

# CLINICA GIL

---

---

DIRECTOR, GIL J. GIL, M. D.

FEBRERO - ABRIL 1925 VOL. II - NROS. 7 Y 8

---

---

## CONTENIDO:

Tratamiento quirúrgico de las úlceras gástrica y duodenal.

GIL J. GIL, M. D.

El somaífeno en anestesia quirúrgica, GIL J. GIL, M. D.

Inversión uterina, Dr. PEDRO NEL CARDONA.

Estadística general del Dr. GIL.—Clínica Quirúrgica.

Un síndrome palúdico.—Notas.

---

---

MEDELLIN - ANTIOQUIA - COLOMBIA

---

---



EDITADA EN LA TIPOGRAFIA BEDOUT  
FELIX DE BEDOUT E HIJOS  
MEDELLIN

### CONDICIONES:

CLÍNICA GIL saldrá cada dos meses,

Valor de la suscripción por un año.. \$ 1.00

Valor del número suelto..... \$ 0.20

### AVISOS:

Página exterior..... \$ 5.00

Página interior..... \$ 3.00

Media página ..... \$ 2.00

---

Esta Revista agradece y acepta la colaboración científica, pero la Dirección no hace suyas las ideas emitidas ni da explicaciones caso de no publicación.

Para todo lo relacionado con canjes, avisos y suscripciones dirigirse a la CLÍNICA GIL, Calibío 74—Medellín—Colombia—S. A.

Venta de números sueltos en la Librería de D. Antonio J. Cano.

---

SUSCRIPCIONES Y AVISOS  
SE PAGAN ANTICIPADAMENTE

# CLINICA GIL

Director, GIL J. GIL M. D.

Febrero - Abril 1925

MEDELLIN-COLOMBIA

Vol. II. Nros. 7 y 8

✓

## TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS ULCERAS GASTRICA Y DUODENAL

GIL J. GIL M. D.

---

En el estudio de las patologías apenas hay capítulo tan discutido como el de las úlceras gástrica y duodenal. Desde su etiología hasta su tratamiento todo es inseguro, y lo que ayer admitíamos como cierto hoy aparece modificado; las teorías se suceden sin llegar a esclarecer en un todo la causa de la ulceración; la sintomatología que antes podía decirse era neta para cada entidad, no es tan clara hoy después de que las estadísticas quirúrgicas se multiplican y de que la radioscopia y la radiografía han entrado de lleno en el estudio de las afecciones gástricas. Hace pocos años oíamos a los maestros y leíamos en los clásicos las descripciones típicas de la úlcera gástrica y duodenal, y aceptábamos fácilmente el diagnóstico diferencial entre una y otra; hoy, en clínica, hasta los espíritus más sagaces vacilan al hacer el diagnóstico preciso del sitio de la úlcera, y la misma radiografía aumenta a veces la vacilación. En cuanto al tratamiento podemos admitir un hecho concreto: la terapéutica médica pierde diariamente terreno en favor de los procedimien-

tos quirúrgicos. Es indiscutible que hay úlceras que ceden a un régimen dietético y medicamentoso bien dirigido; pero se trata de ulceraciones agudas, y en algunos casos no podría saberse a ciencia cierta si la calma es debida al tratamiento o si es una de las remisiones naturales de la enfermedad. En las úlceras crónicas es inútil esperar una curación por el tratamiento médico: para convencerse de ello basta mirar una pieza anatómica y observar la ulceración profunda, la infiltración de las paredes, las adherencias peritoneales, para comprender que, aún cicatrizada la lesión, la cicatriz callosa y las adherencias son suficientes para sostener una sintomatología bastante seria y que no puede ceder a ningún tratamiento médico, sin contar con las recidivas de la ulceración, la excavación hasta perforarse y las transformaciones posibles.

El peligro de estas ha inclinado definitivamente la balanza del lado de la cirugía. El número alarmante de cánceres del estómago, aún en individuos jóvenes, ha despertado alarma en los prácticos, máxime cuando en todo cáncer se encuentra una historia más o menos neta de perturbaciones gástricas anteriores y en general de larga duración, a veces francamente diagnosticadas y tratadas como úlceras. Para muchos autores que han estudiado a fondo la cuestión, el ciento por ciento de los cánceres del estómago tienen su origen en la úlcera gástrica. De allí que en el tratamiento profiláctico del cáncer del estómago, ocupe el primer lugar el tratamiento radical de las úlceras.

Los métodos y técnicas operatorios son demasiado numerosos para que pretenda discutirlos y compararlos; bástame en el presente artículo llamar la atención sobre las limitaciones que tiene la gastroenteroanastomosis simple, y hacer ver las ventajas de la gastrectomía y la anastomosis por el método clásico conocido con el nombre de Billroth 2º, basándome únicamente en mi estadística personal.

Mis casos de cirugía gástrica son 59 y se descomponen así:

