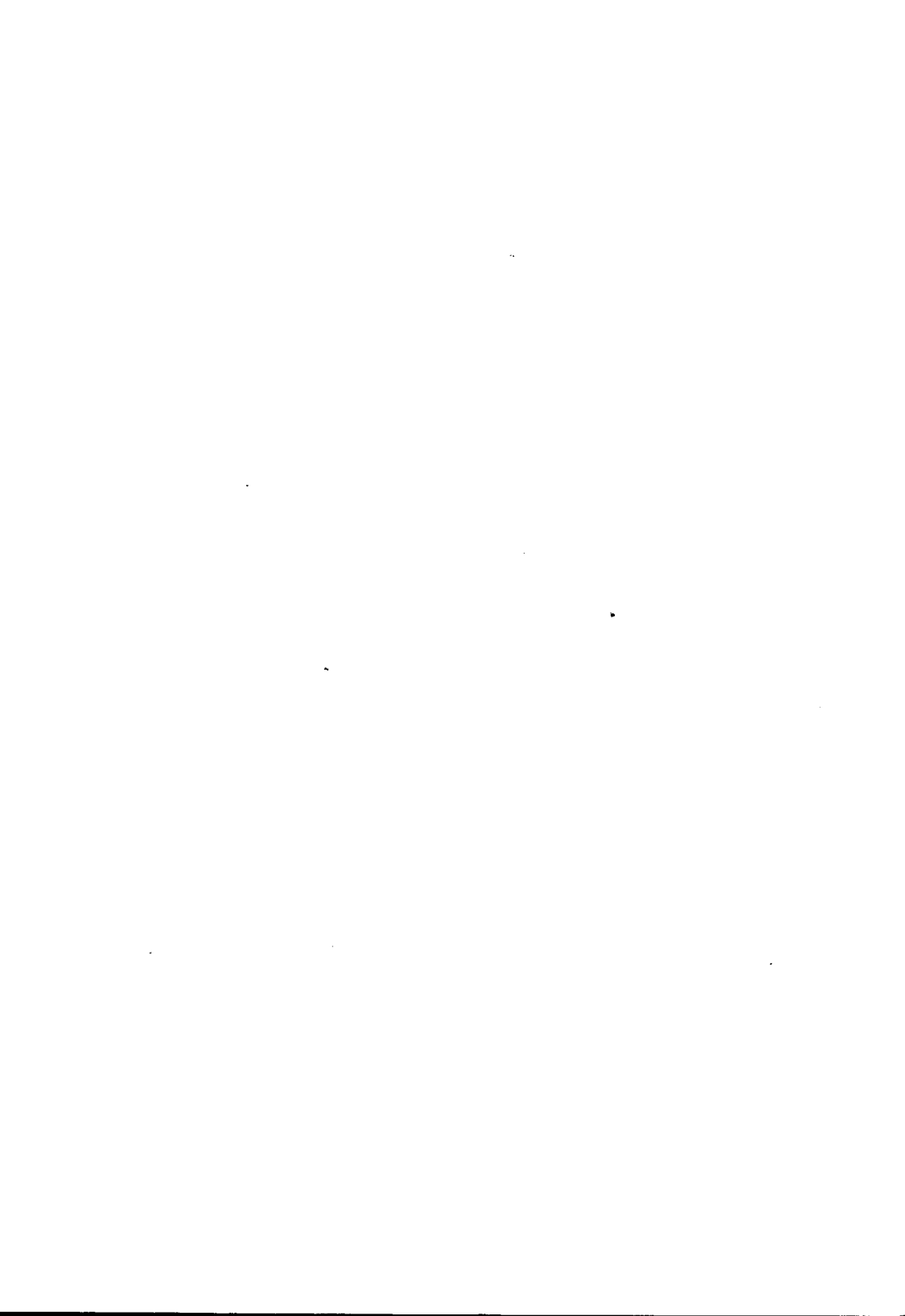
DR. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » ELISEO CANTÓN
» » ÁNGEL M. CENTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » JOSÉ ARCE
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » DANIEL J. CRANWELL
» » CARLOS MALBRÁN
» » JOSÉ F. MOLINARI
» » MIGUEL PUIGGARI
» » ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)

Secretarios

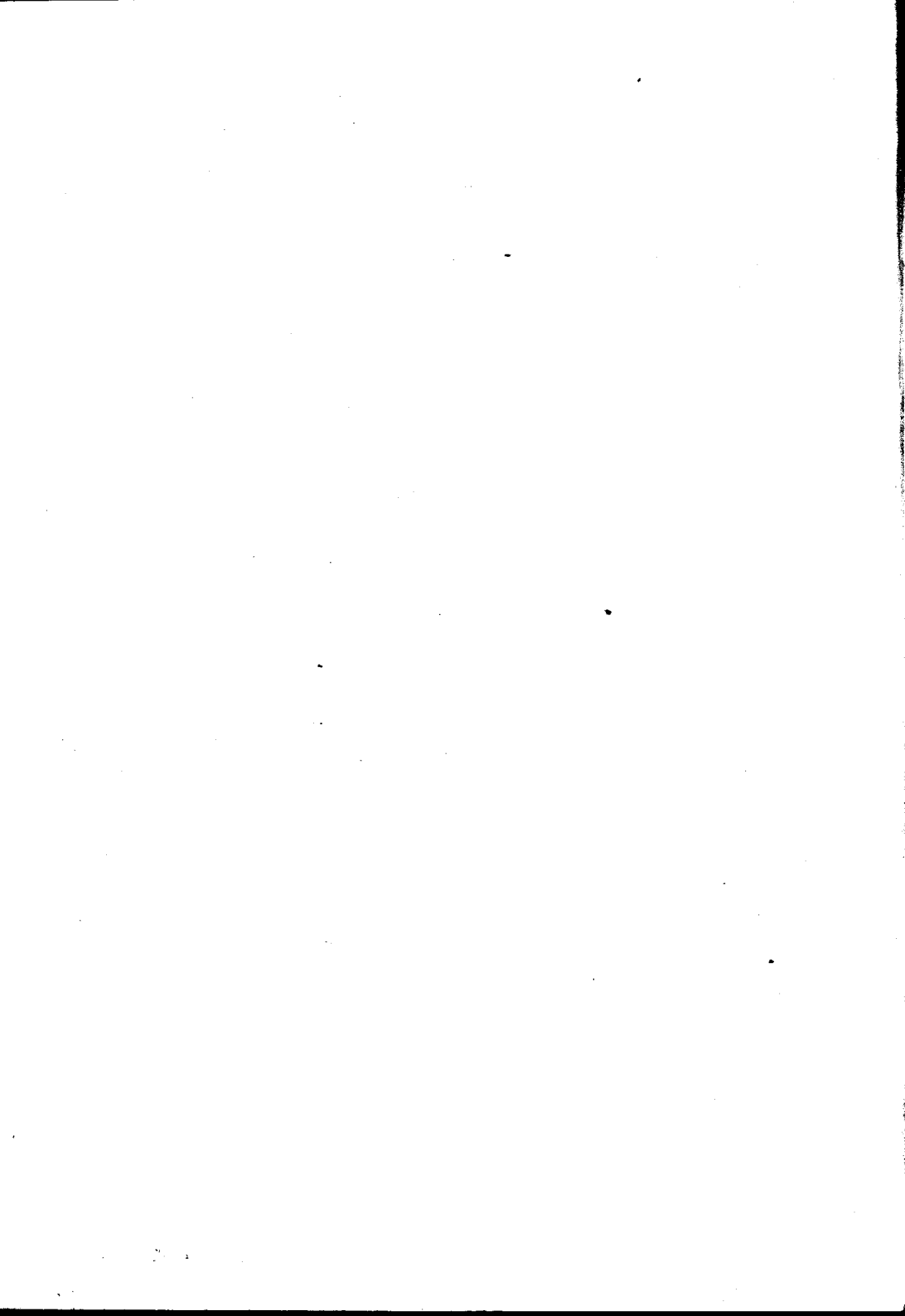
DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

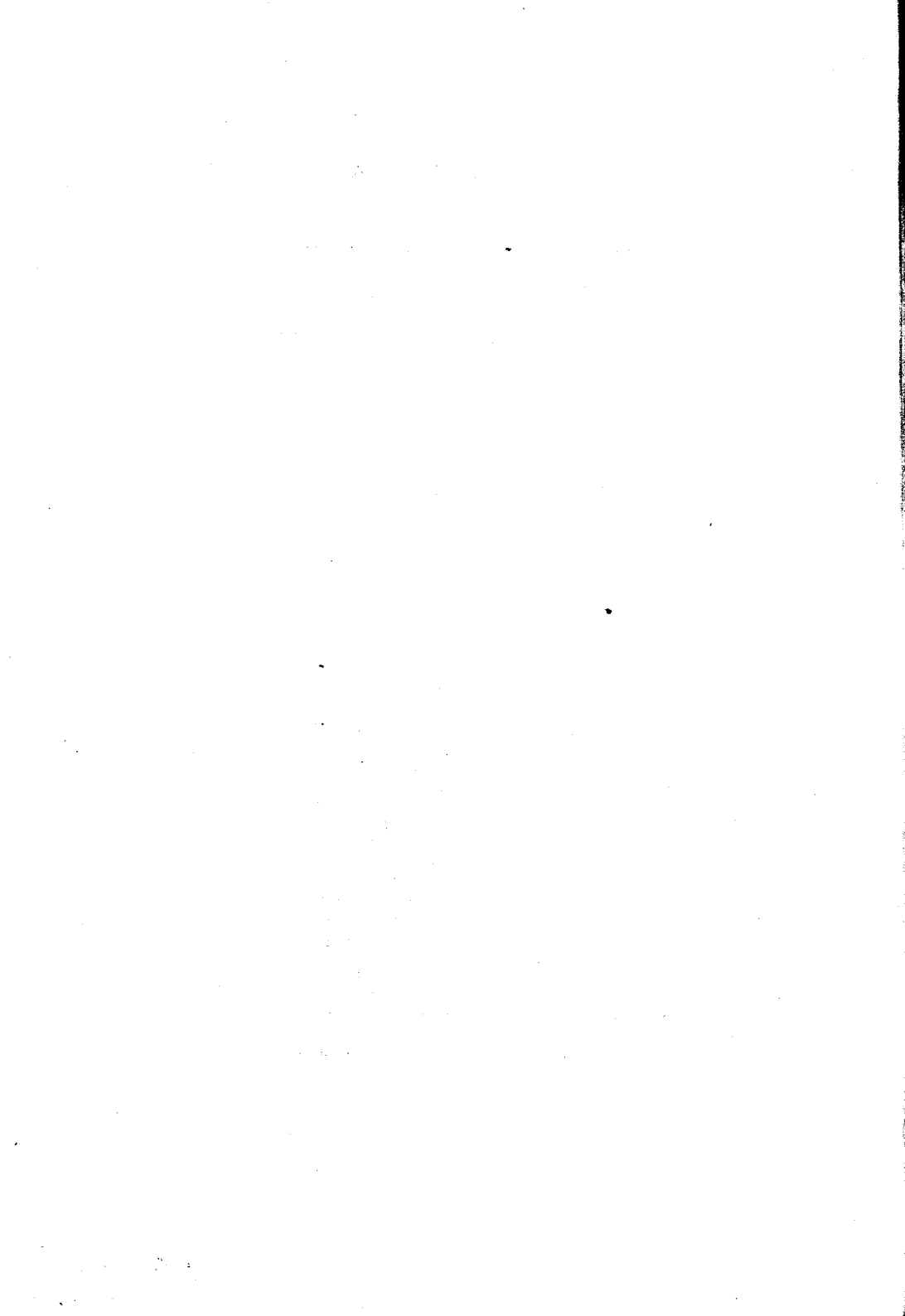
PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
• JUVENCIO Z. ARCE
• PEDRO N. ARATA
• FRANCISCO DE VEYGA
• ELISEO CANTON
• JUAN A. BOERI
» FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

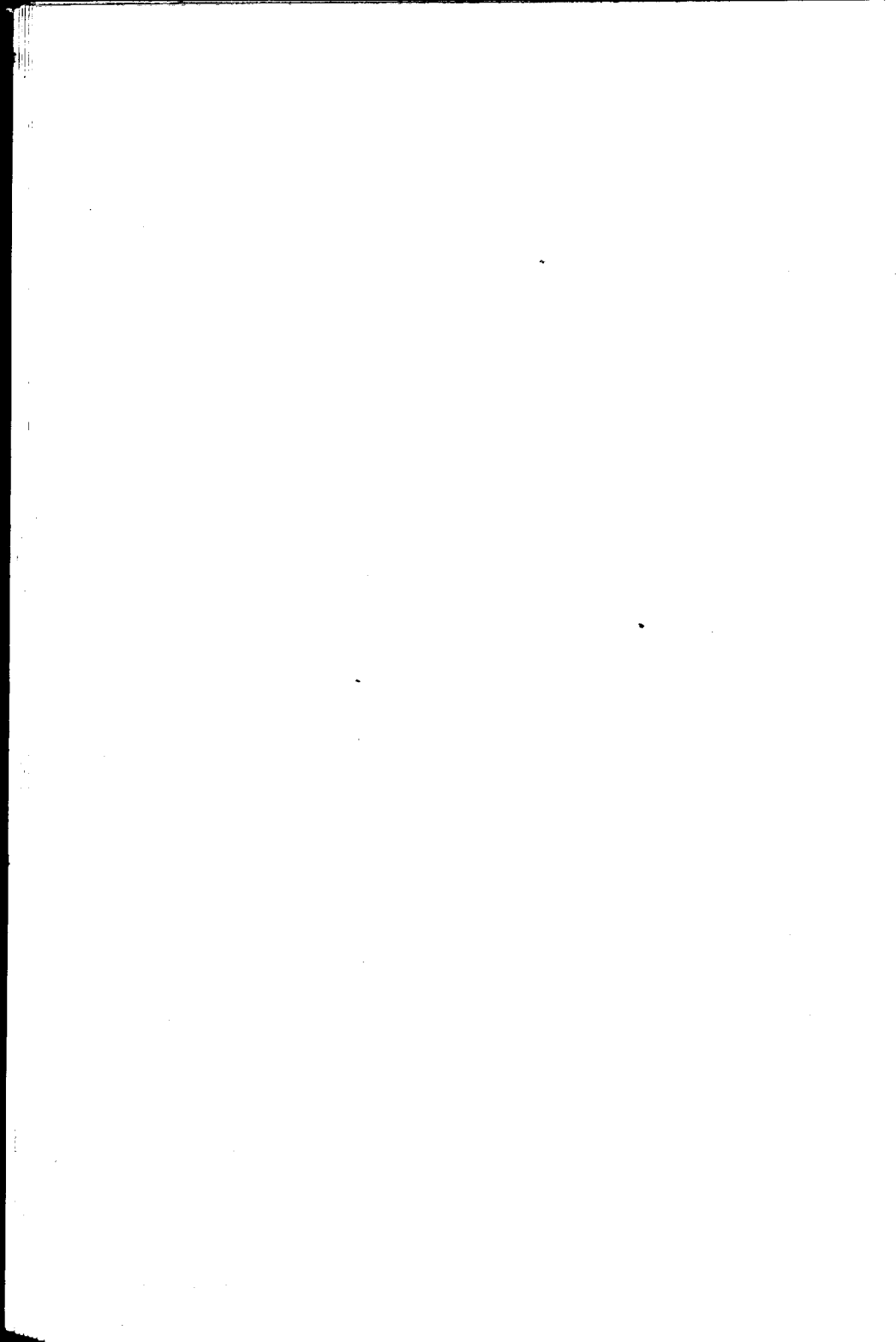
Asignaturas	Catedráticos Titulares
zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía descriptiva.....	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.....	{ GREGORIO ARAOZ ALFARO
	{ DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	{ AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	{ TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	{ JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	{ DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	{ LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica.....	{ BALDOMERO SOMMER
» Génito-uritarias.....	{ PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	{ JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	{ JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	{ EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	{ MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica.....	{ PASCUAL PALMA
» Oftalmológica.....	{ PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.....	{ DIÓGENES DECOUD
» Médica.....	{ LUIS GUEMES
» Médica.....	{ LUIS AGOTE
» Médica.....	{ IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	{ ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	{ ANTONIO C. GANDOLFO
	{ MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	{ JOSE A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	{ DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	{ ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	{ SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	{ ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	{ DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	{ ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

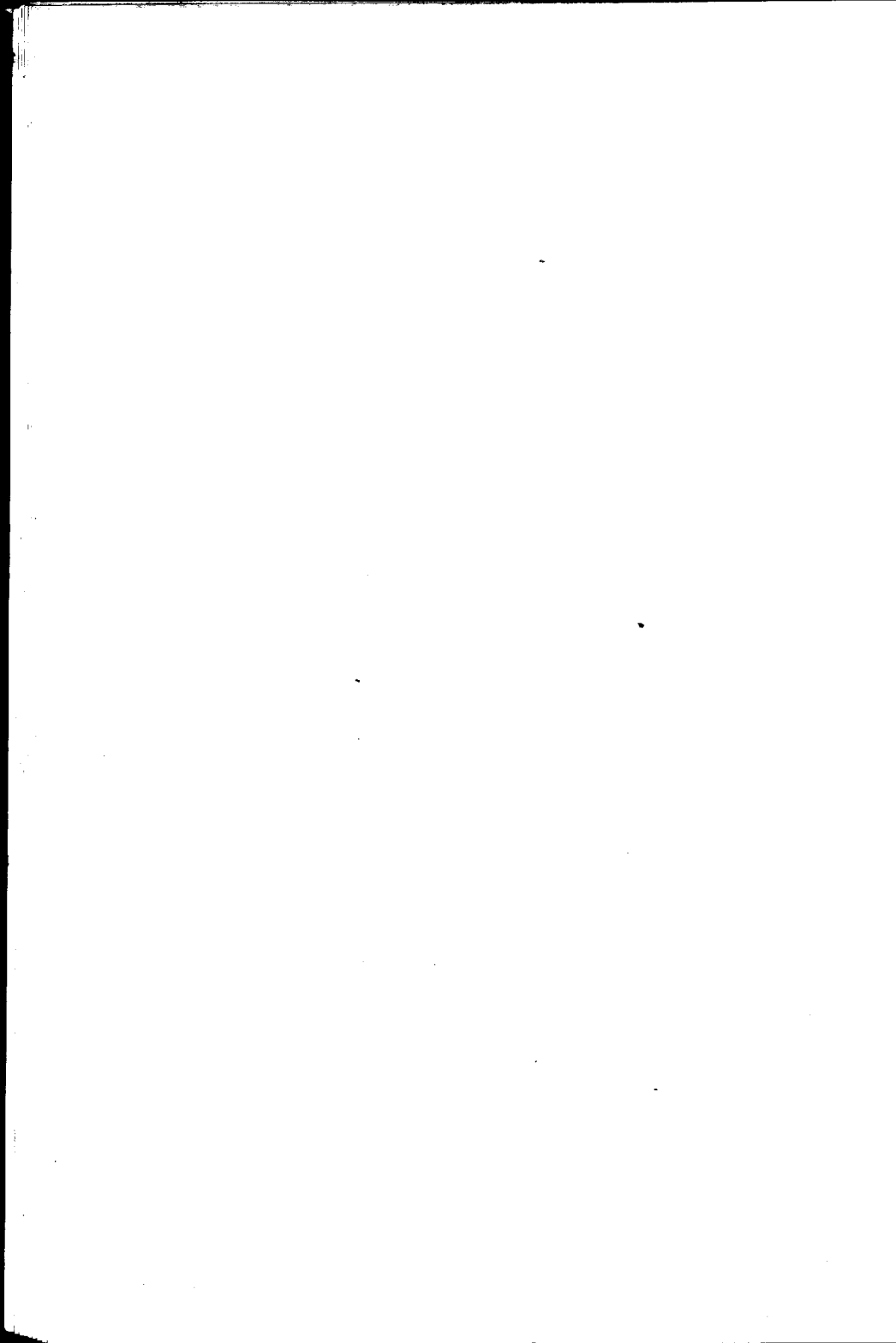
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica.....	•DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	" JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	" JUAN CARLOS DELFINO
	" LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	" JOSÉ BADIA
Clinica Ginecológica.....	" JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Médica.....	" PATRICIO FLEMING
Clinica Dermato-sifilográfica.....	" MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica Neurológica.....	{ " JOSÉ R. SEMPRUN
	" MARIANO ALURRALDE
Clinica Psiquiátrica.....	" BENJAMÍN T. SOLARI
Clinica Pediátrica.....	" ANTONIO F. PIÑERO
Clinica Quirúrgica.....	" FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	" RICARDO COLON
Clinica oto-rino-laringológica.....	" ELISEO V. SEGURA
" Psiquiátrica.....	" JOSE T. BORDA



ESCUELA DE MEDICINA

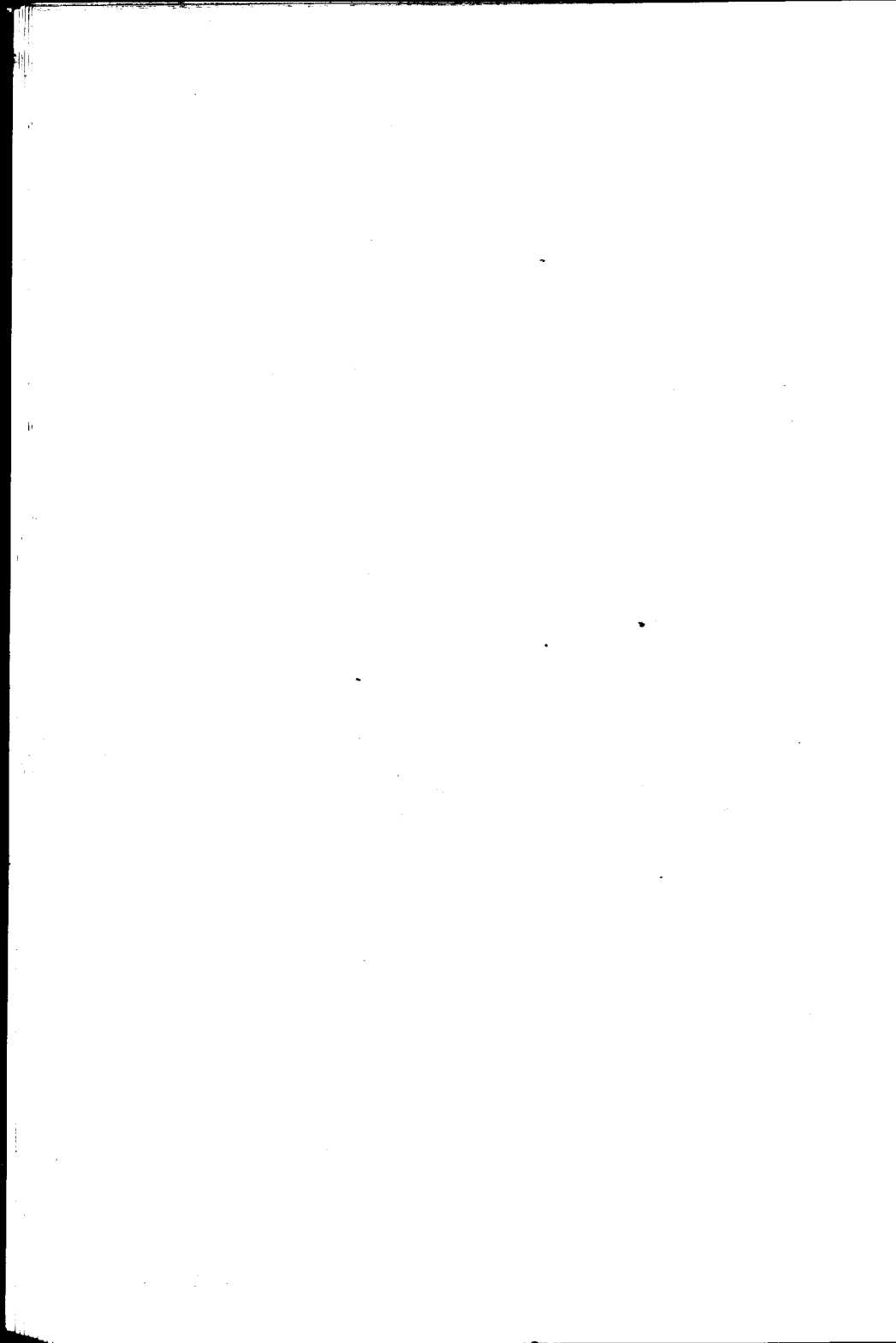
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica.....	GUILLELMO SEEBER
Histología.....	JULIO G. FERNÁNDEZ
Anatomía Descriptiva.....	EUGENIO GALLI
Fisiología general y humana.....	FRANK L. SOLER
Bacteriología.....	ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	FELIPE JUSTO
Semeiología.....	MANUEL V. CARBONELL
Anat. Patológica.....	CARLOS BONORINO UDAONDO
Materia Médica y Terapéutica.....	JOAQUÍN LLAMBLAS
Medicina Operatoria.....	JOSE MORENO
Patología externa.....	ENRIQUE FINOCCHIETTO
» Dermato-sifilográfica.....	CARLOS ROBERTSON
» Genito-urinaria.....	FRANCISCO P. CASTRO
Clinica Epidemiológica.....	NICOLAS V. GRECO
Patología interna.....	PEDRO L. BALIÑA
Clinica Oftalmológica.....	BERNARDINO MARAINI
Clinica Oto-rino laringológica.....	JOAQUÍN KIN POSADAS
» Quirúrgica.....	FERNANDO R. TORRES
Clinica Médica.....	PEDRO LABAQUI
» Quirúrgica.....	LEONIDAS JORGE FACTO
» Quirúrgica.....	PABLO M. BARIARO
» Quirúrgica.....	ENRIQUE B. DEMARIA
» Quirúrgica.....	ADOLFO NOCETTI
» Quirúrgica.....	JUAN DE LA CRUZ CORREA
» Quirúrgica.....	MARCELINO HERRERA VEGAS
» Quirúrgica.....	ARMANDO R. MAROTTA
» Quirúrgica.....	LUIS A. TAMINI
» Quirúrgica.....	MIGUEL SUSSINI
» Quirúrgica.....	JOSE M. JORGE (hijo)
» Quirúrgica.....	JOSE ARCE
» Quirúrgica.....	ROBERTO SOLÉ
» Quirúrgica.....	PEDRO CHUTRO
» Quirúrgica.....	JUAN JOS. VITÓN
» Quirúrgica.....	PABLO MORSALINE
» Quirúrgica.....	RAFAEL BULLRICH
» Quirúrgica.....	IGNACIO IMAZ
» Quirúrgica.....	PEDRO ESCUDERO
» Quirúrgica.....	MARIANO R. CASTEX
» Quirúrgica.....	PEDRO J. GARCIA
» Quirúrgica.....	JOSE DESTEFANO
» Quirúrgica.....	JUAN R. GOYENA
» Quirúrgica.....	MANUEL A. SANTAS
» Quirúrgica.....	MAMERTO ACUÑA
» Quirúrgica.....	GENARO SISTO
» Quirúrgica.....	PEDRO DE ELIZALDE
» Quirúrgica.....	FERNANDO SCHWEIZER
» Quirúrgica.....	JAIMÉ SALVADOR
» Quirúrgica.....	TORIBIO PICCARDO
» Quirúrgica.....	CARLOS R. CIRIO
» Quirúrgica.....	OSVALDO L. BOTTARO
» Quirúrgica.....	ARTURO ENRIQUEZ
» Quirúrgica.....	A. PERALTA RAMOS
» Quirúrgica.....	FAUSTINO J. TRONCÉ
» Quirúrgica.....	JUAN B. GONZÁLEZ
» Quirúrgica.....	JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
» Quirúrgica.....	JUAN A. GABASTOU
» Quirúrgica.....	V. JOAQUÍN GNECCO
» Quirúrgica.....	JAVIER BRANDAN
» Quirúrgica.....	ANTONIO PODESTA



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía. Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada.....	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada.....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas...	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física Farmacéutica.....	DR. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
II higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica.....	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	„ PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas.....	„ OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica.....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica.....	SR. PEDRO J. MESIGOS
	„ LUIS GUGLIALMELLI
Química analítica.....	DR. JUAN A. SANCHEZ
Química inorgánica.....	„ ANGEL SABATINI

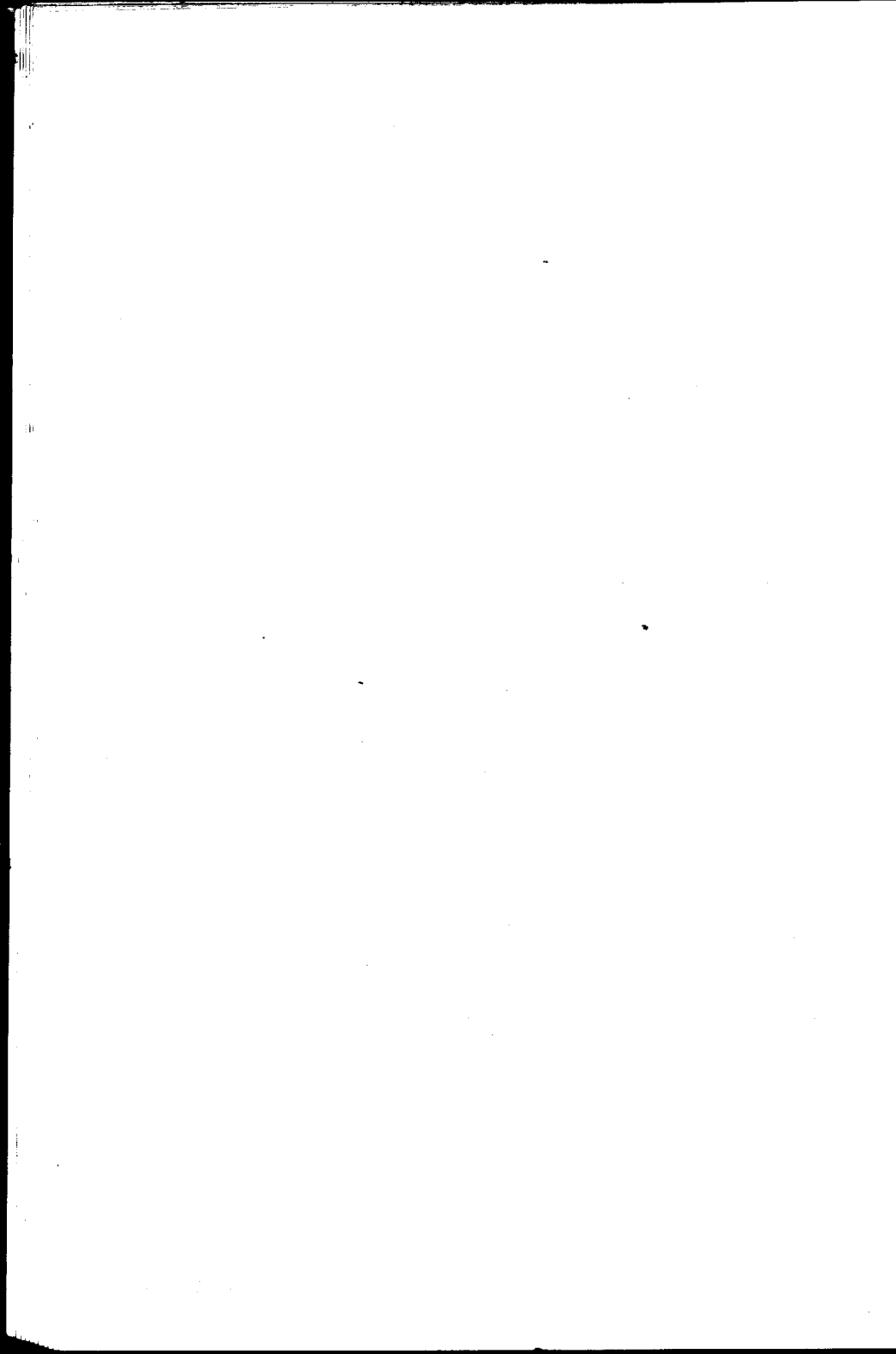


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	» LEON PEREIRA
3er. año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos suplentes

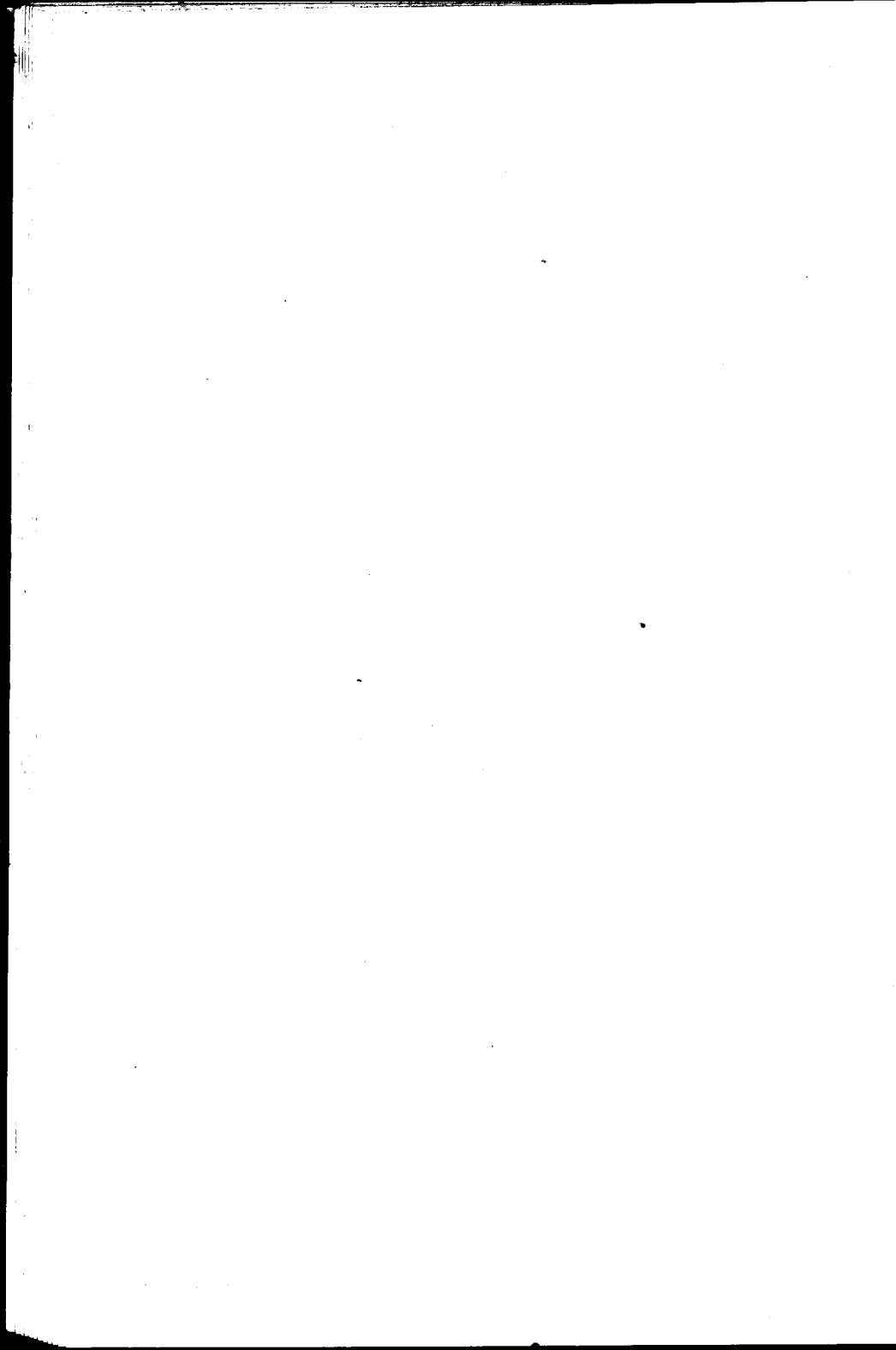
Dr. ALEJANDRO CABANNE



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.....	Vacante
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clinica obstétrica.....	DR. FANOR VELARDE
Puericultura.....	Vacante

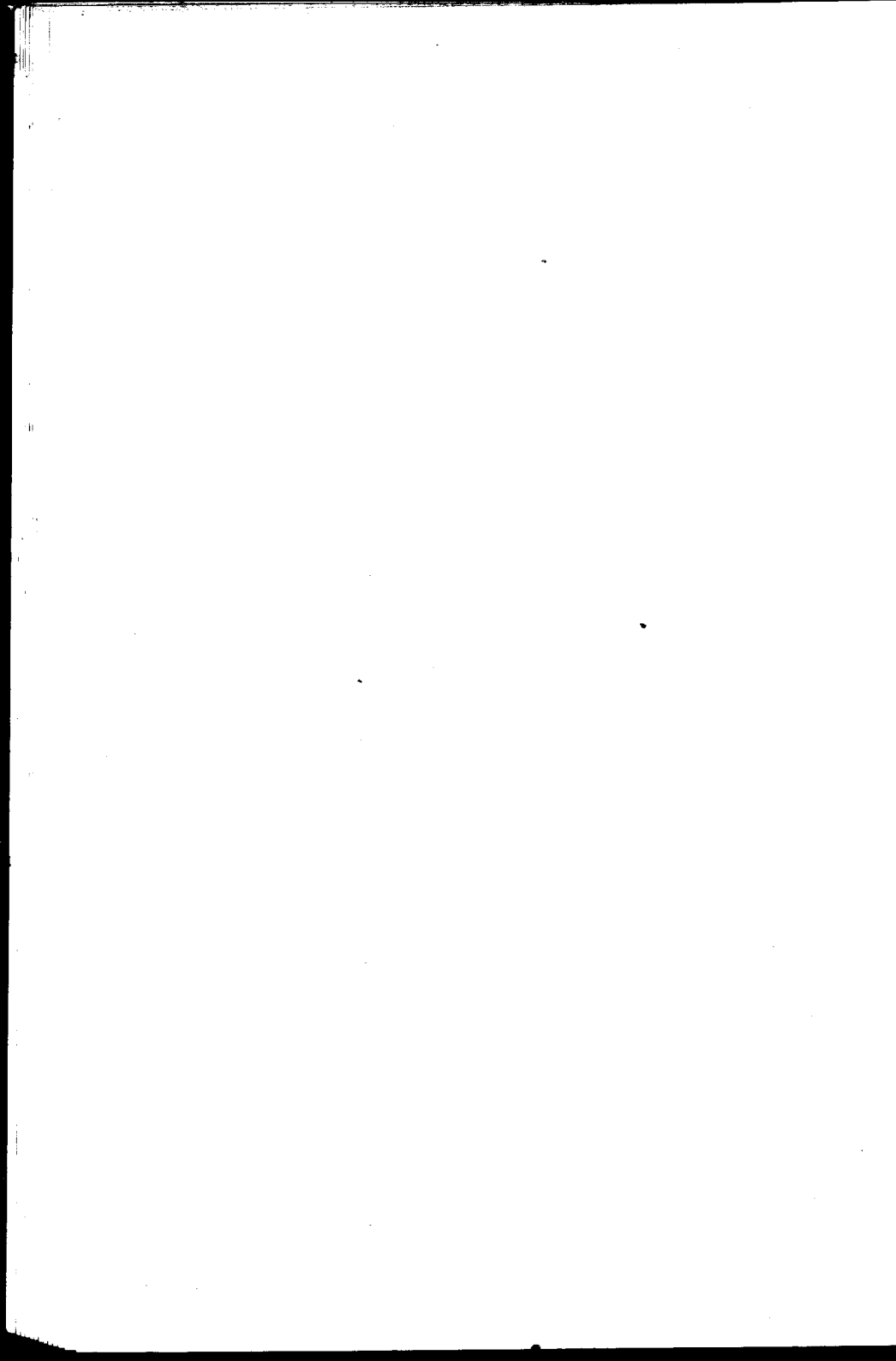
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Clinica Obstétrica.....	DR. J. C. LLAMES MASSINI (encar- gado del curso del 1er. año).
" "	" UBALDO FERNANDEZ (encar- gado del curso de Puericultura.



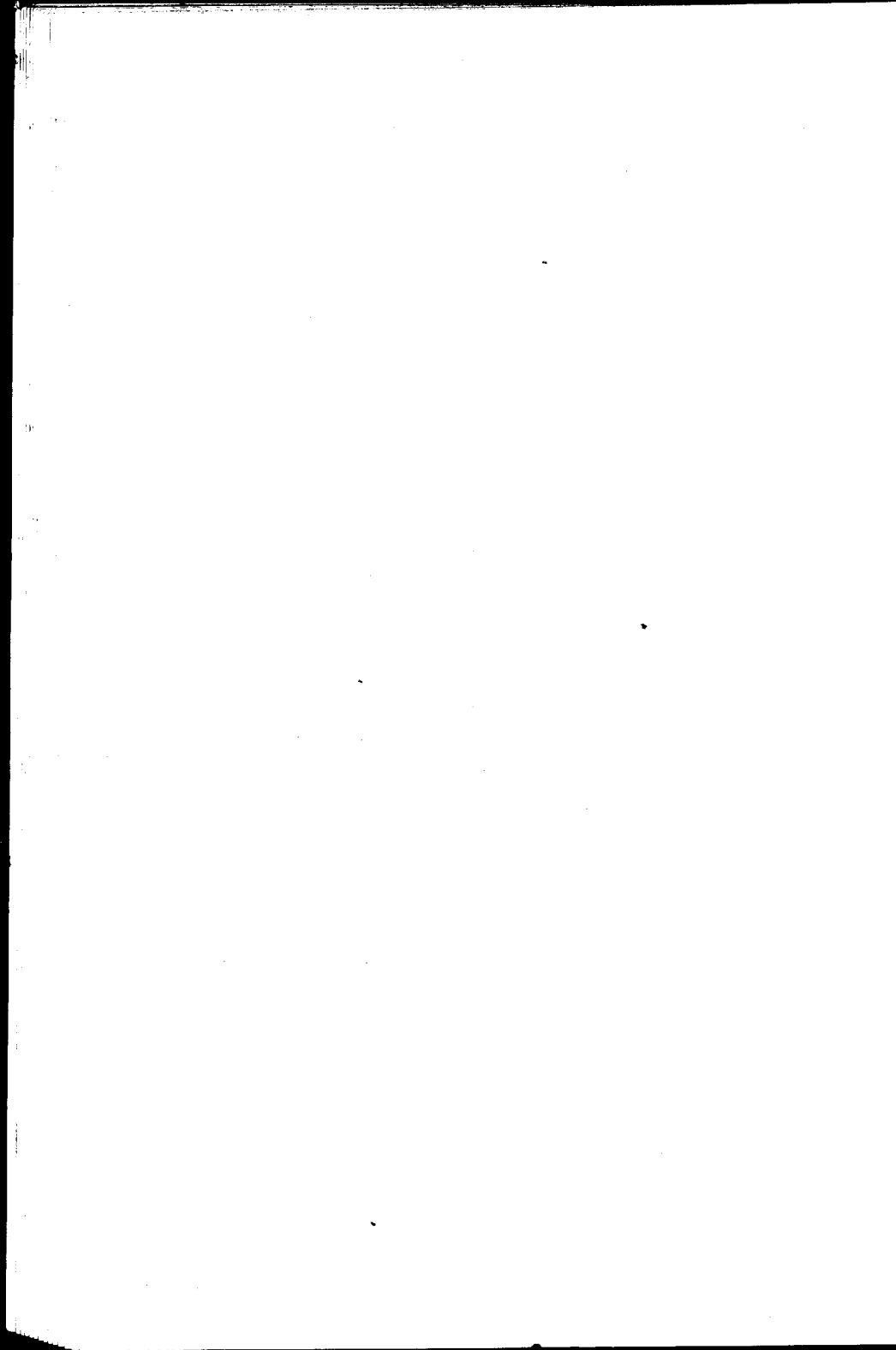
Padrino de tesis:

Doctor MARTIN REIBEL

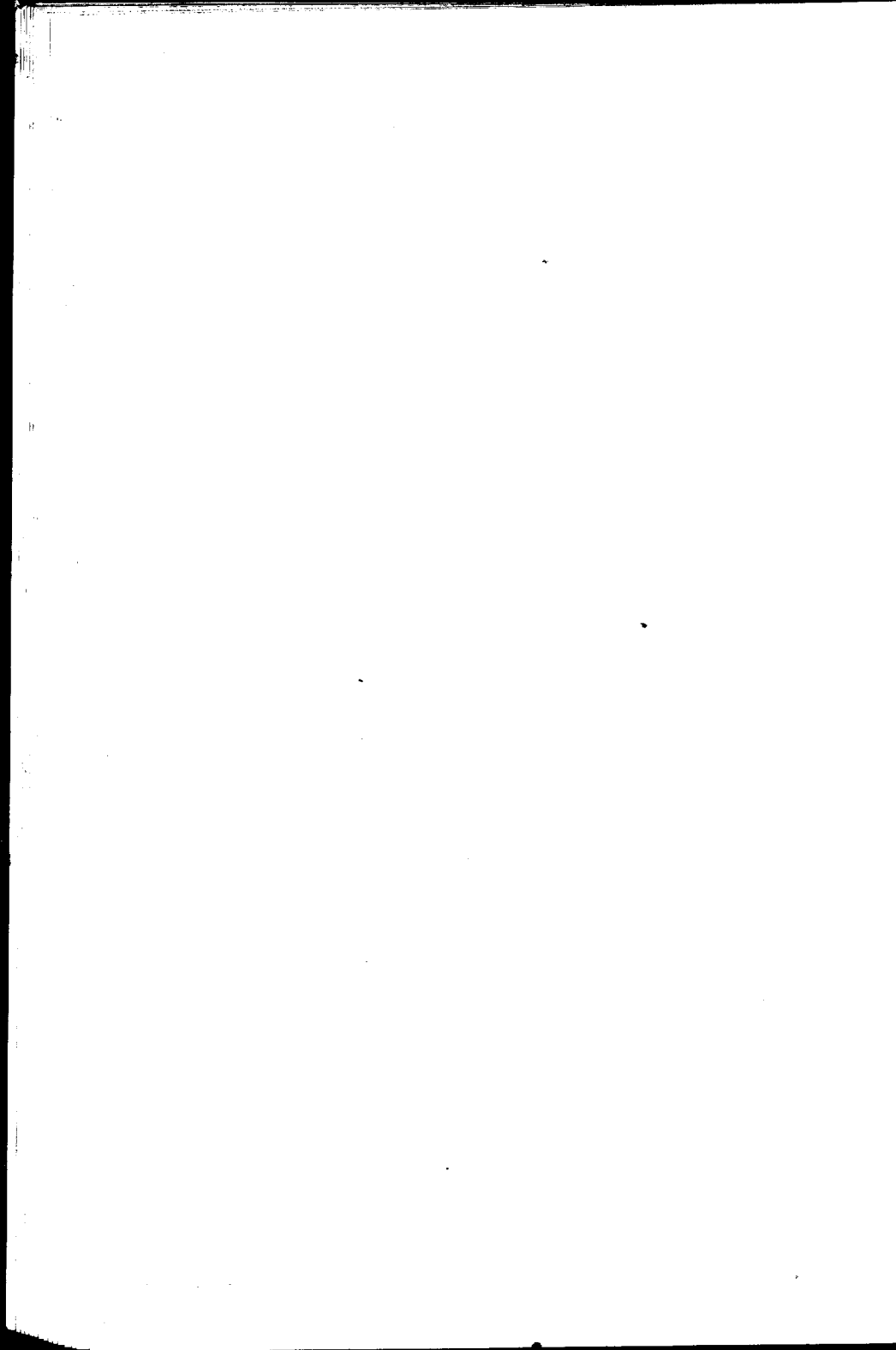
**Jefe del servicio de Ginecología del Hospital Rawson
Diputado Nacional**



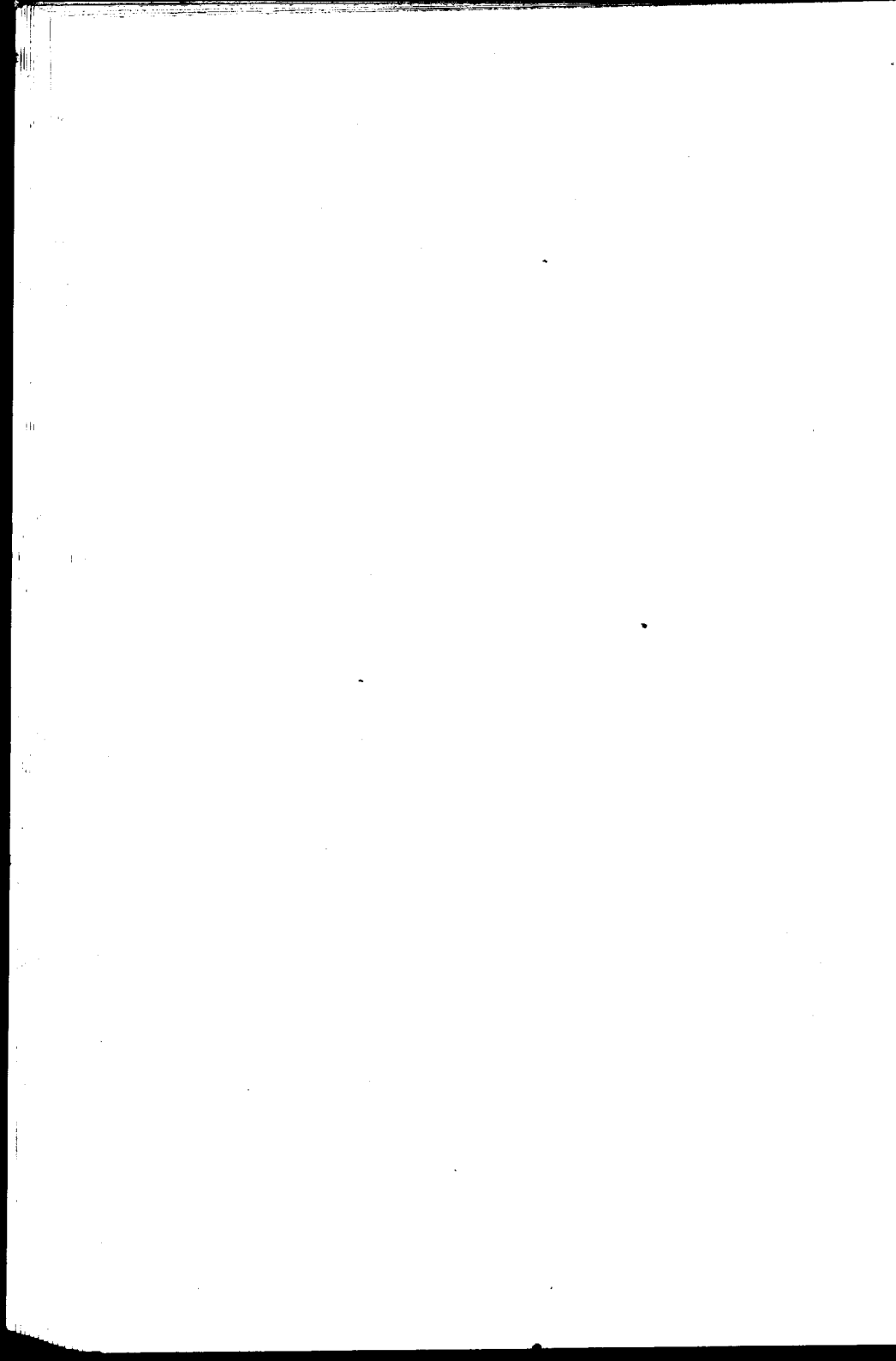
A LA MEMORIA DE MI PADRE



A MI MADRE



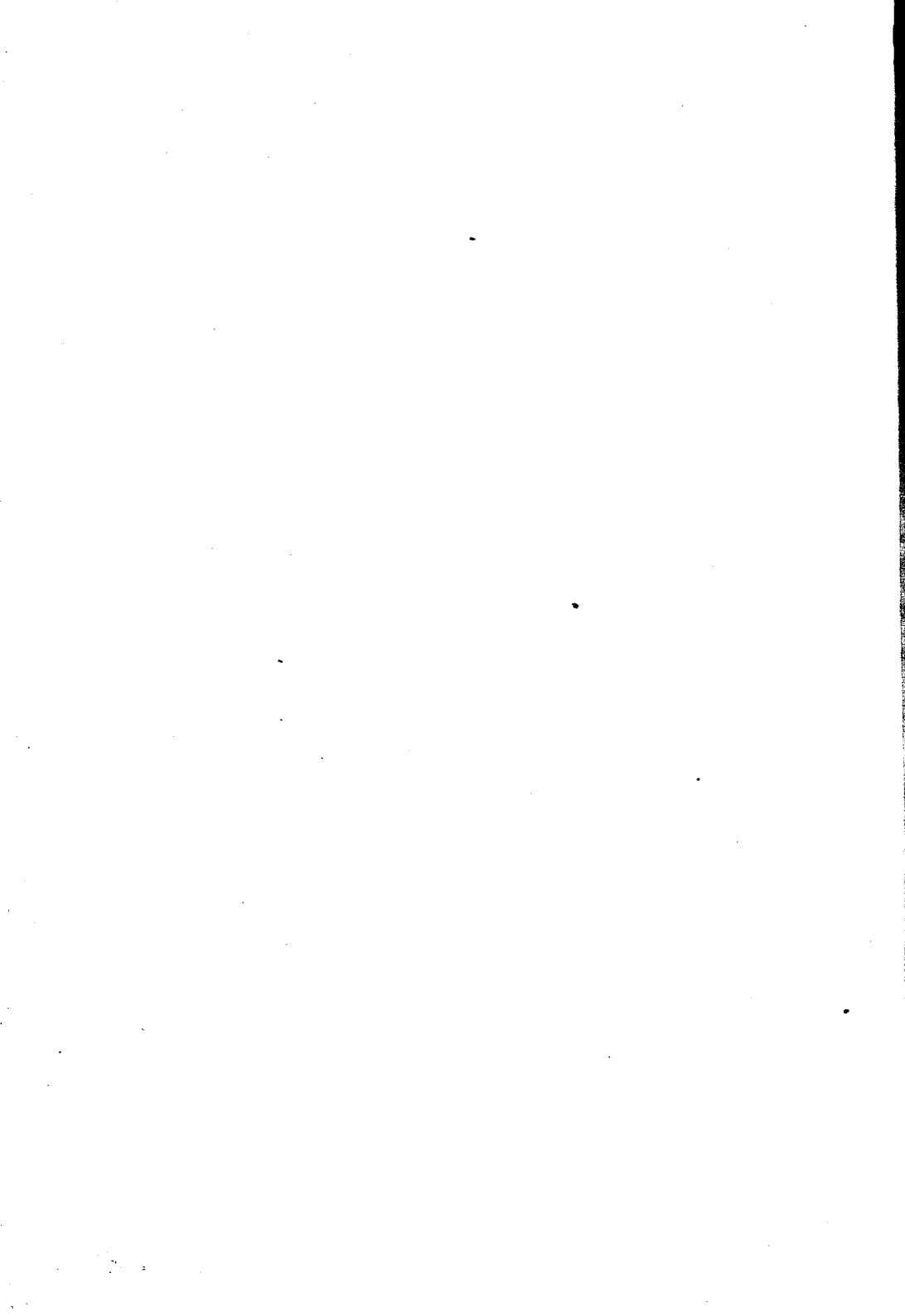
A MIS HERMANOS



A LOS MIOS

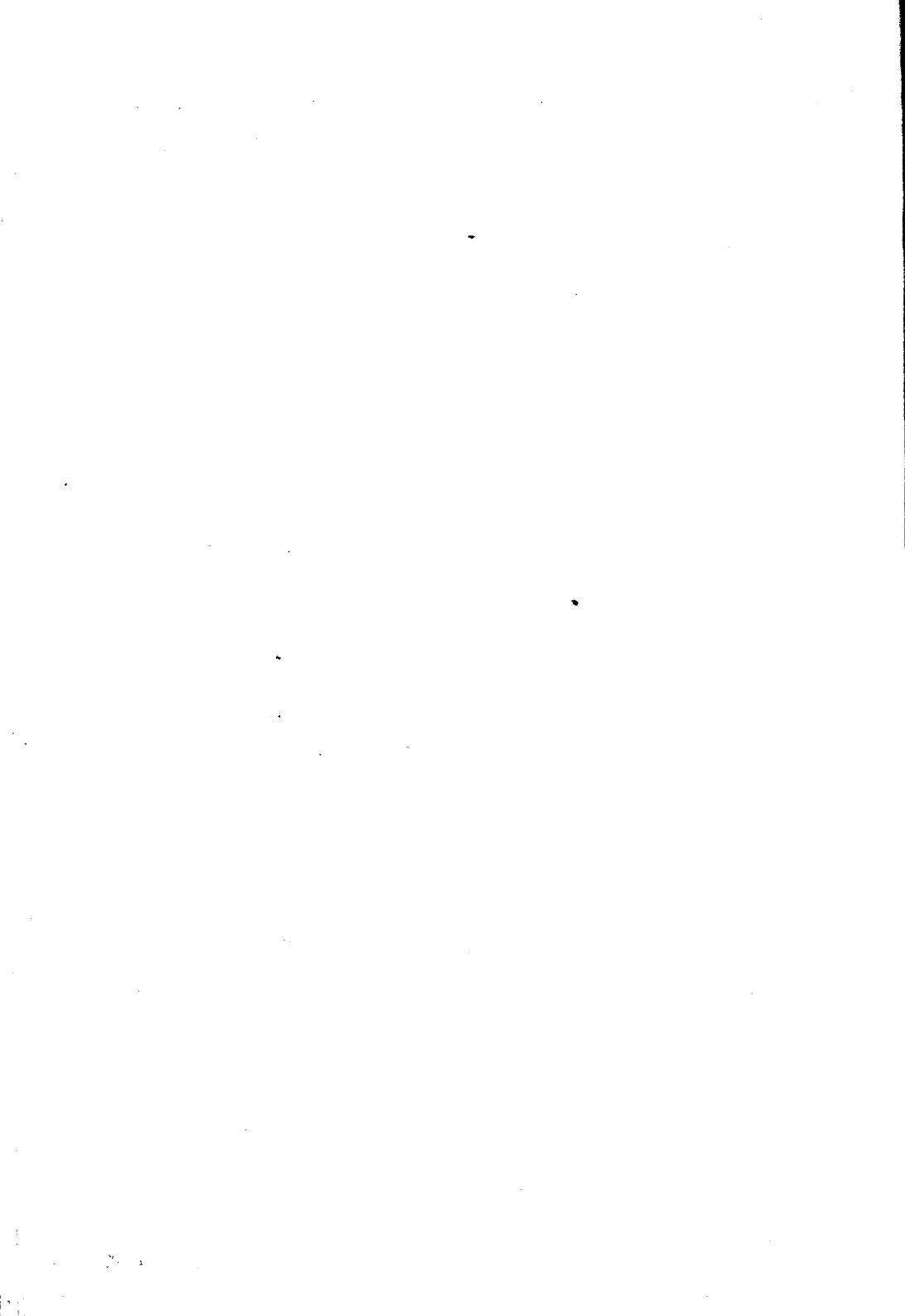
y

A MIS AMIGOS



AL DOCTOR AVELINO GUTIERREZ

Profesor de Anatomía Topográfica



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Tengo el honor de someter a vuestra elevada consideración este trabajo que, sin pretensiones de originalidad, sólo aspira a reflejar las opiniones reinantes en esta materia y los juicios y conclusiones que he podido deducir de la observación de los enfermos a mi alcance.

La úlcera crónica del estómago y del duodeno, ha sido tratada en forma completa en nuestro país, la bibliografía extranjera es extensa y valiosa, el estudio de su diagnóstico y tratamiento han sido abordados con igual competencia y la generalidad de los trabajos a este respecto, como puede verse, abarca también el estudio general de las complicaciones. Sólo de una de ellas, la perforación aguda, una de las más graves, tratará este trabajo.

El estudio de la frecuencia de las úlceras simples, y el de la relación del número de las per-

foraciones con el de aquellas, los caracteres de estas últimas, su situación y su etiología, precedidos por breves consideraciones generales, constituirán la materia del primer capítulo. Los subsiguientes, tratan de la sintomatología de la perforación, de su diagnóstico y de su evolución y pronóstico.

El capítulo inmediato está destinado al tratamiento; abarca algunas consideraciones sobre los síntomas que deciden la aplicación del tratamiento adecuado, exclusivamente quirúrgico; nos ocupamos luego de las ventajas y necesidad de la intervención precoz y elección de anestesia; estudiamos a continuación los distintos métodos propuestos para el tratamiento de la perforación y analizamos la oportunidad e indicaciones de cada uno de los procedimientos en boga, incluyendo la yeyunostomía que el prof. Von Eiselberg de Viena ha practicado en estos casos con tanto entusiasmo y cuyas ventajas por nuestra parte, hemos podido observar en varios enfermos, operados por el doctor Rodolfo Pasman. Completan el capítulo una serie de estadísticas respecto a los distintos procedimientos en uso, los resultados en relación con la precocidad de la intervención y las más frecuentes complicaciones post-operatorias.

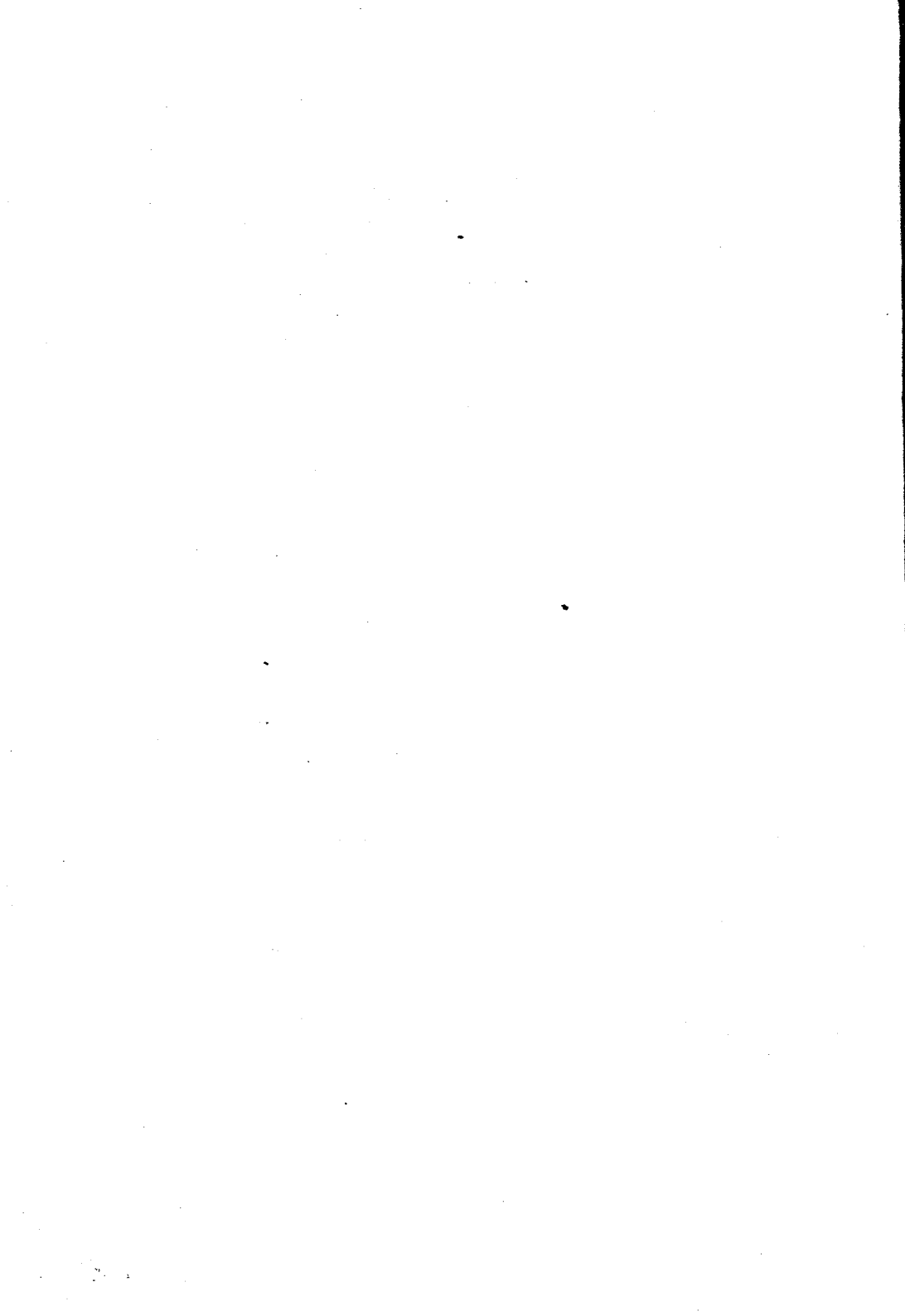
Finalmente, incluimos al fin de este trabajo, las observaciones clínicas que hemos podido seguir durante nuestro internado en el Hospital Rawson.

Al alejarme de esta casa, que quedará para mí tan llena de gratos recuerdos, tengo la satisfacción de manifestaros mi agradecimiento por vuestras enseñanzas y mi admiración por vuestra sabiduría y por vuestro carácter, que tanto ha de hacer para levantar aún más nuestra escuela médica, y que será la meta a que con legítimo placer aspiremos vuestros discípulos.

A los médicos del Hospital Rawson, mi agradecimiento por sus enseñanzas al lado del enfermo, muy especialmente al Doctor Martín Reibel, quien mucho me honra acompañándome en este acto y a los doctores Enrique Finochietto, Bernardino Maraini y Juan Carlos Delfino.

Al Profesor de Anatomía Descriptiva, Doctor Sarmiento Laspiur, mi ex jefe de Trabajos Prácticos en el Anfiteatro de Anatomía Topográfica, muy agradecido por sus atenciones.

Al Doctor Rodolfo E. Pasman, que me sugirió el tema de este trabajo y me proporcionó los casos clínicos que lo acompañan, mi reconocimiento.



CAPITULO I

CONSIDERACIONES GENERALES

Emprendemos el estudio en conjunto, de las perforaciones de las úlceras del estómago y del duodeno, porque sus semejanzas patogénicas, determinadas por su mismo origen embriogénico y análogas funciones, disminuyen la importancia de la ubicación de la úlcera, haciendo que su diagnóstico diferencial pierda, relativamente, su interés, desde que el tratamiento de las perforaciones de las úlceras pépticas, en ambos órganos, será muy parecido.

En 1695, Grassino relata un caso de úlcera de estómago perforada con su peritonitis consecutiva. Cruveilhier estudió los caracteres anatómicos de la úlcera de estómago, y conocía sus complicaciones; observó además, varios casos de úlceras latentes.

En la autopsia de un sujeto muerto con síntomas de perforación del duodeno, Travers, encontró una úlcera perforada de este órgano, que había originado una peritonitis mortal; es la primera observación de úlcera péptica perforada del duodeno.

Mucho se ocuparon los autores de la perforación de las úlceras; una publicación de Triez en el año 1863, relata más de veinte observaciones. Aunque mucho se había adelantado en el conocimiento médico y patológico del *ulcus* del estómago y del duodeno, fueron relegados comúnmente a una terminación fatal hasta hace apenas treinta años, cuando Mickulicz hizo la primera tentativa de curar la afección por medio de una intervención quirúrgica. A pesar de no haber tenido mayor éxito en sus comienzos, los principios que sentó pronto fueron conocidos.

El cirujano H. P. Dean, obtuvo el primer éxito en el tratamiento de la úlcera perforada de duodeno, en el año 1894.

Dieulafoy en sus lecciones del Hotel Dieu, en los años 1897 y 1898, insiste sobre las complicaciones y particularmente la perforación de las úlceras; Weir, Pauchet, Mayo Robson, Moynihan, Tuffier, los hermanos Mayo señalan las indicaciones del tratamiento quirúrgico, vuelto más audaz favore-

cido por las seguras conquistas de la asepsia moderna.

A pesar de este progreso, las perforaciones todavía escapan con frecuencia al diagnóstico o son tomadas por otras lesiones, y la demora consiguiente en la aplicación del tratamiento adecuado lleva al sacrificio de muchas vidas ; de ahí la importancia del diagnóstico precoz de las perforaciones, pues permite cumplir el debido tratamiento, que sólo puede ser satisfecho con una intervención quirúrgica. La importancia del asunto justifica pues, la mención de los síntomas de las perforaciones y de su diagnóstico, antes de ocuparnos del tratamiento.

— — — —

Las complicaciones de las úlceras de estómago y duodeno, prescindiendo de las que repercuten sobre el sistema general y nervioso, son :

- a) La perforación.
- b) La hemorragia.
- c) Adherencias.
- d) Fístulas.
- e) Estenosis pilóricas y mesogástricas.
- f) Cancerización secundaria.

Sólo nos vamos a ocupar de la perforación.
Por perforación aguda entiéndese la producida

rápidamente, sin dar tiempo a la formación de adherencias y que da lugar a peritonitis generalizada.

Cuando la úlcera que se ha perforado se encuentra en un punto poco movable del estómago o del duodeno, o la perforación se hace lentamente, o bien las vísceras o epiplones limitan el escurrimiento de los líquidos hacia la gran cavidad peritoneal, se produce un absceso, que los exsudados defensivos limitan, un foco limitado de peritonitis a formas variables.

En algunos enfermos se constatan antecedentes netos de úlcera; otros «parecen iniciarse en la enfermedad ulcerosa con la grave complicación y hacen pensar en los procesos de escarificación toxi-infecciosa fulminante que llegaría inmediatamente a la perforación. En la gran mayoría de los casos, es posible que el mecanismo sea el de una poussée de inflamación intersticial, con infiltración parvicelular y autodigestión de los tejidos, así preparados, por disminución de su vitalidad (1).

Los antecedentes negativos no nos autorizan, sin embargo, a pensar siempre en una úlcera reciente, pues está demostrada la frecuencia de las úlceras latentes, especialmente duodenales.

(1) Revista de la Sociedad Médica Argentina; p. 226, N^o. 130.

La úlcera péptica es una afección frecuente; según Ewald, de Berlín, el 4 o 5 por ciento de la población sería atacada por úlcera de estómago; para Mickulicz la proporción sería de 1,13 a 13 por ciento, Stadwell señala un porcentaje de 1,24 por ciento; Brinton ha encontrado úlceras de estómago en el 5 por ciento de las autopsias que ha practicado, Gibert valora en 6 por mil la frecuencia de la úlcera péptica; Grünfeld ha encontrado un tres por mil sobre 1150 autopsias, Mayo Robson deduce de su experiencia quirúrgica que la frecuencia de la úlcera del duodeno es considerable.

Debove y Renault, y Balthazard, establecen que doble o cuádruple número de mujeres son afectadas en relación a los hombres; Laroque, llega a conclusiones contrarias. Gaultier, afirma que a la inversa de lo que sucede con la úlcera del estómago, la del duodeno es tres veces más frecuente en el hombre que en la mujer, la estadística de Gross, coincide con la de Gaultier, en cuanto se refiere a úlceras de estómago; Leube, sobre 100 enfermos de úlcera observó 65 mujeres y 35 hombres; según Brunner la relación de enfermos con referencia al sexo, sería de cuatro veces mayor número de mujeres atacadas que el de hombres.

