

LA CIRUGIA DEL TUBO DIGESTIVO EN LA CLINICA
QUIRURGICA DEL PROF. BENEDICTO MONTENEGRO
(São Paulo)⁽¹⁾

Por el Dr. Juan E. Cendán Alfonso

En São Paulo el ambiente quirúrgico ha alcanzado un alto nivel de perfeccionamiento, destacándose en él, con caracteres inconfundibles, la recia personalidad de Benedicto Montenegro. Desde la Cátedra de Anatomía primero: desde la de Técnica Quirúrgica (de la que fué el organizador y primer Catedrático) después, y desde la Cátedra de Patología y Clínica Quirúrgicas en la actualidad, Montenegro ha creado su escuela, y ahora sus discípulos, Eurico Branco Ribeiro, Edmundo Vasconcellos, Alipio Correia Netto, José María de Freitas, Piragibe Nogueira, Eurico Bastos, y tantos otros, figuran entre los más distinguidos cirujanos paulistas. Muchos de ellos han alcanzado ya el Profesorado y muchos también tienen personalidad que se exterioriza en estudios y obras originales que han alcanzado amplia difusión. Pero de todos modos, en todo el ambiente quirúrgico paulista se encuentra el sello inconfundible de la Escuela de Montenegro.

Creemos pues que a través del Profesor Montenegro es posible formarse un criterio exacto sobre el ambiente quirúrgico de São Paulo.

No obstante ser un consumado cirujano general, capaz de actuar con brillantez en cualquiera de las ramas de la Cirugía, Montenegro se ha especializado notoriamente en Cirugía del Aparato Digestivo y particularmente en Cirugía gastroduodenal y biliar, bastando recordar que actualmente cuenta en su estadística con alrededor de 4000 resecciones gástricas y 800 intervenciones sobre vías biliares, para dar una idea de su autoridad en la materia.

(1) Notas de mi viaje de estudios al Brasil de Mayo a Octubre de 1944, en uso de una Beca de Perfeccionamiento.

Es en el terreno de la Cirugía del aparato digestivo donde mejor pueden apreciarse los progresos obtenidos y que han significado al Centro Quirúrgico Paulista, el justo renombre de que goza en su país y en el extranjero.

A continuación trataremos de esbozar la conducta de Montenegro en diversos problemas de cirugía del aparato digestivo y en particular en la cirugía del ulcus duodenal.

I. Cirugía gastroduodenal.

A) Gastrectomía subtotal. Anastomosis gastroyeyunal.

Después de ensayar diversas técnicas, Montenegro usa actualmente y en forma exclusiva, la anastomosis tipo Polya, empleando los clamps de Abadie para facilitar las maniobras.

De preferencia realiza una anastomosis precólica, con asa larga. Este método no ha mostrado inconvenientes: en particular, no se observa la retención del asa aferente incriminada a la técnica de asa larga. Tampoco se consideran importantes las objeciones que se le hacen al Polya. El reflujo del asa aferente no se ha observado con mayor frecuencia que cuando se ha usado la técnica de Hoffmeister-Finsterer. En cuanto a la rapidez de la evacuación gástrica, ha sido observada en el postoperatorio inmediato, pero la observación periódica de los operados ha mostrado que la evacuación se normaliza después de cierto tiempo. El examen radiológico muestra entonces, que la regulación de la evacuación se realiza merced a las contracciones del asa eferente en su origen, que funciona a la manera de un esfínter.

El examen radiológico muestra también que el asa aferente larga permite al muñón gástrico conservar la libertad de movimientos necesaria para su correcto funcionamiento.

Por el mismo motivo es preferible la anastomosis precólica a la transmesocólica, pues esta última obliga a la fijación de la neoboca a la brecha. Sólo en los casos de mesocolon muy amplio, con colon transversal bajo, o de epiplón cargado de grasa y pesado, se practica la anastomosis transmesocólica.

B) Cirugía del ulcus duodenal. — Siguiendo el criterio más generalmente aceptado actualmente en lo que se refiere a terapéutica quirúrgica del ulcus duodenal, los cirujanos paulistas son partidarios de la gastroduodenectomía parcial.

Precisamente en esta parte, que ha sido motivo de estudios especiales, Montenegro ha sido el creador de un método excelente, que ha denominado "descolamiento submucoso del duodeno". Este método, especialmente ideado para el tratamiento de las úlceras duodenales profundamente situadas, ha resuelto en forma práctica y simple uno de los problemas más difíciles en esta clase de cirugía haciendo posible la extirpación de la lesión ulcerosa y el cierre correcto del muñón duodenal.

La técnica utilizada ha sido cuidadosamente estudiada del punto de vista anatómico y anatomo-patológico, habiendo dado motivo a numerosas publicaciones. Por ello no vamos a describir la técnica, remitiendo a los que se interesen por ella, a los trabajos respectivos. Conviene sin embargo recordar aquí, que Montenegro practica el descolamiento submucoso sólo en la mitad pósterio-superior de la pared duodenal, en lo cual difiere de Hustinx, que lo realiza en todo el contorno, cosa que no es necesaria y que puede tener consecuencias sobre la nutrición de la mucosa; es precisamente ésta una de las críticas que se hacen al método del descolamiento submucoso, de la que tendremos ocasión de ocuparnos más adelante.

La maniobra del descolamiento submucoso es fácil dada la laxitud de la submucosa, y apenas deben ser seccionados algunos tractos fibrosos y ligadas algunas arteriolas que se dirigen de la muscular a la mucosa, para obtener un buen descolamiento.

Nos limitaremos a hacer resaltar las ventajas fundamentales que derivan de la técnica de Montenegro y las variantes necesarias en situaciones clínicas particulares.

a) El descolamiento submucoso puede ser utilizado para el cierre duodenal *en cualquier tipo de úlcera duodenal*, pero su indicación particular se encuentra en los casos de úlceras duodenales antiguas, perforadas en la cápsula pancreática lo más frecuentemente, y también en el ligamento hepatoduodenal, en la cara inferior del hígado o en la vesícula biliar.

b) En las úlceras "soi-disant" *penetrantes en la cabeza del páncreas*, el cráter ulceroso asienta en realidad en la cápsula de la glándula, que por su reacción de defensa se espesa considerablemente y protege el parénquima. En estos casos, mediante el descolamiento submucoso, es posible extirpar la zona enferma con

relativa facilidad y sin que ello signifique traumatismo importante sobre la cabeza del páncreas.

c) En los casos de *úlceras que invaden el ligamento hepato-duodenal*, el colédoco puede estar atraído y aun perforado por el proceso ulceroso en cuyo caso su abertura es inevitable si se quiere extirpar la zona ulcerosa. Deberá procederse luego a restablecer el tránsito biliar por implantación directa o indirecta (con tubo de goma perdido) del colédoco en el duodeno, practicando una colecistostomía temporaria (para descompresión); en los casos en que dicha anastomosis no es posible, Montenegro practica la ligadura del colédoco seguida de una colecisto-duodenostomía.

d) En numerosos casos el proceso de *periduodenitis fibrosa* de defensa, origina una *retracción* longitudinal del bulbo que prácticamente ha desaparecido, apareciendo entonces la úlcera como localizada en la 2ª porción. En todos estos casos de *úlceras difíciles de extirpar*, que han sido inclusive consideradas como inextirpables, mediante la técnica del d. s. m. no sólo se hace posible la extirpación de la lesión sino que se obtiene un marguito suficiente de duodeno que permite un cierre correcto y seguro.

e) Por último, en los raros casos de *úlcera verdadera de la 2ª porción del duodeno*, la técnica del d. s. m. permite todavía la extirpación en los casos en que ella es técnicamente posible, temiéndose bajo la vista la desembocadura de los canales biliar y pancreáticos.

f) En los casos en que el tipo anatomo-patológico de lesión (perforación, periduodenitis) hace difícil obtener la liberación de la mucosa duodenal en las proximidades del cráter, Montenegro practica la "*sección previa del duodeno*" para proceder después al descolamiento submucoso extirpando la úlcera y formando el muñón. Esta maniobra simplifica enormemente la técnica y abrevia considerablemente el tiempo duodenal.

Pueden resumirse así las ventajas y los fines del d. s. m.:

1º Permite la extirpación de la gran mayoría de los ulcus duodenales, limitando a casos excepcionales la indicación de la resección-exclusión.

2º Permite actuar a cielo abierto y con un control absoluto en todos los tiempos operatorios, aún en los casos en que, por las

condiciones locales, están completamente alteradas las relaciones anatómicas y los planos quirúrgicos.

3º Reduce al mínimo el traumatismo operatorio sobre la cabeza del páncreas.

4º Con seguridad evita lesionar el colédoco retroduodenal.

5º En las úlceras bajas y en las de la 2ª porción permite el control del colédoco, el canal de Wirsung y el de Santorini.

6º Es el único método que permite tratar correctamente las úlceras perforadas en el colédoco.

7º Asegura la obtención de un cierre duodenal perfecto en la mayoría de los casos y aún en los más difíciles se consigue un cierre satisfactorio.

8º La técnica del d. s. m. es *de fácil realización* y de *más amplia aplicación* a la extirpación de lesiones ulcerosas del duodeno, que otras técnicas ideadas con el mismo fin (Pototsching, Steimberg, etc.).

Dos críticas hemos podido anotar al método de Montenegro:

La primera se refiere al hecho de que durante cierto tiempo, a veces largo, en los casos de sección previa, permanece abierto el duodeno, con las consiguientes posibilidades de contaminación peritoneal por su contenido. Esta crítica, hecha por los defensores de la gastrectomía llamada aséptica, carece de valor según lo que hemos podido observar.

Por una parte, de no abrir el duodeno, sería imposible la extirpación de la lesión.

Por otra, dicha abertura no tiene consecuencias apreciables, y la evolución de los operados por esta técnica es exactamente igual en lo que a repercusión peritoneal se refiere, a la de los operados por los llamados métodos asépticos. Es evidente por otro lado su superioridad en lo que se refiere al control de la hemorragia y al cierre duodenal. La reintervención de algunos antiguos gastrectomizados por esta técnica, realizada por diversas causas (litiasis biliar, principalmente) ha permitido comprobar que el estado local no presenta diferencias apreciables con el de los que han sufrido intervención asépticas.

La segunda crítica establece que el d. s. m. desvitaliza la mucosa ya a corta distancia de la zona decolada. Esto tendría como resultado la necrosis del manguito con las respectivas consecuencias sobre el cierre duodenal.

Esta crítica, aunque exacta en parte, tampoco merece ser tenida en cuenta, pues las consecuencias en ella invocadas sobre el cierre duodenal, no se observan en la práctica.

Precisamente, el Prof. Montenegro practica el descolamiento sólo en la mitad póstero-superior de la pared del duodeno, como ya hemos dicho, y luego practica el cierre del muñón mucoso lo más cerca posible del límite de descolamiento, lo suficiente para permitir el hundimiento. Además, estando el extremo del muñón condenado a la necrosis como toda mucosa desvitalizada, practica con catgut un cierre simple a la Doyen del manguito mucoso resecaando el excedente. En cambio se preocupa por realizar una sutura en bolsa y un cierre seromuscular lo más perfecto posible, en 2 ó 3 planos, utilizando para ello sucesivamente la pared duodenal, la cápsula pancreática y el epiplón, lo que permite una peritonización completa.

La evolución de los operados demuestra la corrección de este modo de pensar pues aún en casos difícilísimos, donde el cierre duodenal no puede ofrecer las garantías de los casos comunes, la evolución post operatoria es excelente, la incidencia de complicaciones post operatorias permanece prácticamente igual. Las fístulas, en particular, son excepcionales.

C) *Cirugía del ulcus péptico.*

La técnica seguida en las intervenciones por ulcus péptico puede resumirse así:

1º Resección de la boca anastomótica incluyendo el yeyuno cuyas asas aferente y eferente son seccionadas entre clamps de Rankin o pinzas de Kocher. Sólo en los casos de boca muy pequeña se practica la degostroyeyunostomía con sutura de la boca yeyunal.

2º Anastomosis aséptica término-terminal del yeyuno en dos planos.

3º Descolamiento gastro-mesocólico y cierre de la brecha mesocólica, que habitualmente es sitio de inflamación y reacción, por lo que es preferible no utilizarla en la nueva anastomosis.

4º Gastroyeyunostomía precólica, por la técnica corriente. Debe cuidarse que la anastomosis término-terminal del yeyuno por encima de la gastroyeyunostomía.

D) *Gastrectomía total.*

Para la gastrectomía total, intervención que se realiza con relativa frecuencia en los casos de neoplasma de estómago, se sigue fundamentalmente la técnica de Lahey. Interesa hacer notar algunos detalles.

La vía de abordaje es la paramediana izquierda tipo Lenander. Esta incisión es la usada para todos los casos en que se requiera intervenir muy alto en la pequeña curva (ulcus de pequeña curva, neoplasmas, etc.). (En los casos de ulcus pilórico, duodenal, etc., se usa el abordaje por vía de Lenander derecha).

La anastomosis esófago-yeyunal es realizada con catgut de reabsorción lenta, enhebrado en aguja atraumática, curva. Se practica la sutura en dos planos. Montenegro prefiere el surjet a los puntos separados. Realizado con prolijidad no estrecha la neoboca. Da más garantías respecto a la continuidad de la sutura.

El asa yeyunal escogida se halla a unos 40 cms. del ángulo duodeno-yeyunal. Asa larga que es fijada a los bordes del peritoneo diafragmático, lateralmente, para que no haya tracción sobre la sutura anastomótica. Se practica decolamiento del peritoneo diafragmático lo suficiente para poder recubrir con él la anastomosis, fijándolo por debajo de ella al asa yeyunal. De este modo la neoboca queda extraperitoneal.