Se encuentra en todas las edades; según Balthazard, la úlcera de estómago sobreviene, especial-

mente entre los 15 y los 30 años. Oppenheim ha publicado quince observaciones de melena en recién nacidos debida a úlcera del duodeno. Collin en una estadística de 280 casos, encuentra el máximo de frecuencia de úlcera del duodeno, entre 30 y 60 años.

Parece que algunas profesiones predispusieran a la ulceración de la pared. Las úlceras son generalmente solitarias, algunas veces se encuentran dos, las múltiples son raras; al lado de úlceras en actividad se han hallado otras en vías de cicatrización.

Según Balthazard, en la mitad de los casos de úlcera de estómago, ésta se encuentra sobre la cara posterior; en la otra mitad, con una frecuencia casi igual se encontraría sobre la cara anterior, a nivel de la pequeña curvatura y en la vecindad del píloro. La úlcera del duodeno se halla casi siempre en la primera porción en la vecindad del píloro, más a menudo sobre la cara anterior que sobre la posterior. Otros autores, tomando en conjunto las úlceras del tubo gastro-duodenal, asignan la mayor frecuencia al anillo pilórico; serían menos frecuentes las de la pequeña curvatura y parte superior del duodeno.

La úlcera del duodeno es quince veces menos frecuente que la del estómago, según Collin; sin embargo, las estadísticas recientes de W. J. y C. H. Mayo, dan un 43 por ciento de frecuencia relativa

de úlcera del duodeno. Con los americanos, los autores ingleses atribuyen mayor frecuencia, a la úlcera del duodeno que a la del estómago. Los autores franceses explican estos distintos resultados entre sus estadísticas y las americanas, por el distinto límite que los ingleses y americanos por una parte y los franceses por otra, consideran entre el estómago y el duodeno; la vena pilórica, sería el límite para los americanos y el anillo pilórico colocado un poco más adelante señalaría esta división para los franceses; esta variedad de límites explica la diferencia de las estadísticas por la frecuencia de la úlcera en estas regiones.

Es difícil establecer la frecuencia de las perforaciones sobre el total de casos de úlceras. Según Brinton el 14 por ciento de los ulcerosos se perforan; sobre ochocientos cincuenta enfermos observados en los hospitales Andreal y Saint Antoine, la perforación sólo se observó doce veces, es decir, en el 1,33 por ciento de los casos. Según Leube, el 1 por ciento, de los ulcerosos sufrirían esta complicación, según Grenaigh y Yoslin el 3 por ciento; Debove y Remond coinciden en los resultados obtenidos en sus observaciones con los de Brinton, y como este autor obtienen una frecuencia de perforaciones de 14

por ciento ; el porcentaje de Hahershon, supera a este resultado, alcanzando el 18 por ciento ; la estadística de Pearce Gould, da una relación entre el número de ulcerosos y perforados, de cuatro a uno o sea el 25 por ciento de perforaciones.

Collin encontró 181 perforaciones sobre 262 casos de úlcera, es decir, en el 69 por ciento de los casos ; Keen, comentando esta proporción concluye que el porcentaje debe ser mayor, si se tiene en cuenta que muchos casos de úlcera sólo se diagnostican en la autopsia.

El lugar a donde se produce la perforación tiene una gran importancia ; en efecto, la perforación puede o no tener libre comunicación con la gran cavidad, como sucede por ejemplo en las perforaciones de la cara posterior del estómago ; sobre la pared anterior, la perforación podría determinar la irrupción del contenido del órgano en la gran cavidad o bien puede ser limitada por adherencias.

Según Gould, el 85 % de las úlceras de la pared anterior se complicarían de perforación en la cavidad peritoneal ; las úlceras de la pared posterior del estómago, se complicarían de perforación en el 2 por ciento de los casos solamente.

Mickulicz, indica como frecuencia de la perforación de la pared estomacal anterior, el 80 por ciento de los casos, Chapt, el 85 por ciento.

Según Gluzinski, la frecuencia de perforaciones en la pared posterior sería superior al 50 por ciento.

Brunner cita 278 observaciones de perforación en la pared anterior y 42 en la posterior.

Las de la pared anterior se hallan distribuidas así :

Vecindad del píloro, 75.

Entre píloro y cardias, 23.

Vecindad del cardias 122.

No bien determinados, 27.

Pared anterior sin establecer sitio, 31.

Pared posterior :

Vecindad del píloro, 7.

» del cardias, 14.

» de la pequeña curvatura, 9.

Gran curvatura, 1.

No determinados, 11.

Algunas veces durante la intervención, es difícil establecer el preciso sitio de la ulceración.

La proporción entre las perforaciones en la pared anterior y posterior sería de 7 a 1, más a menudo vecinas al cardias y pequeña curvatura.

Explícense estas diferencias por la poca movilidad de la pared posterior y la formación de adherencias con los órganos vecinos, antes de la

perforación ; por otra parte, las perforaciones en la pared posterior, se hacen en la retrocavidad y no dan generalmente lugar a fenómenos peritoneales agudos y generalizados, sino a posteriori, a abscesos subfrénicos.

Las perforaciones gástricas se observan en un tercio de los casos en la pequeña curvatura ; según Villard, su situación elevada, su fijeza y sobre todo la existencia frecuente de adherencias explican su relativa inmunidad.

Refiriéndose a úlceras perforadas del duodeno, Collin y Alloncle, afirman que en el 60 por ciento de los casos se hallan en la cara anterior ; para Keen, la localización más común, en las perforaciones del duodeno, es la primera porción, cerca del píloro. La perforación del duodeno sería más común en el hombre que en la mujer, en la proporción de cinco a uno.

Caracteres de la perforación --- El aspecto es en la mayoría de los casos enteramente típico ; en medio de una porción de la pared, más o menos extensa, engrosada y rígida muéstrase un pequeño hojal que da la impresión de ser « el cráter del volcán ». Alrededor de la boca, encuéntrase a menudo grumos de fibrina ; otras veces, se presenta rodeada de adherencias con los órganos vecinos, particular-

mente con la cara inferior del hígado o la pared anterior del abdomen y que llegan en oportunidades, a constituir la verdadera pared del estómago a ese nivel.

La abertura es redonda u oval, con bordes generalmente cortantes; sólo se ve la serosa, cuya abertura es menor. La destrucción en las capas muscular y mucosa es mayor, dando así a la pérdida de substancia en conjunto, la forma de un tronco de cono.

En algunos casos, por un proceso de adherencias alrededor de la úlcera, la perforación ha dado lugar a la producción de un absceso enquistado, cuya ruptura ha producido a su vez, una peritonitis generalizada.

El calibre de la perforación es variable; se han observado desde medio, hasta tres centímetros.

La perforación es casi siempre única, se han citado sin embargo, casos de perforación múltiple y simultánea, pero esto es naturalmente raro.

No sucede lo mismo, con el hallazgo de otras úlceras, acompañantes de la perforada.

Volveremos a citar una estadística de Brunner.

Úlcera cabalgando en la p. curvatura con dos perforaciones, 2 casos.

Úlcera ventricular perforada y 1 úlcera duodenal, 4 casos.

Úlcera ventricular perforada y 1 úlcera ventricular, 9 casos.

Úlcera ventricular perforada y 1 úlcera penetrante en páncreas, 1 caso.

Úlcera ventricular perforada y 1 cicatriz de una úlcera ventricular, 3 casos.

Úlcera ventricular perforada y úlcera duodenal, 12 casos.

Úlcera ventricular perforada y 2 úlceras ventriculares, 4 casos; y otra serie, llegando al total, de 41.

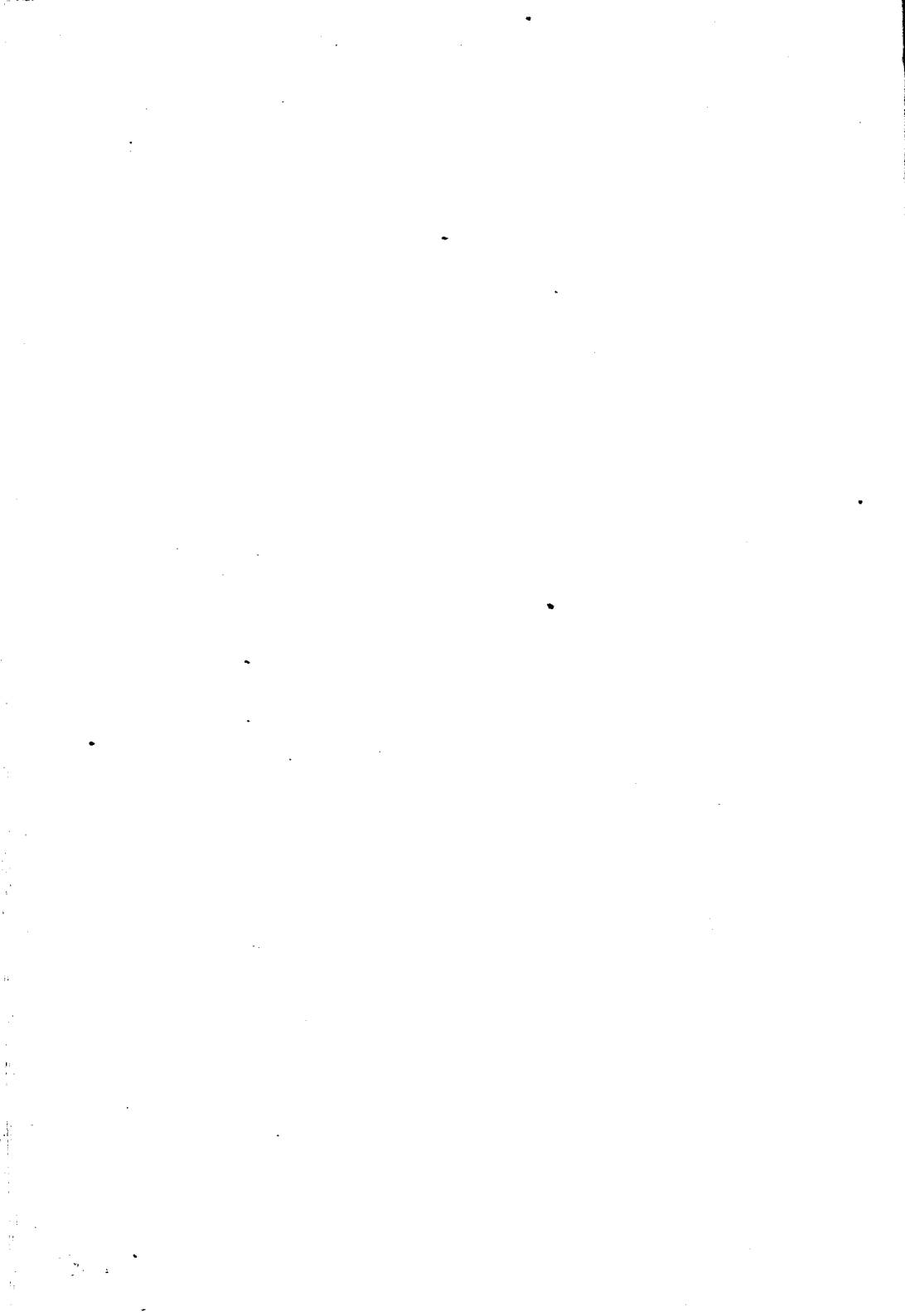
En resumen, llega a la conclusión por el número de necropsias practicado, ya que no puede tener en cuenta la observación «in vivo», que en el cuarto por ciento de los casos de úlceras perforadas se encuentran sea en estómago o en duodeno otras úlceras.

Lagoutte, ha señalado la frecuencia de la perforación en los medios obreros y hace notar igualmente los hábitos alcohólicos de la mitad de los perforados, que ha tratado.

Se invocan muchas causas como ocasionales de la perforación; a veces, ésta es precedida de una

abundante comida, otras se acusa a quintas de tos, un vómito, sacudidas o movimientos violentos o un esfuerzo. El traumatismo juega un gran papel en la etiología de la perforación, según Kehr y los ejemplos de esta índole no son raros; Gould cita uno, a consecuencia de caída de una escalera; Myles vió producirse una perforación, durante la reducción de una hernia umbilical; Pariser cita casos en los que durante un acceso de tos, un estornudo o en la marcha, se han producido perforaciones.

Hay casos observados, de ulcerosos que se han perforado durante el sueño; cítanse otros, en que la complicación sobrevino poco tiempo después de la comida; otras veces, en estómagos en estado de vacuidad. Gerulanos, concede especial papel en la perforación de las úlceras a los alimentos, de cierta consistencia, mal masticados.



CAPITULO II

SINTOMATOLOGÍA

En el cuadro de un perforado descuella un síntoma, el dolor a estallido brusco, « como si el intestino se desgarrara »; muy violento desde el comienzo, ya entonces alcanza toda su intensidad, a veces en sujetos que hasta entonces se hallaban en perfecto estado de salud (1); esta brusquedad e intensidad tiene su mejor expresión en la célebre del maestro Dieulafoy, « coup de poignard peritoneal », el gran síntoma de la perforación de las úlceras de estómago y duodeno.

El aspecto del sujeto, de penosa impresión, nariz afilada, rasgos estirados, denota intenso sufrimiento; el enfermo con los brazos sobre el vientre, tiene temor a los movimientos; el dolor es generalmente aumentado por la inspiración, por cam-

(1) Dieulafoy.—Clinica Med. del Hotel Dieu.

biar de un lado a otro, por la flexión de uno o ambos lados; estos diferentes modos de provocar o intensificar el dolor, variables según la localización del exsudado, son auxiliares de valor para llegar al diagnóstico.

Villard y Pinatelle, hacen notar que mientras la mayoría de las perforaciones tienen constantemente el principio sobreagudo clásico, las de la pequeña curvatura tienen en algunos casos, un 10 por ciento, un principio más insidioso; se trataría probablemente, de casos con fenómenos secundarios a accidentes perigástricos primitivamente localizados.

Una metódica exploración permite limitar la región en que ha estallado el dolor y el punto en que su intensidad es mayor; en algunos enfermos, todo el vientre es doloroso; sin embargo, el máximo de intensidad del dolor se presenta en la región sub-hepatogástrica, a la altura del hueco epigástrico o hacia los hipocondrios, según la región a donde se encuentra la perforación; irradia hacia el dorso y los hombros, sobre todo el izquierdo, este último se produciría especialmente en las perforaciones de las úlceras de la cara posterior del estómago.

Cuando la localización del dolor se acerca al hueco epigástrico, la perforación se hallaría en la región pilórica del estómago y del duodeno; en es-

te último caso ocuparía especialmente, la región de la vesícula biliar.

La respiración es superficial y frecuente, con preponderancia de la respiración torácica sobre la abdominal.

Es fácil constatar la mayor sensibilidad y especialmente, la resistencia muscular, junto con la sensación de peso u opresión local debida al exsudado, en la región a donde se ha hecho la perforación.

El vientre está tenso, plano; la rigidez leñosa de la musculatura, vientre en tabla, es el síntoma subjetivo más constante y de mayor valor, y en su punto de máxima intensidad, la mejor guía para localizar la lesión.

Ellsworth Eliot, de Nueva York, hace notar el valor diagnóstico del aumento de la resistencia del arco costal, que explicaría así: en su salida el contenido gástrico o duodenal, debe necesariamente descender a lo largo de los espacios laterales; este descenso en la perforación duodenal es más rápido, en razón de la ausencia del colon transversal, que en la perforación gástrica, impide por un tiempo el pasaje hacia el flanco izquierdo. En cualquiera de los casos, la irritación peritoneal resultante se traduce por un aumento de la resistencia del segmento inferior del arco costal correspondiente, el cual en espiración es menos fácilmente des-

plazado hacia la columna vertebral, que en el lado no afectado.

Señálase ordinariamente la desaparición de la matitez hepática, como signo constante de la perforación; sería un error, sin embargo, la exclusión de este diagnóstico, basada en la ausencia del timpanismo, que es un signo excepcional de comienzo. En general, pocas horas después de la perforación, es sustituida la matitez hepática por timpanismo; su causa sería la parálisis intestinal o el paso de gases a través de la perforación.

En casos de perforación duodenal, como en muchos casos de perforación pilórica, en los cuales se ha constatado el paso de gases a la cavidad peritoneal, se le ha visto en muy pequeña cantidad; lo mismo sucede en perforaciones gástricas a distancia del píloro, en los que la perforación ocurre cuando el estómago está vacío. Principalmente, en las perforaciones que ocurren poco tiempo después de comer, al tiempo de fermentación gástrica y en una zona de estómago más o menos lejana del píloro, puede esperarse que los gases pasen a través de la perforación, en cantidad suficiente como para modificar la matitez normal del hígado. Petren (1) observó gases al abrir la ca-

(1) Citado por Ellsworth Eliot.—Annals of Surgery—Nros. 4 y 5, año 1912.

vidad peritoneal, más o menos en un tercio de los casos de perforación gástrica y sólo en la novena parte de los casos de perforación del duodeno; en gran número de estos casos, los gases estaban en cantidad tan pequeña, que no podían tener efecto apreciable, en el área normal de la matitez hepática.

Eliot, asigna un gran valor a la matitez en cualquiera de los flancos; es posible según la observación de este autor, poner de manifiesto pocas cantidades de líquido, con la ayuda de la auscultación.

Asígnase igualmente en las descripciones de los síntomas de la perforación, un lugar importante a los vómitos y al hipo.

Los vómitos, aunque por ningún concepto constantes, son después del dolor, el más importante síntoma subjetivo.

En una serie de 92 casos, presentábase en 43 de perforación gástrica y en 10 de perforación duodenal, faltaba en 22 casos de perforación gástrica y en 5 de duodenal.

El vómito inicial, debido a irritación peritoneal, ocurre probablemente en una mitad o dos tercios de los casos de perforación aguda, poco tiempo después de la aparición del dolor y puede hacerse más frecuente, a medida que avanza la peritonitis.

El carácter y la cantidad de los vómitos há-

llase en relación con la calidad y cantidad del contenido gástrico, al tiempo de la perforación.

Cuando la perforación ocurre en estómagos completamente vacíos, el vómito se compone principalmente de bilis y mucus. Por otra parte, en estómagos más o menos distendidos con alimentos, los vómitos pueden ser abundantes y consisten en alimentos parcialmente digeridos. Rara vez se encuentra sangre en ellos.

Los vómitos, se observan más comunmente, en casos de perforación duodenal, que en casos de perforación gástrica, pues en este último caso, el acto fisiológico de vomitar es modificado, por el hecho, de que aún con pequeño esfuerzo de expulsión, el contenido gástrico escapa más fácilmente hacia abajo, a través de la perforación, hacia la cavidad peritoneal; mientras que, en la perforación del duodeno, la pared estomacal está intacta y el mecanismo del vómito, en consecuencia, permanece íntegro.

La frecuencia de los vómitos en las perforaciones gástricas, se debe al pensar de algunos autores, a la facilidad con que el contenido gástrico puede escapar a la cavidad peritoneal; así Leroy y otros cirujanos sostienen que en las perforaciones próximas al cardias y a la pequeña curvatura, los vómitos son menos frecuentes que cuando la

perforación está cerca del píloro o de la gran curvatura.

Es de notar que el hipo falta, sobre todo, en las horas inmediatas a la perforación.

En las primeras horas, suele no comprobarse modificaciones en la temperatura ni en el pulso; la temperatura varía después a la hiper o hipotermia; lo mismo del lado del pulso, la tensión buena, la regularidad y la escasa frecuencia, se modifican después y se comprueba la pequeñez y la aceleración del pulso.

El shock, en las perforaciones gástricas, sería a veces tan profundo e inmediato, que según Fenwick, traería en el 4 por ciento de los casos una muerte casi instantánea. Keen, refiriéndose a perforaciones duodenales, dice que bastan tres o cuatro horas para que pase el shock y coincide en este juicio con Ellsworth Eliot, para quien el shock sería tan transitorio, en la mayor parte de los casos, que al tiempo del primer examen médico habría desaparecido prácticamente.

Insiste el nombrado autor sobre este hecho, y combate la tesis opuesta que otros sostienen, y que según su opinión conduciría al diagnóstico erróneo y a una demora perjudicial, cuando no fatal, en la aplicación del debido tratamiento.

Mannheimer se ha ocupado de la relación en-

tre la úlcera perforada del estómago y la leucocitosis neutrófila y llega a la conclusión de que no tiene la importancia que en la apendicitis; el valor de este examen, parece mucho mayor para apreciar el pronóstico, sobre todo el pronóstico post-operatorio.

Mühsan, dice a este respecto: «La leucocitosis es rápidamente aumentada desde las primeras horas de la perforación; alcanza rápidamente a 12 o 13.000. Sobre 24 casos en los cuales hizo esta comprobación, encontró sólo dos excepciones».

El estudio de la curva leucocitaria después de la intervención, da datos sobre el aumento o disminución de la virulencia de la infección y sobre las reacciones del organismo.

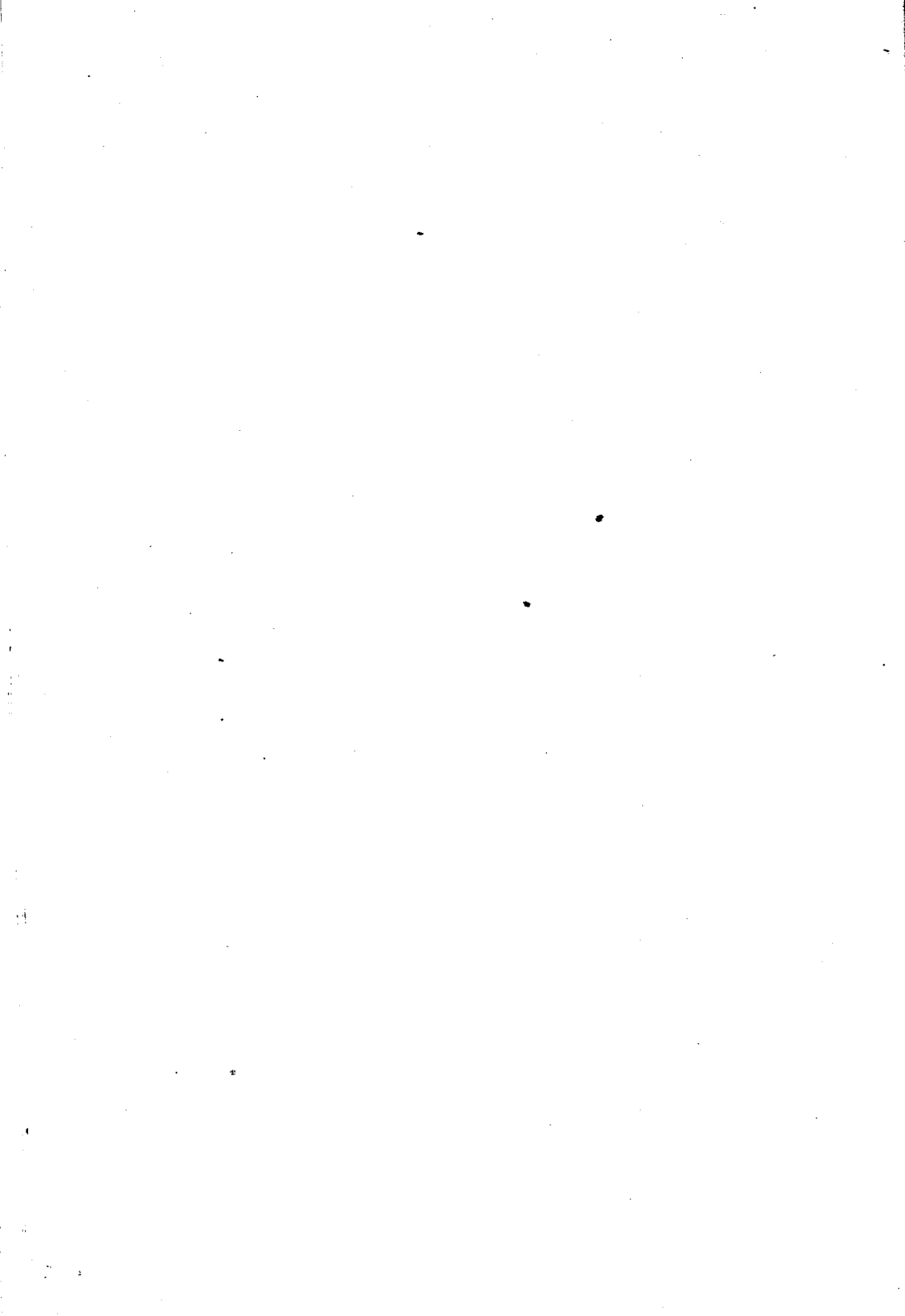
Según Mühsan, la hiperleucocitosis del comienzo, cae rápidamente si la terminación debe ser favorable, e insiste en que es necesario tener en cuenta los elementos que forman esta hiperleucocitosis, para hacer deducciones sobre el pronóstico; la polinucleosis sería de buen pronóstico, la mononucleosis, de pronóstico deplorable.

Es de hacer notar que la sintomatología varía según la mayor o menor proximidad entre el momento del examen y el de la perforación; el vientre plano y retraído, la defensa muscular, ausen-

cia de timpanismo, son sobre todo síntomas de perforación reciente.

Cuando la peritonitis aguda y los terribles dolores se presentan en sujetos con un pasado clásico de úlcera, el diagnóstico se hace más fácil; en un enfermo de úlcera, la recrudescencia de los dolores o la presencia de una hematemesis en los antecedentes inmediatos, permite sospechar un avivamiento del proceso de autodigestión que conduce a la perforación; otras veces, es necesario llegar al diagnóstico, basándose solamente en los síntomas antes descritos, porque la peritonitis aguda se presenta en sujetos hasta entonces absolutamente sanos.

Es bueno establecer, que la úlcera del estómago, que hace su evolución en silencio hasta que se manifiesta por la perforación, no es rara; puede decirse, sin embargo, con Dieulafoy, que si en el duodeno la úlcera latente es la regla, en el estómago es la excepción.



CAPITULO III

DIAGNÓSTICO

Es necesario que el diagnóstico sea preciso y rápido, pues de ello depende el éxito del tratamiento.

En enfermos que presentan un pasado ulceroso neto, es en general fácil; otras veces la perforación abre el cuadro, en individuos hasta entonces perfectamente sanos.

Como insiste Dieulafoy, es por medio de una semiología precisa y por el estudio completo y razonado de los síntomas, que se llega en tales casos a sentar un buen diagnóstico.

El diagnóstico de ubicación de la úlcera, es de interés especialmente para encaminar la operación, pero es de mayor importancia sentar el diagnóstico de « perforación », para actuar en consecuencia, entregando el enfermo al cirujano. La exploración qui-

rúrgica, permitirá el rápido descubrimiento de la perforación y la aplicación de la terapéutica adecuada.

¿Es una perforación de úlcera del estómago ó del duodeno ?

Generalmente, el diagnóstico etiológico de la peritonitis es facilitado por el cuadro clínico de « pasado gástrico », que acompaña a estos enfermos.

Otras veces, no es posible obtener datos a este respecto o son negativos.

Aunque la solución del problema tiene estas dificultades y otras relacionadas con la presencia de úlceras coexistentes, no es de temer el error de diagnóstico entre la perforación de una u otra porción del tubo gastro duodenal, toda vez que la terapéutica a seguir, en uno u otro caso, es la misma.

Diagnóstico diferencial — Aunque los casos con los cuales puede confundirse la perforación aguda, debían teóricamente limitarse, a lesiones que se localizarían en el cuadrante superior derecho del abdomen o por lo menos en la región epigástrica, es un hecho de observación que el error más frecuentemente cometido, en los casos de perforación aguda, es su confusión con apendicitis.

Ambas son precedidas, a menudo, por una historia de síntomas gastro-intestinales de variable in-

tensidad, con predominio gástrico o intestinal, respectivamente. Tanto en los casos de perforación, como en los de apendicitis aguda, el comienzo del ataque se señala por intenso dolor, con o sin vómitos, el aumento del pulso y de la temperatura y una marcada leucocitosis.

Por rápido y agudo que sea el comienzo de la apendicitis, los dolores apendiculares son gradualmente crecientes; un interrogatorio prolijo permite, en general, comprobar que recién después de una hora del comienzo, a veces después de muchas horas, los dolores apendiculares adquieren toda su intensidad; en las peritonitis por perforación estomacal, el dolor es tan instantáneo como atroz; la perforación y la peritonitis tienen comienzos distintos. El dolor en «coup de poignard» no existe en la apendicitis y el vientre en tabla, tan característico de la perforación. En la apendicitis, en muchos casos y aunque con numerosas excepciones, el dolor referido al principio a la región del ombligo, es ordinariamente localizado horas más tarde en la fosa ilíaca derecha.

En las primeras horas después del comienzo de cualquiera de las dos afecciones, el diagnóstico puede ser hecho por la diferencia de los signos físicos; mientras en la perforación aguda, el dolor y la contractura de defensa son más intensos arriba a ni-

vel del ombligo, hacia la derecha (perforación duodenal o pilórica) o a la izquierda de la línea media (cardias), según su localización, en apendicitis aguda el dolor y la contractura son más pronunciados hacia el punto de Mac Burney.

La matitez en los flancos es aumentada en las perforaciones; en la apendicitis, la aparición de la matitez es más tardía y se constata entre la espina iliaca ántero-superior y el ombligo.

Después de las primeras doce o veinticuatro horas, los signos físicos de cada una de estas afecciones se hacen más parecidos, sobre todo si la perforación está en la vecindad o debajo del nivel del píloro.

Después de este tiempo, el contenido gástrico o duodenal, ha pasado a través de la perforación hacia la pelvis y la defensa e hiperestesia de esta región, referida a la parte más baja del abdomen, pueden ser más intensas que la rigidez y el dolor provocado en el comienzo, a nivel de la perforación. Con el avance de la peritonitis, el diagnóstico se hace más difícil y sólo se facilita con la ayuda de una incisión exploradora.

Tan pronto como la cavidad abdominal ha sido abierta (1), se hace el debido diagnóstico. Si se

(1) Ellsworth Elliot.—Annals of Surgery.

ha hecho la incisión de Mac Burney, con referencia a apendicitis, la prolongación de la intervención no es de consecuencias y la misma incisión puede servir para el drenaje.

La confusión frecuente entre perforación y apendicitis y la posibilidad de la aplicación en perforados de la incisión adecuada para apendicitis, hacen útiles los datos siguientes : en ambos casos al ser incindido el peritoneo sale líquido por la herida ; en la perforación gástrica o duodenal el líquido es amarillo, ordinariamente inodoro, y se distribuye uniformemente, sin que se advierta en el ciego y entre las ansas intestinales cambio de color, olor o consistencia. Esto tiene lugar en las primeras horas, antes que se ponga de manifiesto la autodigestión visceral y parietal.

En una apendicitis aguda, el líquido vecino al peritoneo parietal es generalmente seroso, en pequeña cantidad y sin olor ; a medida que el apéndice se aproxima, se torna turbio ; finalmente, se encuentra el apéndice decolorado, friable, sumergido en una capa de pus espeso, parcial o totalmente aislado del resto de la gran cavidad por adherencias. En ausencia de estas variaciones, el comienzo de una peritonitis aguda, se debe a la perforación de una úlcera del estómago o del duodeno, que se debe buscar inmediatamente.

Las lesiones, que se localizan en el cuadrante superior derecho del abdomen y con las cuales puede confundirse la perforación aguda, son : las de la vesícula biliar, el páncreas y el apéndice.

Los casos de apéndice en esta región, comprenden aquellos en que el ciego está anormalmente ascendido y el apéndice está fuera de su posición normal, o bien aquellos, tan raros como los anteriores, en que el apéndice tiene una longitud exagerada, en posición retro o paracecal y alcanza la proximidad del hígado o de la vesícula biliar.

La colecistitis aguda, con o sin perforación de la vesícula, puede simular una perforación aguda en la proximidad del píloro, haciendo el diagnóstico diferencial sumamente difícil. En ambas el comienzo es brusco, el dolor intenso y hay vómitos y repercusión sobre el estado general. La localización del dolor es más próxima a la línea media, en perforación que en colecistitis aguda, por lo menos, en la mayoría de los casos ; es común a ambos estados, la hiperestesia y la defensa, en la parte superior del gran recto del lado derecho, y arco costal vecino. En colecistitis, si la vesícula está situada debajo del reborde costal, puede aumentarse el dolor por la presión en la unión del octavo y noveno cartílago costal ; la contractura es poco intensa y de reducida extensión, lo

mismo la matitez; en la perforación, en cambio, el dolor es referido al epigastrio, en una zona más próxima a la línea media; la defensa muscular es más intensa y más extensa que en la colecistitis; la matitez en la perforación, se ha visto en varios casos, que se extendía del flanco al borde externo del gran recto.

Una vez abierto el abdomen, el diagnóstico no presenta dificultad; una incisión pararectal derecha, prolongada por una segunda incisión hacia la línea media, en caso necesario, expone la vesícula, el duodeno y la porción pilórica del estómago, permite abordar estas regiones y llenarse el tratamiento adecuado, en cualquiera de los casos.

El diagnóstico diferencial entre perforación y cólico hepático, puede hacerse con facilidad cuando existen antecedentes de este último; en el caso contrario, el diagnóstico puede presentar dificultades; el atacado de cólico hepático a pesar de sus sufrimientos y de sus vómitos, experimenta una notoria remisión de los síntomas al cabo de varias horas. Ayudan al diagnóstico, la localización del dolor y la posición del enfermo; el peritoneal permanece en completa inmovilidad, su vientre está rígido y encogido; el litiasico puede presentar contractura local de defensa y se queja terriblemente.

Es difícil la diferenciación del diagnóstico en-

tre perforación y pancreatitis aguda ; es evidente que una lesión aguda de la cabeza del páncreas, se traduce por síntomas objetivos y subjetivos, que se refieren al cuadrante superior derecho del abdomen, mientras que una lesión análoga que comprenda la cola del páncreas, se manifestará por sus síntomas en el cuadrante superior izquierdo ; en el primer caso, los síntomas pueden simular una perforación duodenal, y en el último, son idénticos a los de una perforación cerca del cardias. La comprobación de trastornos de la función digestiva del páncreas, puede resolver la duda ; en los días inmediatos al comienzo, preséntase en la pancreatitis aguda una tumefacción dolorosa a nivel del ombligo.

El diagnóstico, después de la exploración quirúrgica, es fácil : una incisión pararectal derecha da acceso a la cabeza del páncreas ; al abrir la cavidad abdominal encuéntrase abundante líquido de un color obscuro, si se trata de pancreatitis, mientras que en perforación el líquido es ácido, a menudo mezclado con gases, y con cierta cantidad de contenido estomacal, muchas veces. Aboga mucho, en favor de pancreatitis, la existencia de trozos necrosados en el epiplón ; una exploración profunda muestra la cabeza del páncreas agrandada e inflamada.

Debe hacerse el diagnóstico diferencial, entre perforación y estrangulación interna ; la confusión

de ambos estados patológicos no es rara; en la estrangulación el dolor es periumbilical o de la fosa ilíaca; sólo hay diferencia de grado en el dolor, los vómitos son más frecuentes e inmediatos, mayor la constipación y detención de gases; esta diferencia relativa entre los síntomas, es de difícil apreciación. Cítanse por otra parte, casos de estrangulación completa hasta con diarrea; el vómito fecaloide sería un dato de importancia, si la demora en la aplicación del debido tratamiento hasta constatarlo, no hiciera inútil la intervención.

Puede confundirse el diagnóstico de perforación con el de cólico saturnino; su comienzo es más insidioso, los antecedentes, la lisère de Burton, la zona dolorosa que abarca todo el vientre, la hipertensión del pulso, son síntomas del cólico de plomo.

Aunque la trombosis de los vasos mesentéricos es rara, es bueno establecer la diferencia de su sintomatología, con la que nos ocupa.

El comienzo de los accidentes señalase por un dolor intenso y brusco, de localización supra-umbilical al principio, que pronto se generaliza; hay meteorismo y ascitis, hematemesis, vómitos frecuentes. La diarrea es un síntoma de valor; a menudo sanguinolenta.

La perforación del ángulo izquierdo del colon, puede simular la de una úlcera péptica; son

de valor los antecedentes, para la diferenciación de ambos estados. Una diarrea sanguinolenta, incoercible, permite pensar en colitis de causa tóxica o microbiana ; la existencia de ataques repetidos de obstrucción intestinal aguda, encaminan hacia el diagnóstico de cáncer del colon.

Hay relación de varios casos, de diagnóstico erróneo, en que la intervención fué hecha por embarazo ectópico ; otras se ha diagnosticado cálculos renales, en lugar de perforación.

CAPITULO IV

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

La perforación es una complicación grave de las úlceras pépticas ; algunos cirujanos afirman haber visto casos fatales, a consecuencia del violento shock, entre 24 y 48 horas después de la perforación.

Hállase relacionada la gravedad de la lesión con su magnitud, y con el estado de repleción o vacuidad del estómago, estado este último, que al decir de LÉriche, tiene más importancia a su juicio, que la precocidad extremada de la intervención ; Terrier y Hartmann se plantean esta cuestión, basados en los resultados de sus observaciones, con tres casos fatales sobre tres enfermos tratados y que habían sufrido la perforación después de comer, y dos curaciones sobre tres perforados, en ayunas, que habían tratado.

Si el orificio de la perforación es ancho y abierto, los bordes indurados no tienden a llenar el vacío, como sucedería con tejidos mas blandos, la tendencia a la generalización de la peritonitis es mayor. Lo mismo sucede en las perforaciones de grandes dimensiones, los productos de la digestión son echados al peritoneo en cantidad considerable; en ese sentido, la perforación duodenal parece ser aún más peligrosa que la del estómago, pues las sustancias toxi-infecciosas de la digestión pasarían al peritoneo bajo forma de quimo proveniente del estómago o bajo forma de contenido intestinal, remon-
tando del intestino por movimientos antiperistálticos.

Si la perforación permite el rápido derrame del contenido gástrico en el peritoneo, sin dar tiempo a la formación de falsas membranas que lo limiten, se produce una peritonitis que pronto se generaliza; es de notar que ésta no se produce d'emblée, y sólo después de varias horas de la perforación, aparece con su cuadro característico. Esta evolución de las perforaciones, es propia de las úlceras de las partes poco fijas del estómago y del duodeno.

En general, el plazo máximo que demora la aparición de la peritonitis es de 24 horas, período que es indispensable tener en cuenta para el pronóstico, porque hay menos probabilidades de que los enfermos se salven después de este plazo.

Durante la transición entre el comienzo y el período terminal antes descrito, preséntase una sintomatología que conviene estudiar bien para alejar el error.

Después del notorio comienzo epigástrico, a las 24 horas o después, en los sujetos en quienes la marcha de la afección no es fulminante, la sintomatología se fija en la fosa ilíaca derecha; el pus y los líquidos vertidos en abundancia en el peritoneo, por encima del mesocolon transversal, que limita hacia abajo el abdomen superior, se escurren por sobre el ángulo derecho del colon y por la gotera parieto-cólica derecha, por fuera del mesocolon ascendente y llegan a la fosa ilíaca derecha, despertando allí la peritonitis al igual que en los casos de perforación de apéndice.

Los enfermos que sobreviven sin ser operados, pueden presentar, después de ese plazo, el cuadro de las peritonitis agudas generalizadas, facies característica, ojos excavados, rasgos estirados, respiración superficial y acelerada, lengua seca, vómitos porráceos frecuentes, intenso dolor del lado del vientre, meteorismo, matidez hepática desaparecida, sed continua (signo de Jobert), constipación, pulso débil, frecuente, hipotenso, temperatura más baja que la normal, cuadro que termina con la muerte.



CAPITULO V

TRATAMIENTO

En presencia de un sujeto, cuya enfermedad ha comenzado con un dolor abdominal atroz, marcado por contractura refleja de la pared (vientre en tabla) y con una zona de hiperestesia a la presión, en la parte superior derecha del abdomen, la conducta del médico está delineada y debe proceder a la intervención.

«Lecéne es más «arriesgado» ; bástale la observación de la contractura, siempre que se produzca al mismo tiempo del dolor, y manifiesta el citado autor que no tiene aún porqué arrepentirse de semejante proceder ; siempre se ha encontrado con lesiones que necesitaban el tratamiento quirúrgico.

No existe, pues, otro tratamiento para la perforación aguda, que el quirúrgico.

La intervención deberá ser tan rápida y tan simple como sea posible, tratando de suprimir la causa y drenar las cavidades. Hay acuerdo unánime sobre este punto, y todos los autores están de acuerdo también, en que el tratamiento médico por la morfina y por el hielo son nefastos para el enfermo.

Si el shock se presenta, es tan transitorio en la mayor parte de los casos, que poco tiempo, tres o cuatro horas (Keen), bastan para que haya desaparecido prácticamente.

Es necesario hacer notar este hecho, pues la tesis contraria aparte de desviar el diagnóstico, conduce a una perjudicial demora en la intervención. Por lo demás, cuando el shock existe (Eliot) no es contraindicación para una operación inmediata, conclusión que se halla en pugna con la extendida idea de que la operación debe postergarse, hasta que el shock haya desaparecido.

Por otra parte, resuelta la intervención debe prepararse al enfermo, tratando de alejar en lo posible la debilidad de su estado; el uso de suero fisiológico con adrenalina, en inyección sub-cutánea o intra-venosa, da buen resultado.

Es un hecho comprobado, que cada hora de demora en el diagnóstico o en el tratamiento, disminuye las probabilidades de éxito; la bondad de los resultados, se halla en estrecha relación con la precocidad de la intervención, aserción que comprueban las estadísticas de las páginas siguientes:

Intervalo entre la perforación y la operación

ESTADÍSTICA DE BRUNNER

TIEMPO	PERFORACIÓN DE ESTÓMAGO		PERFORACIÓN DE DUODENO	
	Curados	Fallecidos	Curados	Fallecidos
2 horas	4	1	—	—
3 »	11	5	—	1
4 »	11	3	1	—
5 »	13	1	1	—
6 »	18	4	1	—
7 »	12	2	—	—
8 »	11	5	1	—
9 »	7	3	—	—
10 »	6	5	3	—
11 »	3	4	—	—
12 »	6	5	2	—
13 »	3	3	—	—
14 »	5	2	—	—
15 »	2	—	1	1
16 »	2	3	—	—
17 »	4	—	—	1
18 »	6	9	—	1
19 »	5	4	—	2
20 »	3	3	1	—
21 »	2	4	—	—
22 »	—	1	—	3
23 »	11	7	—	—
24 »	—	1	1	—
25 »	—	4	—	1
26 »	5	—	—	1
27 »	5	—	—	1
28 »	3	1	2	1
29 »	—	—	—	1
30 »	3	4	2	—
31 — 36 »	4	7	—	2
36 — 48 »	5	15	—	5
3 días	5	22	—	19
4 »	6	15	—	7
5 »	—	3	—	3
6 »	1	2	—	2
7 »	—	1	—	—
8 »	—	—	—	2
9 »	—	1	—	—
10 »	—	—	—	2
11 »	—	1	—	—
No especificado	19	25	—	11
TOTAL.....	201	186	17	66
Proporción por ciento ...	52 %	48 %	20 %	80 %

ESTADISTICA DE TERRIER Y HARTMANN (1)

Número de intervenciones	Intervalo entre perforación y operación	Fallecidos	Percentage
53	Menos de 12 horas	16	30 %
28	12 a 24 »	22	58 %
29	24 a 48 »	22	76 %

ESTADISTICA DE PATERSON (2)

	Fallecimientos Percentage
Intervención en las 12 primeras horas.....	47 %
» entre 12 y 24 »	50 %
» » 24 y 48 »	83 %

ESTADISTICA DE ROBSON Y MOYNIHAN (2)

	Fallecimientos Percentage
Intervención en las 12 primeras horas.....	28.5 %
» entre 12 y 24 »	63.6 %
» » 24 y 36 »	87.5 %
» después de 36 »	100 %

(1) Chirurgie de l'estomac.

(2) Tesis de Bousseau.—Paris.

ESTADISTICA DE BRUNNER
(Resumen)

	Mortalidad por ciento	
Intervención antes de 12 horas.....	2 muertos	18.2 %
» entre 12 y 36 »	14 »	66 6 %
» después de 36 »	62 »	100 %

Recientemente Lecéne (tesis de Bousseau), relataba su propia estadística : ha operado en dos años 5 casos de úlcera duodenal o gástrica, y todos estos enfermos operados precozmente, entre 6 y 20 horas, han curado de su peritonitis.

Mayo Robson, en una comunicación, al Congreso Internacional de Cirugía de Bruselas (tesis de Patané), cita 10 casos de perforación de úlcera de estómago, operados entre un cuarto de hora y diez horas después de la aparición de los primeros síntomas, obteniendo 10 curaciones

Anestesia — De un modo general, se prefiere el cloroformo. Temoin, manifiesta que «este anestésico facilita la operación y se penetra mejor en la cavidad abdominal, gracias a la mayor flacidez de

la pared » ; la causa de la peritonitis se hace más accesible y se expone menos al enfermo a las peligrosas contingencias de la evisceración.

Si se interviene durante el período de shock, en enfermos en colapsus, con pulso pequeño, miserable, es buena la anestesia por el éter.

En fin, se ha aconsejado cuando el estado del enfermo es muy deficiente, prescindir de la anestesia general, y hacer anestesia local con novocaina-adrenalina ; unas gotas de cloroformo bastarían entonces, para dar al enfermo la necesaria calma durante las maniobras, en las partes profundas.

Incisión — Debe permitir la necesaria exploración del vientre y abordar rápidamente la causa de la peritonitis.

La incisión paramediana derecha permite, en caso que se tratara de apéndice o vías biliares, su prolongación en uno u otro sentido.

Delageniére aconseja incidir sobre la línea media supra-umbilical ; si no da campo suficiente, puede prolongarse seccionando por una ligera incisión transversal, el gran recto del lado derecho.

Sheild, hace incisión paralela a la línea blanca, pasando a más de dos traveses de dedo afuera de ella ; el largo es de cinco traveses de dedo y parte

del 8º cartílago costal; tiene el inconveniente de no respetar la invasión de la pared.

Lecéne, ha practicado la incisión transversal de Sprengel, con muy buen resultado. Gosset recomienda esta incisión para las intervenciones en la región gastro-duodenal. La incisión de Sprengel es transversal, a tres traveses de dedo por encima del ombligo, entre la 2ª y la 3ª intersección aponcurótica del gran recto; después de la sección del gran recto del lado derecho, en esa línea, la cavidad abdominal se encuentra ampliamente abierta y si la brecha no fuera suficiente puede ensancharse hacia el lado opuesto, seccionando el gran recto del otro lado; según Gosset esta incisión es menos mutilante que la incisión vertical habitual, que no respeta los nervios y expone a ulterior eventración; esta incisión tiene un inconveniente, y es el tiempo que demora la intervención.

Es posible, la confusión de la perforación con una lesión apendicular; si se hace la incisión habitual, sobre el borde externo del músculo recto, habiéndose hecho diagnóstico de apendicitis, y no se encuentra la lesión diagnosticada del lado del apéndice, y, por otra parte, la salida de líquido inodoro, verdoso, hace pensar en lesión que se encuentra en la parte superior de las vías digestivas, esta incisión puede servir de drenaje, y en todo caso, dirigiremos

la exploración quirúrgica a la parte superior del vientre.

Abierto el abdómen, fluye un líquido cuyo aspecto y contenido varía con la época de la perforación.

Puede referirse a cuatro tipos (1) :

a) Semejante al que se obtiene por la bomba estomacal, con su aspecto y olor típico.

b) Líquido fluído de color amarillento y sin olor.

c) Líquido gelatinoso, inodoro, opalescente y en cantidad.

d) Tipo de las peritonitis purulentas agudas generalizadas apendiculares, sin olor fecaloide.

Si el líquido que fluye al abrir el vientre es inodoro, de color amarillento, abundante, pensaremos en la existencia de una perforación gastro-duodenal, particularmente del duodeno si el líquido es verdoso y las ansas están libres de adherencias.

Secamos la cavidad, con mucho cuidado, con

(1) Simon.—Beiträge zur klinischen chirurgie.—T. 83.

compresas, y abordamos el lugar de la perforación.

Los procedimientos seguidos por los distintos cirujanos en estos casos, son :

- a)* Cierre simple de la úlcera por sutura.
- b)* Excisión de la úlcera.
- c)* Invaginación.
- d)* Gastroenterostomía.
- e)* Gastroenterostomía, combinada con uno de los tres primeros procedimientos.
- f)* Cierre y yeyunostomía.
- g)* Gastrostomía.
- h)* Gastrectomía.
- i)* Pílorectomía.
- j)* Exclusión del duodeno.
- k)* Taponamiento, etc.

Es de tener en cuenta, para la aplicación del adecuado tratamiento, el lugar de la perforación, su tamaño y la calidad del tejido que la rodea.

A continuación, reproducimos una estadística de 319 casos de úlcera perforada de estómago y duodeno, en la cual se especifica el tratamiento adoptado y sus resultados :

ESTADISTICA

	PERFORACIÓN DE ESTÓMAGO		PERFORACIÓN DE DUODENO	
	curados	fallec.	curados	fallec.
Sutura sin otro dato	41	33	2	9
» simple	15	14	1	3
» múltiple	70	45	7	7
» y epiplón	15	9	—	3
Taponamiento con epiplón.....	3	1	—	1
Sutura y taponamiento.....	4	—	—	—
Taponamiento.....	11	—	1	2
Drenaje simple.....	1	12	—	1
Gastro-enterostomía.....	2	—	—	1
Resección de Píloro.....	1	—	—	—
Plásticas.....	2	1	—	—
TOTAL.....	165	116	11	27

En el tratamiento operatorio de la peritonitis aguda libre, por perforación de úlcera gástrica o duodenal deben, según nuestro criterio, primar los siguientes factores :

- 1º Llegar al cierre hermético de la perforación.
- 2º Secar cuidadosamente la cavidad peritoneal.
- 3º Hacer el menor traumatismo operatorio posible.

- 4° No producir estrechez orificial.
- 5° Establecer un amplio drenaje.

El primero de ellos, debe cumplirse estrictamente, motivo por el cual los procedimientos a seguir varían con cada caso, porque si en algunos se presenta factible la realización del cierre simple, sin alterar el funcionamiento normal del estómago «a posteriori», no sucede así en otros, en los cuales el cierre simple no es practicable, sea por la ubicación de la úlcera, el estado anormal de la pared gástrica o el tamaño exagerado de la perforación.

A.—CIERRE DE LA ULCERA

El cierre de la perforación determina la supresión de la causa infectante; puede ser hecho con o sin excisión de la úlcera; se ha aconsejado también la invaginación.

La sutura simple tiene su aplicación en pequeñas perforaciones de bordes blandos; pero cuando ha de hacerse en tejido friable, que se desgarraría al suturarlo o en úlceras con zonas de induración, la coaptación de los labios es difícil.

Sutura simple — Se practica de preferencia con puntos separados de catgut o seda. En un primer

plano, se toman todas las capas, cuidando de colocar en serie todos los hilos, a objeto de anudarlos al mismo tiempo y no provocar tironeamientos parciales, que provocarían desgarraduras con mayor facilidad; luego, se hace un segundo plano sero-músculo-seroso.

En la mayoría de los casos, es difícil coaptar bien los bordes de la sero-músculo-serosa que se desgarran, y es menester recurrir al epiplón, que constituye una excelente fuente de peritonización. Hemos tenido oportunidad de emplearlo (observaciones V y VI), y a pesar del tamaño enorme del orificio en este último caso, con paredes sumamente infiltradas, el epiplón se adaptó tan bien, que al terminar la operación, éste daba la impresión de formar parte integrante de la pared gástrica.

Excisión de la úlcera — La excisión, con la separación definitiva de la úlcera, evita el riesgo de una nueva perforación o hemorragia posterior; es bueno observar que hay casos de perforación nueva después de sutura, en los cuales el accidente es debido a otra úlcera, sobre la cual nada habría influido la excisión practicada en las mismas circunstancias.

Se objeta a la excisión, que no debe realizarse en un perforado, porque su estado elimina los procedimientos tardíos y complejos; otros la consienten,

pero sólo en casos de intervención precoz y cuando el acceso a la perforación es fácil.

La hemos practicado en nuestros primeros casos, haciendo resección de la úlcera y de la pared limítrofe engrosada. Esta forma, repórtanos la ventaja de suturar en pared mucho menos infiltrada, y de consiguiente, nos permite un cierre en mucho mejores condiciones y no teniendo otro inconveniente, que el de prolongar ligeramente la intervención; debemos, pues, en términos generales, prescindir de la demora que trae aparejada la excisión y de unos momentos más de shock operatorio, en beneficio de la impermeabilidad del cierre (observaciones I, II, III y V).

Al practicar la excisión, tendremos naturalmente en cuenta el sitio de la ulceración, y obraremos, en consecuencia, evitando las posibles estrecheces. Si la perforación se encuentra en la vecindad del píloro o en la cara anterior del duodeno, la sutura de la brecha de excisión debe hacerse según la perpendicular al gran eje de la región, después de haber hecho la excisión paralela a ese eje (gastroduodenoplastía).

Pauchet recomienda con entusiasmo la invaginación; en las circunstancias anteriores, la sutura debe hacerse en el eje perpendicular al intestino;

lo mismo, en la región pilórica, a fin de evitar en lo posible, estrecheces consecutivas.

Se han usado otros procedimientos, en general, en la imposibilidad de la aplicación de los anteriores; se ha hecho adosamiento y sutura del epiplón sobre la pérdida de substancia, y, como antes dijimos, hemos tenido oportunidad de comprobar los resultados del procedimiento (observaciones III y V); otras veces, la obliteración se ha hecho valiéndose de los órganos vecinos; Bessel y Downes han adosado la pared de la vesícula, al orificio de la perforación.

Practicada la sutura del tejido normal de pared de estómago y *no al nivel de sus orificios*, entra de hecho, en la categoría de cualquier gastrotomía con su respectivo cierre, y no hay razón alguna, para pensar que sea necesario hacer *algo más*, máxime cuando estamos en presencia de enfermos en pleno shock, y en los que nos vemos obligados a evitarles, en lo lógicamente posible, el menor traumatismo visceral.

En casos de perforación, que no ha sido posible cerrar o por no conseguir la aproximación de los labios de la brecha o porque el estado del enfermo no ha permitido maniobras más largas, se ha optado por el cierre de la úlcera por simple taponamiento o por el establecimiento de una fístula

temporaria gástrica o duodenal. Así se ha fijado una sonda de goma a través de la perforación, rodeada por epiplón (Axhausen), pudiendo salir a través de ella el contenido duodenal, o aún introducirse alimentos a través de la sonda.

Las perforaciones que no ha sido posible encontrar, se han tratado por simple taponamiento, gastroenterostomía, yeyunostomía.

Brunner tiene 15 casos, en estas condiciones, con solo taponamiento; tuvo tres defunciones.

Moynhian y los hermanos Mayo han aconsejado, después del tratamiento inmediato de la perforación (sutura, excisión), el lavaje del estómago, con el fin de eliminar los elementos que pueda contener, y lo dejan en manos del anestesizador, mientras el cirujano hace la «toilette» peritoneal.

La «toilette» peritoneal, debe ser tanto más cuidadosa y completamente hecha, cuanto más alejados nos hallemos del momento de la perforación.

La «toilette» peritoneal puede hacerse o por una limpieza seca, con gasa, o por irrigación local. La evisceración debe evitarse.

En casos de peritonitis generalizada, el uso de abundante suero fisiológico caliente, es eficaz. Eliot lo considera de mayor importancia, en casos de pe-

ritonitis avanzada, en los cuales la intervención debe acortarse en lo posible y la limpieza del abdomen debe ser « más bien rápida que completa », según el nombrado cirujano.

Es de gran importancia, la limpieza minuciosa de la región del estómago y espacio sub-frénico inmediato, regiones sobre las cuales, gravita desde el comienzo de los accidentes, el contenido gástrico o duodenal, y en donde el exsudado infeccioso adquiere su mayor virulencia ; la limpieza de la cavidad por debajo del colon transversal no es tan esencial ; la virulencia del exsudado disminuye con el alejamiento del lugar de la perforación ; los cirujanos alemanes han llevado a términos extremos el lavado de la cavidad, y hacen hasta evisceración total, a fin de asegurar la limpieza, por medio de compresas. Lejars y Temoin no aconsejan la irrigación, y creen que disemina los gérmenes patógenos hacia regiones menos infectadas.

El drenaje es indispensable, particularmente cuando no es posible asegurar, la adecuada limpieza peritoneal.

En general, en operados hasta seis u ocho horas después de la perforación, la « toilette » perito-

neal puede ser completa, y algunos autores opinan que es innecesario el drenaje.

La frecuencia de los abscesos subfrénicos, como complicación de la perforación, que las estadísticas demuestran, hace de importancia el drenaje de los espacios sub-frénicos; pero sobre el colon transversal y sobre el nivel del estómago, la falta de la presión abdominal que favorece el drenaje, en el abdomen inferior y la rigidez de las paredes que limitan los espacios sub-frénicos, lo dificultan. El mejor método de drenaje, sería aquel en el que colocando al enfermo en una posición conveniente, el material purulento o el exsudado infeccioso tuviera salida, hacia la cavidad peritoneal en su parte inferior, y hacia afuera por la herida de la pared, o bien por medio de una contra-abertura en la parte más declive del mismo espacio afectado.

Se satisface al primero de estos métodos, colocando al enfermo en la posición de Fowler, que a veces su estado le imposibilita observar. La simple posición inclinada, facilitaría el drenaje de los espacios sub-frénicos, pero tiene el inconveniente de la anterior.

Como medio de excepción, se ha usado una contra-abertura a través de la pleura, la cual probablemente no sería tolerada, por enfermos en precario estado.

El drenaje por debajo del nivel del colon transverso, hállase favorecido por la presión abdominal y la movilidad del intestino ; su empleo en el Douglas o por incisión en la fosa ilíaca, da buenos resultados.

Un tubo de goma blando, con una tira de gasa floja y que no obstruya toda la luz del tubo, es un drenaje eficaz ; la aspiración favorece el drenaje.

Si uno u otro de los métodos enunciados (cierre simple, excisión) han dejado al estómago en malas condiciones, ésto es, si la sutura no ofrece garantías o ha estrechado la luz orificial, están entonces en consideración :

1º La gastro-enterostomía, defendida por Kausch, Mayo Robson, y

2º La yeyunostomía, puesta en boga por Von Eiselberg y Gellest.

B.—GASTRO-ENTEROSTOMIA

La cuestión de agregar o no, una gastro-enterostomía inmediata, al tratamiento antes indicado, es de gran importancia. Fué ejecutada por primera vez por Braun y se ha practicado frecuentemente, en la última época.

Los enfermos, en los cuales se discute la ventaja de la gastro-enterostomía inmediata, pueden clasificarse con Eliot en tres grupos :

1º Aquellos que llegan al cirujano, en estado de peritonitis avanzada.

2º Aquellos casos en que el cierre de la perforación, trae consigo estrechez de píloro o de duodeno y la consiguiente dificultad en el pasaje del contenido gástrico al duodeno.

3º Los enfermos operados en buenas condiciones, en los que el cierre de la perforación no ha determinado variaciones en el calibre del órgano ; casos sin estrechez ni peritonitis avanzada.

1º.—En los casos correspondientes al primer grupo, el acuerdo es general, respecto de la terminación rápida de la intervención, sin intentar la gastro-enterostomía.

2º.—El cierre de la perforación de una úlcera dura, antigua, puede determinar un estrechamiento de tal grado en el calibre duodenal o pilórico, que se haga necesaria una gastro-enterostomía ; Eliot ha- ce notar el grado avanzado de estrechez duodenal, que puede tolerarse sin estorbar primariamente el pasaje del contenido gástrico y conduciendo secundariamente, a la hipertrofia compensadora, con o sin dilatación del estómago.

3º—Casos sin estrechez ni peritonitis avanzada.

Los argumentos de los que piensan en la eficacia de la gastro-enterostomía inmediata son :

a) Suprime la tensión en la cavidad suturada e impide, en consecuencia, la ruptura de la sutura por esa causa.

b) Impide el avance del contenido gástrico al peritoneo, en las perforaciones que no ha sido posible localizar.

c) Favorece la pronta nutrición del enfermo.

d) En cuanto a las úlceras coexistentes, disminuye el peligro de su perforación y hemorragia y aumenta las probabilidades de su cicatrización.

El beneficio de la gastro-enterostomía, sería permanente en cuanto se refiere a la cicatrización y eliminación de las probabilidades de complicación en úlceras coexistentes ; y además, previene la estrechez cicatricial y el éstasis de los alimentos. En otros términos, serían los beneficios de la gastro-enterostomía, hecha en ulcerosos, no perforados.

Contra la gastro-enterostomía inmediata, en los perforados, se hacen las siguientes objeciones (Eliot) :

a) Prolonga una operación que debe terminarse en el menor tiempo posible, y exige una anestesia más profunda.

b) Expone al paciente, al peligro de infección por las manipulaciones operatorias.

c) Los enfermos en que se hace gastro-enterostomía, no siempre son aliviados de sus síntomas gástricos.

d) Los tratados por solo sutura, no padecen con frecuencia de la recurrencia de sus síntomas.

e) La úlcera péptica del yeyuno, consecutiva a la gastro-enterostomía.

f) Los enfermos, en los cuales persisten los síntomas de úlcera, pueden ser operados con ventaja en otra ocasión, con gastro-enterostomía.

g) En cuanto al futuro del enfermo, presenta la desventaja de todos los gastro-enterostomizados con píloro permeable, salvo que se haga exclusión, lo que prolonga más el tiempo operatorio, con sus consiguientes perjuicios.

Examinando las anteriores razones y las estadísticas, encontramos lo siguiente :

La ruptura de la sutura de la perforación es un hecho raro ; en aquellos enfermos muertos por peritonitis u otra causa, la autopsia muestra que las suturas están intactas. De los casos de Petren, en 13 se comprobó la integridad de la sutura y en 11, que éstas habían cedido ; pero tratábase de perforaciones en la cara posterior del estómago, cerca del cardias ; su cierre fué deficiente.

La gastro-enterostomía, no siempre impide la perforación de úlceras coexistentes. Brunner, tiene 12 casos de perforados al mes de haberles hecho gastro-enterostomía, y haber tratado la primera perforación.

La perforación puede aparecer después de la gastro-enterostomía, en el mismo lugar de la anastomosis.

Brunner, Petren, Wallis, Heussler y otros señalan casos de hemorragia, después de gastro-enterostomía.

Las ventajas de la gastro-enterostomía y cierre de la úlcera, sobre el simple cierre, no son tales al pensar de Ellsworth Eliot.

Eliot, tiene 26 casos de su práctica, en los que la persistencia de síntomas después del simple cierre de la perforación, exigió una gastro-enterostomía para su curación, enfermos algunos de ellos en los que se pudo aplicar la gastro-enterostomía, al tiempo de la primera intervención; pero su resultado hubiera sido, según el nombrado autor, completamente problemático; en algunos de estos operados, bastaron pocos días para su completo restablecimiento después de la primera intervención y para descontar las contingencias de una probable peritonitis.

Con Ellsworth Eliot, piensan que *la gastro-enterostomía sólo debe hacerse, en los perforados cuyo*

estado lo permitã y con estrechez pilórica o duodenal, Martens, de Berlin, Moynihan, de Leeds y los americanos Petren, Mayo, Blake, Hanckes.

C.—YEYUNOSTOMIA

En los demás casos, que constituyen la mayoría, preferimos, siguiendo a Von Eisclberg y Gel'est, el uso de la yeyunostomía.

Encontramos para su aplicación, las siguientes ventajas :

a) Es de una técnica sencillísima y de rápida ejecución.

b) Permite una alimentación inmediata, que además de tener la natural repercusión sobre el estado del enfermo, como alimento en sí, activará el peristaltismo intestinal, notablemente alargado e irritado por el líquido gástrico y duodenal.

c) Permite la rápida cicatrización de la porción suturada, dejando al estómago en completo reposo.

d) Contribuye a desactivar el quimismo gástrico, con el consiguiente beneficio para las úlceras coexistentes.

Además de las ventajas enumeradas y de acuer-

do con la gran mayoría de los casos publicados, dado que con el retiro de la sonda, cierra la pequeña fístula en tres o cuatro días, sin ulterioridades, presenta la yeyunostomía sobre la gastro-enterostomía, la ventaja de que ha cooperado ventajosamente a la curación del ulceroso, y cuando se supone que su empleo es inoficioso, deja al enfermo, con la integral función del duodeno, sin el inconveniente de los gastro-enterostomizados.

En resumen : aparte del cierre de la perforación, que hecho por uno u otro método, conceptuamos indispensable, debe añadirse : la gastro-enterostomía, si el cierre determina una notable estrechez del píloro o duodeno ; en los demás casos, cuando el cierre de la perforación no ofrezca garantías de seguridad, debe hacerse yeyunostomía ; si la gastro-enterostomía es necesaria y no es posible hacerla en la misma sesión, en que se ha hecho el cierre, puede hacerse posteriormente con ventaja.

A continuación, reproducimos la estadística de L. Simón, correspondiente a los casos de úlcera perforada, tratados desde 1908 a 1912.

Sobre 15 casos tratados, en 4 no se encontró la perforación ; he aquí la relación de los restantes :

ESTADÍSTICA DE SIMON

Número	Edad	Tiempo entre la perforación y la intervención	SITIO	TRATAMIENTO	Resultado	OBSERVACIONES
1	26 años	5 horas	Delante de la pequeña curvadura	Suturada	Curado	—
2	55 "	8 "	Delante del píloro	"	Muerto	A los 16 (días abceso pulmonar-peritonitis)
3	51 "	48 "	Delante del duodeno	"	"	A las 6 horas (peritonitis-cólaps)
4	42 "	18 "	Delante del píloro	"	Curado	—
5	32 "	24 "	Delante de la pequeña curvadura	Gastro-enterostomía Yeyunostomía	"	—
6	24, "	18 "	Delante del cardias	"	"	—
7	35 "	14 "	"	Yeyunostomía y Gastro-enterostomía	"	—
8	20 "	18 "	Delante del píloro	Yeyunostomía	"	—
9	31 "	29 "	Delante de la pequeña curvadura	"	"	—
10	38 "	10 "	Delante del píloro	"	"	—
11	17 "	25 "	"	"	"	—

(Beiträge zur Klinische Chirurgie, No. 53)

CUIDADOS POST-OPERATORIOS

Después de la intervención, es necesario preocuparse del estado general del enfermo, combatiendo el colapsus y asegurar el buen drenaje.

Con este último fin, es bueno poner al enfermo en posición de Fowler, posición semisentada que en general se tolera bien y que permite la acumulación en la fosa ilíaca y el Douglas, de los líquidos que tengan tendencia a coleccionarse.

Se ha recomendado el retiro del drenaje a las 24 o 48 horas; Lecéne lo hace el 4º o 5º día, practicando, durante este tiempo, aspiración de los líquidos.

El tratamiento del colapsus y de la intoxicación, será asegurado por las inyecciones sub-cutáneas o intravenosas, según el caso, de suero artificial, o bien haciendo enteroclisis (método de Murphy).

Es de gran utilidad el uso de los toni-cardíacos, aceite alcanforado, estriocnina, cafeína, etc.

En la gastro-enterostomía — La gastro-enterostomía, dice Ricard, no es más que un acto quirúrgico, en el curso de un tratamiento médico, refiriéndose a la atenta observación y a los minuciosos cuidados, de que debe ser objeto el enfermo gastro-

enterostomizado ; la anastómosis gástrica es la base de la curación, pero ésta sólo será conseguida, con la estricta observación de un apropiado régimen dietético.

Cuidados inmediatos ; alimentación (1) : El primer día dieta absoluta, inyecciones de suero o enteroclisis, repetidos lavajes antisépticos de la boca, inyección de morfina, si es necesario. Nuevamente suero el segundo día, pequeñas cantidades de agua. El tercer día, comienza el enfermo a tomar leche en pequeñas porciones, cada dos horas.

Al 4º o 5º día, sopa de avena, potajes de leche, sémola o tapioca y cuya consistencia se aumentará poco a poco, yemas de huevo, arroz, arroz con leche.

Segunda semana : bizcochos en vez de pan, pollo, pescado, y más adelante purée de legumbres, compotas ; la leche sigue constituyendo el principal alimento ; algunos enfermos, toleran bien el Kefir o el Koummis.

Estos operados, son insuficientes en sus jugos digestivos ; por ello deben observar regularidad, y lentitud en las comidas, que serán separadas entre sí y prolongar la masticación, para reemplazar aquella insuficiencia.

Es bueno levantar pronto al enfermo, pues ello

(1) Mercadé.—El período post-operatorio.

contribuye a levantar su estado. Después de breve plazo, los gastro-enterostomizados aumentan considerablemente su peso, sin llegar naturalmente al que tenían en estado de salud.

En la yeyunostomía — Después de la intervención, la alimentación es un factor de gran importancia; debe vigilarse estrictamente el enfermo y seguir cuidadosamente el funcionamiento de la sonda.

El método más adecuado, de alimentar a estos enfermos, es por pousées sucesivas, en forma análoga, a la que tiene lugar en el individuo con estómago normal.

Los alimentos más indicados son: leche, café con leche, té con leche, etc., huevos pasados por agua, harinas preparadas, diversas sopas bien desmenuzadas, para facilitar el pasaje por la sonda, carnes líquidas mezcladas con agua o caldo, fideos bien cocidos y triturados; se ha señalado como de utilidad para el enfermo el empleo de peptonas.

La alimentación del enfermo, se hace en forma casi perfecta, por la calidad de las substancias compatibles con este género de alimentación, una de las grandes ventajas del procedimiento y con el beneficio consiguiente para el restablecimiento del paciente. Es de notar, sin embargo, la conveniencia

de la observación de un régimen dietético adecuado, a fin de evitar las complicaciones que en estos enfermos se han señalado, especialmente las distintas formas de úlcera péptica del yeyuno y que se atribuyen a la inobservancia del régimen indicado.

El enfermo, cuya historia detallamos en la observación V, comienza a tomar leche al 5º día; a los ocho días se saca la sonda y comienza la alimentación con pastas y verduras; la fístula cierra en cuatro días.

Si quiere prolongarse el reposo del estómago, basta dejar la fístula yeyunal durante el tiempo deseado.

He aquí, una estadística de las complicaciones post-operatorias, en un total de 107 enfermos que han sufrido complicación :

COMPLICACIONES

Frecuencia relativa (Brunner)

	Perforación de estómago	Perforación de duodeno
Trastornos peritoneales en los primeros días.	14	—
Fiebre en los primeros días	9	—
Abcesos por la sutura	11	2
Abcesos de la pared	14	1
Abceso sub-frénico	6	—
Fístulas	11	1
Pleuresia	6	—
Empiema	4	—
Neumonía	2	—
Bronquitis	2	1
Abceso del pulmón	4	—
Embolia pulmonar	1	—
Melenas y hematemesis	4	1
Evacuaciones anales purulentas	3	—
Diarrea	—	1
Ileus	2	—
Flebitis	7	—
Parotiditis	6	—
Otitis media	1	—
Aborto	1	—

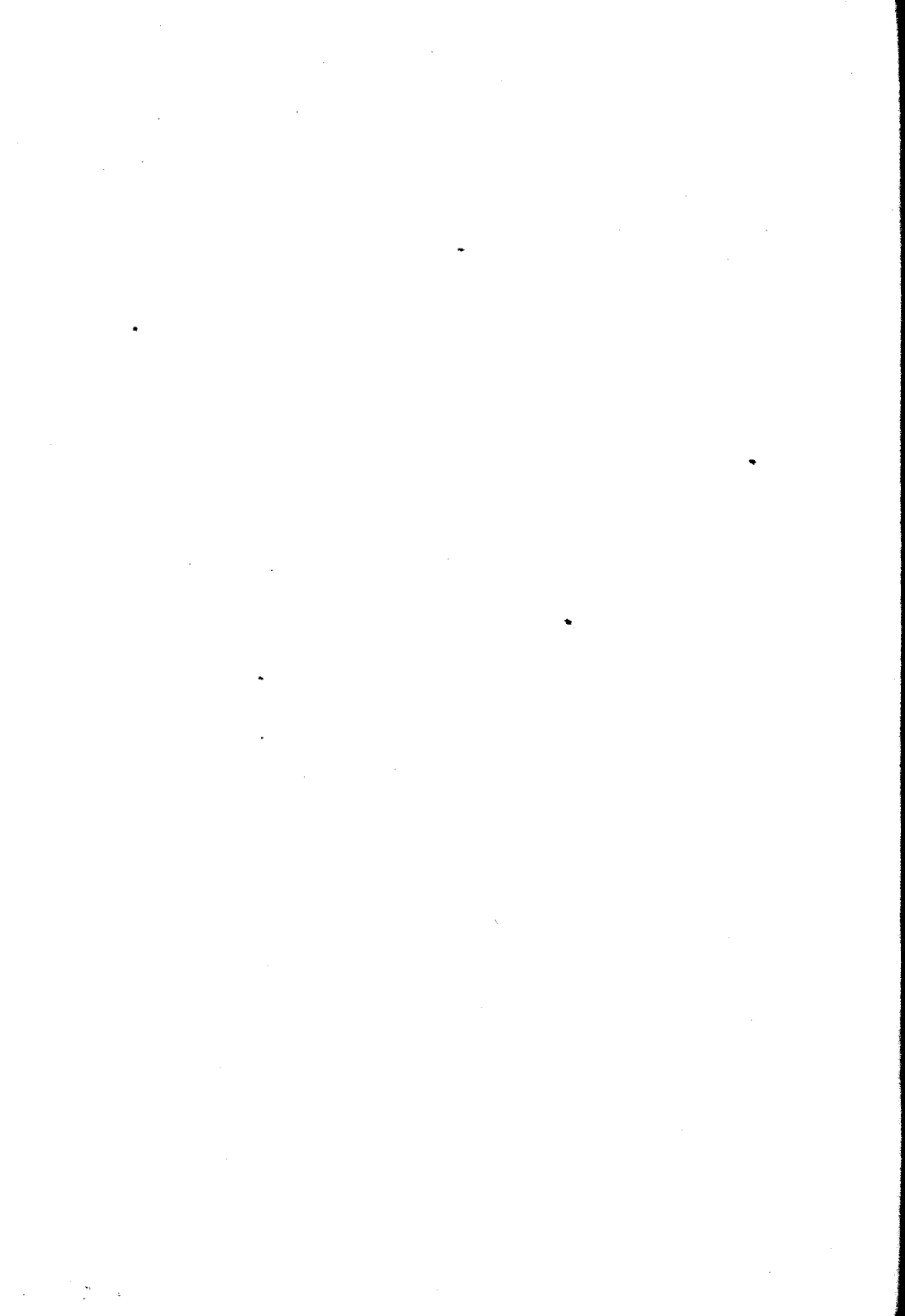
MUERTOS POR COMPLICACIONES

(Brunner)

	Úlcera gástrica	Úlcera duodenal	Promedio de duración de vida
Peritonitis enquistada	8	2	11 días
Abceso sub-frénico.....	16	1	16 1/2 »
Empiema.....	3	—	56 »
Neumonía.....	3	—	14 »
Embolia pulmonar	2	1	70 »
Pileflebitis	—	1	9 »
Óclusión intestinal	2	1	26 »
Perforación del ileon.....	1	—	20 »
Hemorragia de úlcera	10	—	13 1/2 »
Perforación de otra úlcera.....	12	—	8 »
Inanición. Colapso.....	4	—	12 1/2 »

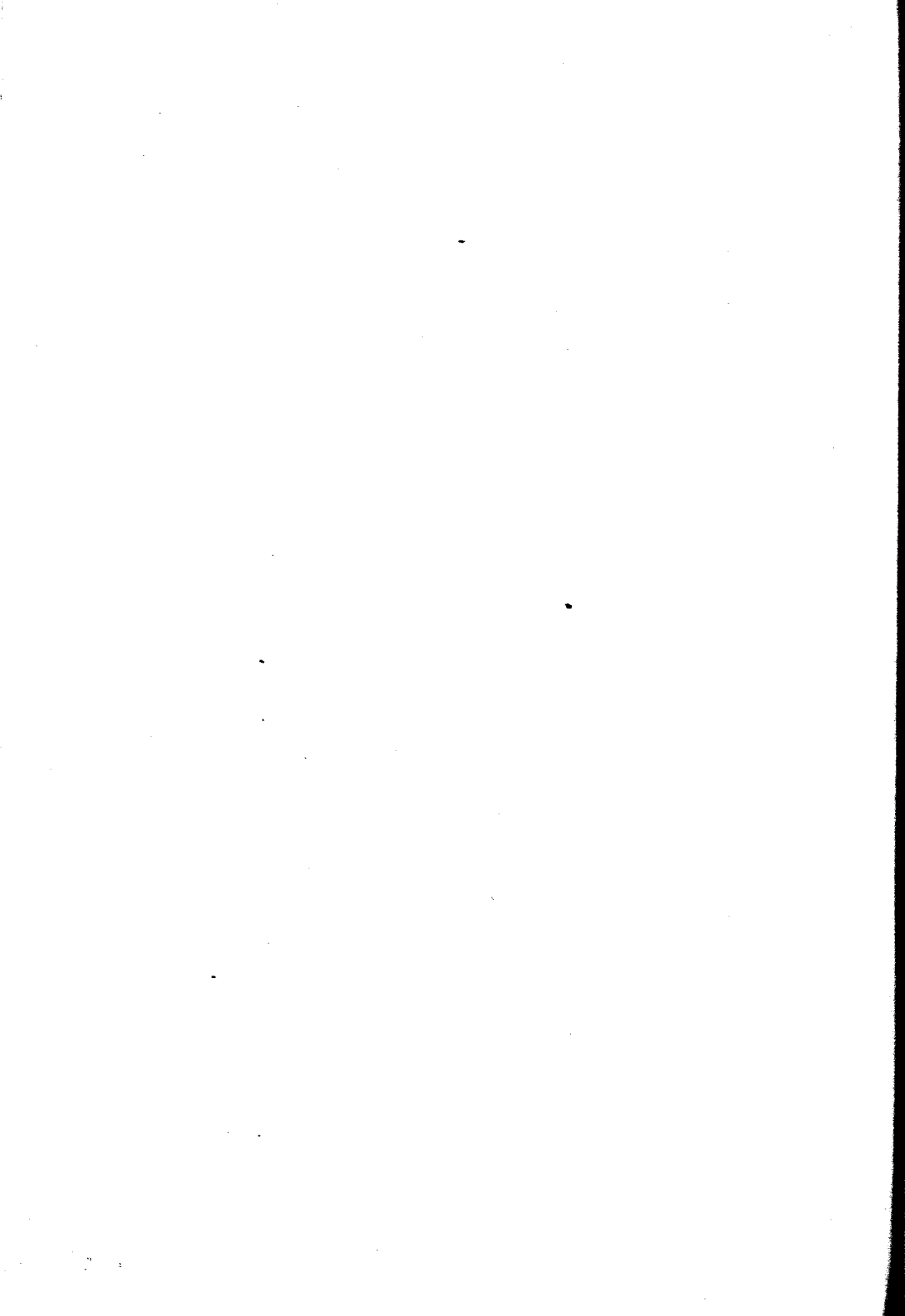
CASOS FATALES

EPOCA DE LA MUERTE	Úlcera de estómago	Úlcera de duodeno	TOTAL
Durante la operación.....	6	—	6
Inmediatamente después.....	14	13	27
En las primeras 24 horas.....	42	21	63
En el 2.º día.....	19	8	27
» 3.º »	3	6	9
» 4.º »	5	1	6
» 5.º »	2	2	4
» 6.º »	2	1	3
» 7.º »	1	1	2
» 8.º »	—	1	1
» 9.º »	1	1	2
» 10.º »	1	—	1



CAPITULO VI

OBSERVACIONES CLÍNICAS



OBSERVACION I

Hospital Rawson. — Sala II — Servicio del doctor Larguía.

M. D., 27 años, español, casado.

Ingresa al Hospital, el día 10 de junio de 1913.

Alta : 31 de julio de 1913. Curado.

Diagnóstico — Perforación de úlcera, en cara anterior del duodeno.

Tratamiento — Excisión de la úlcera.

Antecedentes personales — Sano hasta días antes de su enfermedad actual ; sin constipación ni trastornos de hiperclorhidria ; no ha habido « hunger pain ».

Enfermedad actual — Data de tres días ; sintió entonces una molestia en el abdomen, cuyo punto de origen fué el epigastrio. Se aplicó fomenta-

ciones calientes y permaneció en reposo y a dieta ; a las 24 horas toma un purgante, obteniendo una deposición poco abundante ; a las 48 horas hace consecutivamente dos enemas sin resultado ; con el segundo de éstos, coincide la aparición de un dolor agudo en el abdomen, que le impide todo movimiento ; estos dolores se hacen tan intolerables que el paciente pierde el conocimiento. A la hora de este ataque es traído al hospital y examinado por el médico de guardia, quien constata un estado de shock peritoneal intensísimo, ordenando tónicos cardíacos, suero en inyección endovenosa, hielo, etc.

El enfermo es visto en el servicio, 14 horas después de haber sufrido ese dolor brusco y agudísimo ; según observación del practicante de guardia, el estado del enfermo ha mejorado visiblemente. Ha salido de su hipotermia, el pulso es frecuente (110), pero regular, el dolor ha disminuído y se ha generalizado ; la disnea, sin embargo, es intensa y el enfermo muestra en su rostro gran ansiedad.

Permanece en absoluta inmovilidad y quéjase constantemente. Tipo respiratorio, francamente costal. Vientre en tabla. Mayor hiperestesia a dos traveses de dedo por debajo y a la izquierda del ombligo.

Hay timpanismo, sin matitez en los flancos.

Diagnostícase, peritonitis por perforación de víscera.

Intervención — Operador : doctor Rodolfo Pasmán. Anestesia : Eter-cloroformo. Incisión mediana, supra e infra-umbilical. A la abertura del vientre, muéstranse las asas distendidas y rojas, lo mismo que el peritoneo parietal ; en las regiones declives (fosa ilíaca derecha, particularmente), hay regular cantidad de líquido fluído, inodoro, de tinte amarillento. Este es absorbido con compresas de gasa, presumiéndose la existencia de una perforación en estómago o duodeno. El estómago se muestra grande y ocupado, ileso, pero en la vecindad del píloro, hay formación de membranas de tipo inflamatorio, que se intensifican hacia el píloro, hasta que a tres centímetros de él, en la cara anterior del duodeno, se encuentra una ulceración redondeada, pequeña, como de 4 m.m. de diámetro, rodeada de una areola de tejido de un tinte más pálido, bastante espesado y de una dureza casi leñosa ; todo ésto en una extensión de 2 cmts.

Se aísla en lo posible este segmento duodenal y se coloca en la parte inferior un clamp, y otro por arriba del píloro.

Se intentó primeramente la sutura, pero la aguja desgarró este tejido alterado. Se reseca esta zona

infiltrada, lo que deja una superficie cruenta de una extensión igual a la de un cobre de 2 centavos.

Sutura en sentido transversal para evitar estrechamientos del píloro, con puntos en U de seda y en dos planos. Contra-abertura suprapubiana. Cierre de la pared. Doble drenaje. Posición de Fowler. Irrigación rectal. Aceite alcanforado. Estricnina.

Marcha post-operatoria — Las « suites » fueron normales ; presentó a los quince días una sensación de peso en el abdomen, que desaparece después de un vómito abundante de aspecto fecaloide.

Desde entonces mejora visiblemente, hasta el día de su alta, que fué a los 23 días de su ingreso. Curación.

A los quince días se le practica un examen radioscópico, el que muestra modificada la curvatura normal, de la pequeña curvatura, pero cuyo funcionamiento no deja nada que desear.

El enfermo vuelve al Hospital en agosto 23, continuando normal el funcionamiento del estómago, pero presentando una debilidad de pared.

OBSERVACION II

Hospital Rawson. — Sala X. — Servicio del doctor Medina.

A. A., 38 años, casado, sueco.

Ingresa al Hospital, el día : 18 de junio de 1913.

Alta : 12 de julio de 1913.

Diagnóstico — Perforación de úlcera del duodeno, cara anterior.

Tratamiento — Excisión de la úlcera.

Antecedentes personales — Escarlatina en su primera infancia ; fiebre tifoidea hace cuatro años. Sin antecedentes dignos de mención. Acidez y ligero dolor, después de las comidas (a las dos horas).

Enfermedad actual — Asistiendo, como regularmente, a su trabajo, siendo las 2 p. m., siente un violento dolor en la región epigástrica.

Ingresa a las 4 y 30 p. m. Temperatura 36°5; 78 pulsaciones, ligera dispnea, gran dolor y vientre en tabla.

El dolor no cede a una inyección de morfina y bolsa de hielo, y a la hora se interviene. Se piensa en úlcera del estómago.

Intervención — Operador : doctor Rodolfo Pasmán. Incisión supra-umbilical. Úlcera de la cara anterior del duodeno, a 4 centímetros de la vena pilórica.

Resección y sutura con puntos en U de seda en dos planos; la superficie a reseca, no ha sido tan grande como en la anterior; el «surget», sin embargo, no permite un ajuste hermético por la friabilidad de la pared. Cierre transversal.

Cierre de la pared y drenaje, como en el anterior.

Marcha post-operatoria — Sin ningún inconveniente. Alimentación, al cuarto día. Se saca el drenaje, al tercer día. Alta, a los veinte días. El enfermo ha continuado bien, pero ha hecho una eventración post-operatoria.

OBSERVACION III

Hospital Rawson. — Sala I. — Servicio del doctor Rubiera.

P. B., 40 años, italiano, soltero.

Ingresa al Hospital, el 19 de junio de 1913.

Alta : 14 de agosto de 1913.

Diagnóstico — Perforación de úlcera de la pequeña curvadura.

Tratamiento — Excisión de la úlcera, sutura con adosamiento de epiplón.

Antecedentes personales — Ha hecho enorme abuso de bebidas alcohólicas ; la ingestión de ellas le provocaba dolores que, a su vez, según manifiesta el enfermo, calmaban con el abuso de éstas. Esto data, de siete años. Refiere haber tenido melenas.

Enfermedad actual — Comenzó bruscamente el 19 de junio próximo pasado ; siendo las 3 p.m. siente un agudísimo dolor en el vientre.

Es traído a este hospital, a las cinco horas.

Presenta el característico cuadro de los anteriores : vientre en tabla, dolor generalizado, pero con una intensidad menor, bien puesta de manifiesto en el borde externo del recto, región subcostal y en la fosa ilíaca derecha.

Pulso : 86. Temperatura : 36° 5.

Intervención (9 p. m.) — Operador : doctor Pasman. Anestesia : cloroformo.

Incisión paramediana derecha, en el tercio externo del recto, supra-umbilical ; regular cantidad de líquido turbio, inodoro, de tinte amarillento, irritación del peritoneo parietal en la región superior izquierda de la incisión. Nos dirigimos hacia el estómago, encontrando las membranas de neoformación y una pequeña ulceración situada al nivel de la pequeña curvadura, con la zona clásica de infiltración, siendo mayor que la encontrada en las úlceras del duodeno ; el cierre simple de esta úlcera hubiera sido irrealizable, la colocación de los puntos hubiera sido a enorme distancia, lo que hubiera obligado a hacer fuertes tracciones con la consiguiente desgarradura de los tejidos limítrofes ; op-

tamos, pues, por excindir ampliamente, creyendo que el cierre traería como consecuencia una operación algo laboriosa, pero sin comprometer ni la vitalidad del órgano, ni el funcionamiento del píloro.

Colocados como habitualmente los «clamps», aunque con mayor dificultad por la proximidad del páncreas, hicimos la sutura habitual con puntos en U de seda, que sólo fueron cerrados luego de estar todos colocados, para evitar tironeamientos aislados que traumatizaban el tejido limítrofe. Peritonizamos esta superficie con epiplón. En este caso mejor que en el otro, se nota francamente la zona indurada al corte del bisturí, donde el proceso ha hecho que las capas serosas y musculares se corten aisladas, separándose de la mucosa, en donde la superficie destruída es de mayor extensión, constituyendo la base del embudo.

Marcha post-operatoria—Al tercer día, alimentación «per ore».

Ha habido una ligera autodigestión de los planos musculares.

Alta, a los 25 días.

Reoperado el día 4 de diciembre próximo pasado, por eventración.

El enfermo es visto nuevamente el 27 de mayo próximo pasado, no notándose ningún trastorno; la

radioscopia del estómago, muestra su funcionamiento normal; no se nota ninguna deformación; hay una ligera exageración del peristaltismo.

OBSERVACION IV

Hospital Rawson. — Sala XI. — Servicio del doctor Prando.

M. O., 30 años, casado, español.

Ingresa al Hospital, el 9 de mayo de 1914.

Fallece el mismo día.

Diagnóstico — Perforación de úlcera de la pequeña curvadura (cara anterior del estómago).

Tratamiento — Sutura simple, adosamiento de epiplón. Yeyunostomía.

Enfermedad actual — Las molestias gástricas databan de diez días, con cuadro claro anterior de hiperclorhidria, pero su sintomatología de peritonitis data de cuarenta y ocho horas, comenzando con un dolor agudísimo y generalizado, en el vientre, con intensidad mayor en el epigastrio, en su comienzo.

El estado a su ingreso era ya vecino al colapso; extremidades frías, sudores, gran dispnea, ligera cianosis, ansiedad y gran dolor. Presenta el vientre en tabla característico, pero ya con matitez en los flancos.

Previa tonificación y suero, se interviene.

Intervención — Operador: doctor Pasman.

Incisión: Laparotomía paramediana derecha, gran cantidad de líquido espeso, amarillento, completamente inodoro.

Se da prontamente con una perforación del tamaño de un poroto chico, situada al nivel de la pequeña curvadura, en la cara anterior del estómago.

En este caso, para no demorar la intervención hicimos sutura simple de la úlcera con seda; pero hubo que peritonizar con epiplón, porque la aguja desgarraba el tejido.

A sesenta centímetros del ángulo, yeyunostomía a lo Witzel. Cierre de la pared y drenaje habitual.

El enfermo no sale de su shock y fallece a las tres horas de la intervención.

No se pudo practicar la autopsia.

OBSERVACION V

Hospital Rawson. — Pabellón IX. — Servicio del doctor Llobet.

J. M., español, casado, 38 años.

Ingresa al Hospital, el día 19 de diciembre de 1914.

Alta : 9 de enero de 1915.

Diagnóstico — Perforación de úlcera sub-pilórica.

Tratamiento — Resección de la úlcera. Sutura con adosamiento de epiplón. Yeyunostomía.

Antecedentes personales — Pasado gástrico, de 6 años. Dolor a las 4 o 5 horas de las comidas, vómitos abundantes con restos alimenticios que lo calman ; hiperacidez.

No ha habido «hunger pain». Constipado habitual.

Estado actual — El enfermo es visto a las 17 horas y presenta todavía el cuadro clásico; el dolor ha disminuído algo, pero aún conserva una intensa defensa, signo de Jobert positivo, ligera matitez en las fosas ilíacas. Buen estado general. 90 pulsaciones; 36°4 de temperatura.

Se procede casi de inmediato a la

Intervención -- Operador: doctor Pasman. Laparotomía paramediana derecha; abundante líquido pardo, espeso, en la cavidad peritoneal; úlcera perforada sub-pilórica, su luz mide 4 m.m. y tiene una zona de induración de 1 cm. y medio.

Se reseca esta zona y la úlcera, y se sutura en sentido transversal con un surgeto de seda. Se peritoniza con epiplón por puntos separados. No ha quedado estrechez pilórica o de la luz duodenal, y como la perforación databa de 17 horas y no había garantía de impermeabilidad del cierre, se opta por una yeyunostomía.

Elección del asa, a 40 cms., se coloca una sonda de Nelaton siguiendo la técnica de Witzel. Sutura del asa al peritoneo con dos puntos en U de seda y cierre habitual de la pared, previa contraabertura para amplio drenaje supra-púbiano.

Marcha post-operatoria — La alimentación lác-

tea por el tubo comenzó ese mismo día. Posición de Fowler. Irrigación rectal, etc.

Los cuidados post-operatorios, fueron absolutamente sin contratiempo. Comienza a tomar leche al 5º día. A los 8 días se saca el tubo yeyunal y comienza la alimentación «per ore» de pastas y verduras. La fístula que es un orificio insignificante, cierra completamente en cuatro días. Alta el 9 de enero de 1915.

Al mes de la intervención se hace un examen radioscópico, no encontrándose restos en estómago o duodeno y mostrando ambos un funcionamiento regular.

A los 5 meses de la intervención, el enfermo es visto nuevamente. Todos sus trastornos han desaparecido, sigue por sus cabales todavía un régimen lacto-vegetariano y ha vuelto a sus ocupaciones habituales. La fijación del asa yeyunal no ha provocado trastorno alguno.

OBSERVACION VI

Hospital Rawson. — Pabellón IX. — Servicio del doctor Llobet.

D. M., español, viudo. 33 años.

Ingresa al Hospital, el 16 de marzo de 1915.

Fallece: 19 de marzo de 1915.

Diagnóstico -- Ulcera perforada de la pequeña curvadura, con zona de induración invadiendo la región pilórica.

Tratamiento — Sutura simple, con adosamiento de epiplón. Gastro-enterostomía posterior.

Antecedentes de ulceroso, que datan de 8 años.

Enfermedad actual — Siendo las 6 p. m., siente el clásico dolor en puñalada. Es traído a este hospital a las 9 p. m., presentando el cuadro típico de perforación, en todo su detalle. Se agregaba a

ésto un estado de semicolapso, con alteraciones del ritmo cardíaco y fenómenos de hipotermia.

Previa tonificación (suero y adrenalina), se interviene.

Intervención — Operador : doctor Pasman.

Anestesia clorofórmica. Resistencia enorme de la pared, que no disminuye gran cosa en casi todo el intervalo de la operación. Incisión paramediana derecha. Al abrir el peritoneo salen gases y fluye regular cantidad de líquido inodoro, parduzco, semifluido. Se da de inmediato con una enorme perforación (2 cm. y medio), ocupando la pequeña curvadura; rodeando a ésta hay una zona de induración invadiendo la región pilórica. Como la resección hubiera sido una gastrectomía, nos limitamos a cerrar la boca con dos puntos de grueso catgut y luego cubrirla con epiplón, con puntos separados de seda.

Temiendo por la permeabilidad pilórica, hicimos una gastro-enterostomía posterior sin asa. Contra-abertura supra-pubiana y drenaje con grueso tubo de goma. Cierre de la pared en dos planos.

Marcha post-operatoria — Al siguiente día : cesación del dolor, ligera dispnea, continúa la hipotermia, no han habido vómitos. Estos aparecen al

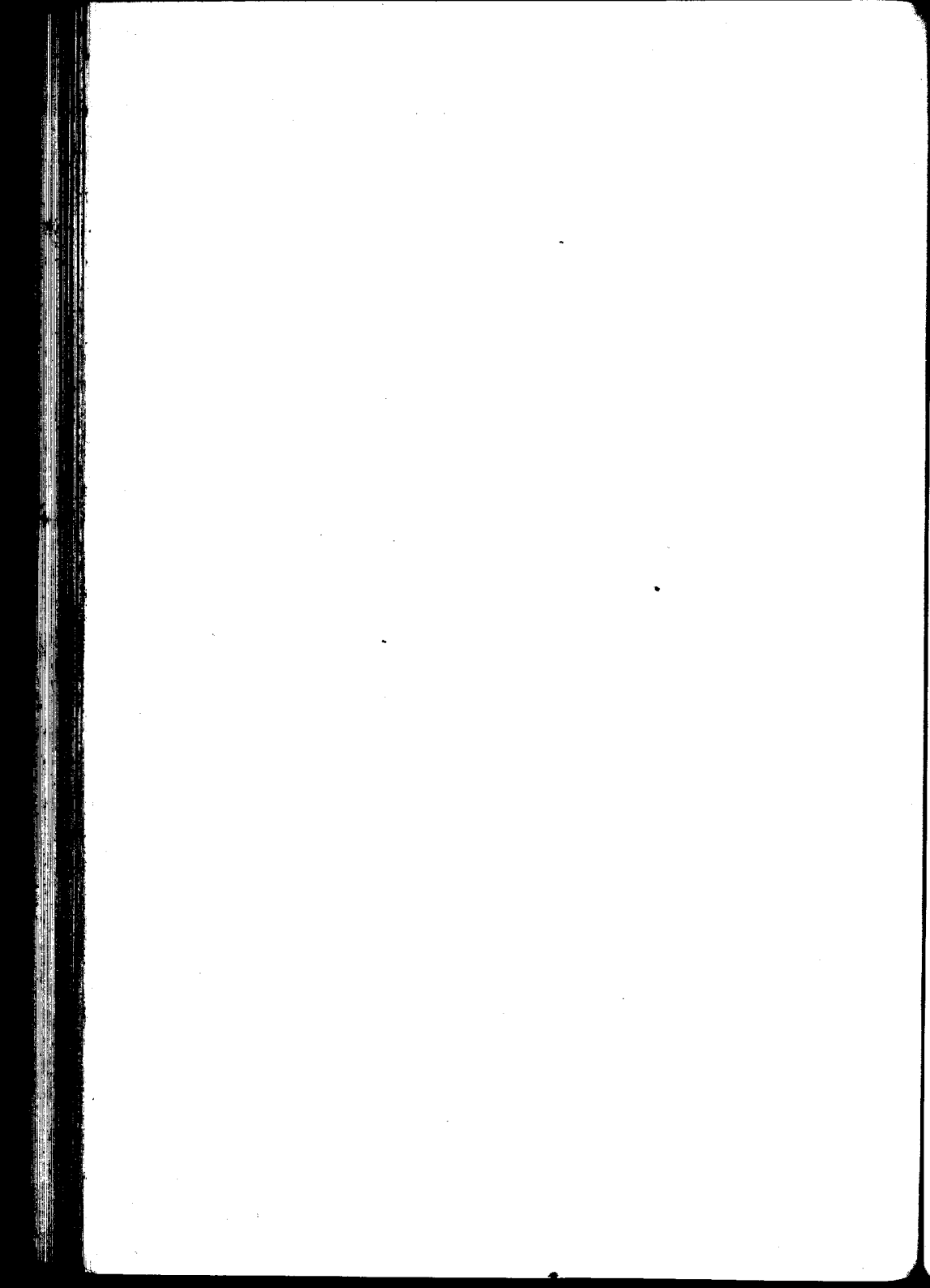
tercer día, son poco abundantes, continuos, porráceos. El lavaje de estómago muestra un contenido de 250 gramos. El estado general del enfermo ha desmejorado, el pulso es frecuente y arrítmico. No ha habido reacción térmica. Se continúa con los lavajes de estómago, y al practicar uno de ellos al 4º día, el enfermo fallece.

La necropsia muestra una peritonitis de la loge esplénica, hay unos 50 gramos de líquido y el estómago a este nivel, la cara externa del bazo y el peritoneo diafragmático están envueltos en una magna de membranas inflamatorias.

El cierre de la perforación, es completamente impermeable; el epiplón ha adherido íntimamente, la boca anastomótica bien ubicada, no hay líquidos de retención ni distensión en el asa duodenal.

Del lado de la mucosa gástrica, se encuentra una gran ulceración situada sobre la pequeña curvadura y a un centímetro del orificio pilórico.

La causa de la muerte, debemos atribuirla a su foco enquistado peritoneal, cuya localización no se explica, ya que el enfermo había sido colocado en posición de Fowler y con drenaje supra-pubiano. Fué el único foco encontrado en la cavidad peritoneal.



CONCLUSIONES

1º —La existencia de los grandes síntomas de la perforación, exige la intervención inmediata.

2º —Debe tenerse especial cuidado en la confusión, de perforación con apendicitis ; la intervención se justifica en ambos casos.

3º —No debe encararse el tratamiento de la perforación aguda, desde el mismo punto de vista que el tratamiento quirúrgico de la úlcera crónica, dado que en el primer caso se ha añadido un factor de importancia, constituido por la peritonitis.

4º —Los resultados operatorios se hallan en relación directa con la precocidad y la rapidez de la intervención.

5º —Debe evitarse, en lo posible, la evisceración y maniobras complejas.

6º —El cierre de la perforación es condición esencial de éxito.

7º—La gastro-enterostomía inmediata, debe reservarse a los casos de estrechez considerable de píloro o duodeno y siempre que el estado del enfermo lo permita.

8º—Si la gastro-enterostomía es necesaria y el estado del enfermo, no permite hacerla en la misma sesión, en que se ha hecho el cierre de la perforación, puede hacerse con ventajas después de breve plazo.

9º—La yeyunostomía está indicada, cuando el cierre de la perforación no ofrezca garantías de seguridad.

10º—Los otros procedimientos: gastrostomía, gastrectomía, etc., son de excepción.

MANUEL S. COPELLO.

BIBLIOGRAFÍA

- Ach* — Ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. — Archives Générales de Chirurgie, pág. 443, 1912.
- Albrecht* — Resultats des gastroenterostomies pour ulcère gastrique. — Journal de Chirurgie, pág. 181, 1911.
- Arce José* — Abocamiento del estómago e intestino a la pared abdominal. — Anales del Círculo Médico Argentino, pág. 268, 1903.
— La yeyunostomía y sus indicaciones. — Anales del Círculo Médico Argentino, tomo 26, página 9, 1903.
- Arias Pedro* — La gastroenterostomía como tratamiento de las úlceras rebeldes del estómago. — Tesis, Buenos Aires, 1901.
- Arnaud L.* — Traitement des peritonites diffuses aigües. — Tesis, Lyon, 1911.

- Arribillaga Marcelino* — Tratamiento quirúrgico de la úlcera crónica del duodeno. — Tesis, Buenos Aires, 1914.
- Asla José* — Úlcera simple del estómago. — Tesis, Buenos Aires, 1912.
- Aubone Jorge* — Úlcera crónica del estómago. — Tesis, Buenos Aires, 1909.
- Auvray* — Ulcère perforé du duodénum. — Archives Générales de Chirurgie, pág. 1322, 1913.
- Bacigalupi Santiago* — Perforación aguda de las úlceras de estómago y duodeno. — Tesis, Buenos Aires, 1915.
- Balthazard* — Patología Interna, págs. 132 y 228.
- Baradoulne* — Estrechez del duodeno consecutiva a úlcera. — Journal de Chirurgie, pág. 82, 1911.
- Beeckmann* — Cuatro casos de úlcera perforada del tubo digestivo. — Revue de Chirurgie, página 524, 1908.
- Bevan, Moynihan, Mayo, Deaver* — Asociación Americana de Cirugía. — Revue de Chirurgie, pág. 321, 1908.
- Billon M.* — La jejunostomie dans l'ulcère et le cancer de l'estomac. — Archives Provinciales de Chirurgie, pág. 549, 1909.
- Blake J. A.* — Peritonitis generalizada por perforación de úlcera del estómago. — Revue de Chirurgie, pág. 546, 1908.

- Úlcera perforada del duodeno. — *Revue de Chirurgie*, tomo II, pág. 445, 1908.
- Blum* — Úlcera del duodeno. — *Semana Médica*, pág. 1335, 1912.
- Bolo Pedro* — La úlcera simple del estómago y del duodeno. — *Revista de la Sociedad Médica Argentina*, núm. 130, 1915.
- Úlcera perforada del estómago. — *Revista de la Sociedad Médica Argentina*, pág. 1194, 1913.
- Borchrewinck* — Sobre úlcera duodenal. — *Semana Médica*, pág. 555, 1913.
- Boschi E.* — Observaciones de úlcera péptica. — *Semana Médica*, pág. 100, 1913.
- Bourget et Roux* — La gastroenterostomie, 1902.
- Bousseau Georges* — Contribución al estudio clínico y terapéutico de la perforación aguda de la úlcera del duodeno. — Tesis, Paris, 1913.
- Brunner F.* — Das acut in die freie Bauchhöhle perforirende Magen-und Duodenal geschwür. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, vol. 69, página 101.
- Bull Carlos* — Úlcera simple del estómago. — Tesis, Buenos Aires, 1902.
- Caird* — Sur l'ulcère du duodènum. — *Journal de Chirurgie*, tomo II, pág. 671, 1911.
- Campilongo R.* — Tratamiento de la úlcera del estómago. — Tesis, Buenos Aires, 1911.

- Castex Mariano R.* — Úlcera gástrica. Pílorospasmo. — Prensa Médica Argentina, año I, número 5.
- Castro, Cranwell, Chutro, Decoud, Llobet, Palma* — Peritonitis aguda difusa y su tratamiento. — Sociedad Médica Argentina, sesión del 15 de julio de 1912.
- Chifoliau* — Traitement de l'ulcère duodénal perforé. — Progrès Médical, pág. 73, 1912.
- Collet* — Patología Interna.
- Corner E. M.* — El tratamiento de las úlceras gástrica y duodenal. — Semana Médica, pág. 109, 1913.
- Decoud Diógenes* — La boca yeyunal. — Semana Médica, pág. 1257, 1906.
— La gastro-enterostomía en la úlcera y el cáncer del estómago. — Com. al Tercer Congreso Médico Latino-Americano, Montevideo 1907.
- Delagenière* — Ulcère du duodénum. — Archives Générales de Chirurgie, pág. 314, 1911.
- Delore et Santy* — Gastrectomie dans l'ulcère de l'estomac. — Lyon Chirurgical, n°. 3, 1914.
- Del Valle Deljor* — Sobre un caso de úlcera del duodeno. — Semana Médica, pág. 632, 1912.
— Sobre un caso de úlcera del duodeno. — Semana Médica, pág. 139, 1913.

- Úlcera perforada del duodeno. Operación y curación. -- Prensa Médica Argentina, núm. 6.
- Dessie Luis* — Yeyunostomía. — Tesis, Buenos Aires, 1909.
- Destot* — Ulcère du duodénum. — Archives Générales de Chirurgie, pág. 796, 1911.
- Destot y Berard* — Gastroenteroanastómosis por úlcera de estómago. — Revue de Chirurgie, pág. 169, 1908.
- Dieulafoy* — Clinique Médicale de l'Hôtel Dieu de Paris, 1896 y 1897.
- Dewne, Eliot, Peck y Blake* — Úlcera perforada del duodeno. — Sociedad de Cirugía de Nueva York. — Revue de Chirurgie, pág. 761, 1908.
- Deyen E.* — Traitement chirurgical des affections de l'estomac et du duodénum. — Paris, 1895.
- Eiselberg* — Beitrag zur Behandlung des in die freie Bauchhöhle perforierten Magen-und Duodenal ulcus. -- Deutsche Med. Wochenschrift, pág. 2017, XXXII, 1906.
- Eliot Ellsworth* — The clinical features and treatment of acute perforating gastric and duodenal ulcer. -- Annals of Surgery, núms. 4 y 5, 1912.
- Forgue* — Patología Externa.
- Fresco Manuel* — Consideraciones sobre úlcera del duodeno. -- Tesis, Buenos Aires, 1915.

- Froelich* — Perforation d'un ulcère de l'estomac. — Archives Générales de Chirurgie, pág. 1040, 1911.
- Galli P.* — Indicaciones clínicas de la gastroenterostomía. — Tesis, Buenos Aires, 1907.
- Gellest* — Perforation aigüe de l'estomac. Jejunostomie. — Com. au IVe. Congrès de la Société Hongroise de Chirurgie, 1911.
- Gaultier René* — Les maladies du duodénum et leur traitement. — Paris, 1910.
- Gibson Ch. L.* — Dos casos de úlcera perforada de estómago. — Revue de Chirurgie, tomo II, página 660, 1908.
- Gcdoy Angel* — Gastroenterostomía con botón de Chaput en las estrecheces de píloro. — Tesis, Buenos Aires, 1897.
- Gross F. y G.* — Perforation de l'estomac par ulcère. — Revue de Chirurgie, págs. 137, 336, 547, 739, 807 (tomo 29) y págs. 78, 268, 385, 507, 758 (tomo 30). 1904.
- Guibal* — Ulcera perforada del estómago. — Revue de Chirurgie, pág. 262, 1914.
- Guyot* — Ulcère du duodénum. — Archives Générales de Chirurgie, pág. 455, 1913.
- Handeck* — Diagnóstico de la úlcera de la pequeña curvadura. — Semana Médica, pág. 732, 1913.

- Hartmann* — Deux cas d'ulcère du duodénum. — Archives Générales de Chirurgie, pág. 664, 1911.
- Hartwell M.* — Ulcera perforada del estómago. — Com. a la Soc. de Cirugía de Nueva York. — Revue de Chirurgie, tomo II, pág. 198. 1908.
- Hoffmann* — Notre experience en chirurgie gastrique. — Journal de Chirurgie, pág. 719, 1911.
- Imfeld* — Sur le plus jeune cas d'ulcère duodenal perforé. — Journal de Chirurgie, pág. 32, 1911.
- Jeannel* — Chirurgie de l'intestin. — Paris, 1898.
- Juillard H.* — Contribución al estudio de las complicaciones pancreáticas del ulcus duodenal. — Tesis, Paris, 1910.
- Keen W.* — Tratado de patología y clínica quirúrgica (edic. española), Barcelona, 1913.
- Kecher A.* — Ulcère de l'estomac. — Archives Générales de Chirurgie, pág. 1191, 1912.
- Kulenkampff* — Diagnostic précoce de l'ulcère perforé. — Archives Générales de Chirurgie, página 732, 1913.
- Kümmell H.* — Sobre patogenia y tratamiento de la úlcera del duodeno. — Revista Médica del Rosario, núms. 5 y 6, 1914.
- Küttner* — Ulcère du duodénum. — Archives Générales de Chirurgie, pág. 1230, 1913.

- Lagoutte* — Sept observations d'ulcère du duodénum perforé. — Lyon Chirurgical, núm. 2, 1914.
- Lecène F.* — Cinq cas de perforations d'ulcères de l'estomac ou du duodénum opérées précocement et guéries. — La Presse Médicale, núm. 86, 1912.
- Lecène* — La intervención precoz en las peritonitis por perforación de úlcera. — Semana Médica, pág. 173, 1913.
- Notas sobre el tratamiento de las peritonitis agudas. — Journal de Chirurgie, pág. 369, 1911.
- Lejars* — Chirurgie d'urgence, págs. 422, 424 y 532.
- Leriche* — Tratamiento de las peritonitis agudas. — XXIV Congreso de la Asoc. Francesa de Cirugía, 1911.
- Léper* — Tratamiento de la úlcera de estómago. — Semana Médica, pág. 976, 1912.
- Mannheimer* — La úlcera gástrica perforada y la leucocitosis neutrófila. — Journal de Chirurgie, pág. 458, 1911.
- Martin* — Ulcère gastrique perforé. — Archives Générales de Chirurgie, pág. 321, 1912.
- Mathieu* — Bull. et Memoires de la Soc. de Chirurgie de Paris, núm. 31, 1910.
- Ulcera del duodeno. — Semana Médica, pág. 301, 1911.

- Mathieu et Roux* — Maladies de l'appareil digestif. Paris 1907.
- Mauclaire* — Gastroenterostomía posterior. — Bull. et Memoires de la Soc. de Chirurgie de Paris, pág. 361, 1910.
- Mayo* — Ulcères de l'estomac et du duodénum envisagées particulièrement au point de vue des résultats éloignées. — Archives Générales de Chirurgie, pág. 438, 1912.
- Mayo Robson* — Ulcère de l'estomac et du jejunum. — Archives Générales de Chirurgie, pág. 443, 1912.
- Mercadé* — El período post-operatorio.
- Meulle Paul* — Estudio sobre la úlcera del duodeno. — Tesis, Paris, 1912.
- Meunier L.* — Du diagnostic de l'ulcère de la région duodéno-pilorique. — Archives Générales de Chirurgie, pág. 343, 1912.
- Monod y Vanverts* — Tratado de técnica operatoria. — Paris, 1908.
- Monprofit* — De la gastroenterostomie, 1903.
- Moreau* — Des suites de la gastro-enterostomie dans les sténoses non cancéreuses du pylore. — Tesis, Paris, 1909.
- Moreno Muñoz* — Enfermedades del estómago. — Tesis, Buenos Aires, 1902.
- Mühsum R.* — Diagnostic et traitement des perfora-

- tions gastriques par ulcère. — Journal de Chirurgie, pág. 313, 1911.
- Trois cas de perforation d'ulcères gastriques guéris par l'opération. — Archives Générales de Chirurgie, pág. 674, 1911.
- Murphy J. B.* — Tratamiento de la peritonitis aguda generalizada por perforación. — Comunicación a la Sociedad Americana de Cirugía, 1908.
- Neuderfer* — Sur l'ulcère du duodénum. — Journal de Chirurgie, pág. 320, 1911.
- Orcoyen y Arana* — Indicaciones y resultados de la gastroenterostomía en las estenosis orgánicas no cancerosas del píloro. — Tesis, Madrid, 1904.
- Pacheco M.* — Úlcera simple del estómago y su tratamiento. — Tesis, Buenos Aires, 1908.
- Papadoupoulos T.* — Contribution á l'étude des suites chirurgicales et de la valeur de la gastroenterostomie. — Tesis, Paris, 1910.
- Pasman Rodolfo E.* — Sobre cuatro casos de úlcera perforada del estómago y duodeno. — Argentina Médica, núm. 27, 1914.
- Patané Salvador* — Algunas consideraciones sobre el tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica y sus complicaciones. — Tesis, Buenos Aires, 1914.
- Patel* — Úlcera perforada del duodeno. — Com. á la Soc. des Sciences Médicales, junio de 1914.

- Pauchet* — Com. á la Soc. de Cirugia de Paris. —
Semana Médica, pág. 1259, 1912.
— Perforation aigüe d'ulcère duodénal. Com. á la
Soc. Nationale de Chirurgie de Paris. — Archi-
ves Générales de Chirurgie, pág. 1217, 1913.
- Filcher Taft* — Patogenia y tratamiento de la úl-
cera duodenal. — Journal de Chirurgie, página
82, 1911.
- Pini Raul* — Aplicación del botón de Murphy en las
anastómosis gastrointestinales. — Tesis, Buenos
Aires, 1911.
- Pinto de Goes Adhemar* — Da úlcera simple do duo-
deno. — Tesis, Río de Janeiro, 1913.
- Quénu* — Ulcera del estómago. — Bull. et Memoi-
res de la Soc. de Chirurgie, pág. 447, 1904.
— Perforations duodénales. — Archives Générales
de Chirurgie, pág. 318, 1911.
- Renaudin* — Perforación brusca del duodeno. —
Tesis, Paris, 1908.
- Ribera José* — Valor de la gastroenterostomía. —
Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas,
tomo XIX, pág. 401, 1908.
- Ricard y Pauchet* — Tratamiento de la úlcera del
duodeno. — Revue de Gynecologie et Chirurgie
abdominal, pág. 550, 1910.
— Com. al XXIII Congreso Francés de Cirugía.
- Riche* — De la yeyunostomía, especialmente de la

- yeyunostomía en Y. — Bull. et Memoires de la Soc. de Chirurgie de Paris, pág. 170, 1904.
- Rocca Luis* — Úlcera del duodeno. — Tesis, Buenos Aires, 1912.
- Santos Marfín* — Manifestaciones intestinales en el cáncer y úlcera de estómago. — Tesis, Buenos Aires.
- Scarella F.* — Úlcera del estómago y sus complicaciones. — Tesis, Buenos Aires, 1912.
- Simon L.* — Beitrag zur Behandlung der perforierten Magen-und duodenal ulcera. — Beitrag zur Klinischen Chirurgie, tomo 83.
- Soler Galeano P.* — Úlcera simple del duodeno. — Tesis, Buenos Aires, 1907.
- Sculigoux* — Ulcère du duodénum. — Archives Générales de Chirurgie, pág. 316, 1911.
- Tagliavache* — La gastroenterostomía. — Tesis, Buenos Aires, 1913.
- Terrontegui* — Estadísticas de clínica quirúrgica. — Tesis, Buenos Aires, 1903.
- Terrier et Hartmann* — Chirurgie de l'estomac. — Paris, 1899.
- Torres F.* — Observaciones de clínica quirúrgica. — Tesis, Buenos Aires, 1902.
- Tuffier* — Chirurgie de l'estomac. — Paris, 1907.
- Urdapilleta Vicente* — Formas clínicas y tratamien-

- to de la úlcera de estómago. — Tesis, Buenos Aires, 1908.
- Villard et Pinatelle* — De la perforación de las úlceras de la pequeña curvadura (perforaciones altas). *Revue de Chirurgie*, págs. 708, 846 (tomo 29) y pág. 132 (tomo 30), 1904.
- Wandeck M.* — Tratamiento de la úlcera del duodeno. — *Semana Médica*, pág. 528, 1912.
- Williams-Green* — Ulcères de l'estomac et du duodénum perforés. — *Archives Générales de Chirurgie*, pág. 312, 1912.
- Yagüe Luis* — Falsedad de las llamadas dispepsias post-operatorias de los gastroenterostomizados. — *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, pág. 401, 1908.
- Zeno Artemio* — Reseña de 50 casos de cirugía del estómago y duodeno. — *Revista Médica del Rosario*, núm. 2, 1915.



Buenos Aires, Junio 15 de 1915.

Nómbrese al señor Consejero doctor Pedro Lavavera, al profesor titular doctor Ricardo Sarmiento Laspiur y al profesor suplente doctor Carlos Robertson, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

L. GÜEMES

J. A. Gabastou.
Secretario.

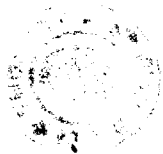
Buenos Aires, Junio 30 de 1915.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 3023 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

L. GÜEMES

J. A. Gabastou.
Secretario.

30316



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Régimen alimenticio en las úlceras.

P. Lacavera.

II

Vaciamiento del contenido gástrico en el duodeno ; su manera de producción.

R. Sarmiento Laspiur.

III

Patogenia de las úlceras del estómago y duodeno.

C. Robertson.