De preferencia se usa la vía transmesocólica, y no se fija el asa a la brecha para no restarle movilidad.

Montenegro no practica la yeyuno yeyunostomía complementaria, por considerarla innecesaria.

II. Cirugía del colon.

A) **Colon derecho.** — Cuando las conclusiones generales o locales del enfermo lo requieren, se comienza por un primer tiempo de drenaje, mediante un ano cecal o una ileostomía, para poner al paciente en condiciones.

En todos los casos en que la situación lo permite, se procede a la colectomía derecha en un tiempo.

Previa movilización y liberación del colon derecho, se procede a la sección del íleon, entre una ligadura en el cabo distal y uno de los clamps laminadores de Rankin en el cabo proximal. Sección del mesocolon lo más cerca posible de su raíz, con ligadura de los vasos cólicos derechos y del ángulo hepático del colon. Liegados

al transverso, a la altura en que se desea hacer la resección, se practica doble ligadura del colon, sección entre ellas, toque con yodo y hundimiento en bolsa del cabo distal, con dos planos de sutura.

Luego colocación del segundo clamp laminador de Rankin sobre la bandeleta anterior, para resecar la pared lateral y practicar una anastomosis íleo-transversa término-lateral. Para ello, previa solidarización de los clamps de Rankin, se practican: un plano de surjet sero-muscular anterior y otro de surjet sero-muscular posterior, con dos hilos separados que se mantienen tensos; se retiran los clamps y se solidarizan las suturas en sus dos extremos cuidando de no estrechar. Finalmente, segundo plano sero-seroso, con surjet circular continuo de peritonización.

Siempre que no haya dificultades técnicas, se sutura el borde mesentérico ileal al borde mesocólico para suprimir la brecha. Pero esto no es obligatorio. La peritonización del lecho cólico no es practicada por Montenegro por considerarla innecesaria y perjudicial, pues para poder realizarla obliga a ser económicos en la resección del mesocolon.

Cuando el colon transverso es suficientemente amplio, se completa la anastomosis íleo-transversa, con puntos íleo-transversos alejados de la línea de sutura, para producir el "telescoping" del íleon, creando en cierto modo una nueva válvula ileocecal. El estudio radioscópico permite apreciar sus ventajas.

Montenegro no es partidario de la anastomosis íleo-transversa término-terminal.

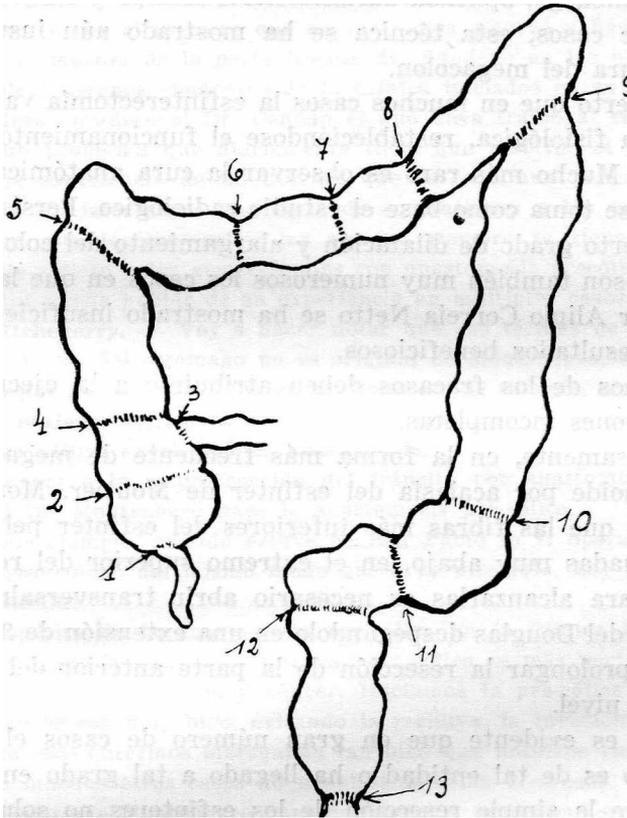
B) Colon izquierdo. — En la colectomía izquierda, y más particularmente en la sigmoidectomía, Montenegro es partidario de la colectomía en un tiempo con anastomosis término-terminal con clamps de Rankin.

Como tiempo previo, para desintoxicar y preparar convenientemente al enfermo, se practica un ano cecal temporario.

C) Neoplasma de recto. — Previamente se practica ano definitivo, ilíaco izquierdo si es posible, en cañón de fusil.

En un segundo tiempo se procede a la extirpación abdomino-perineal del recto, dejando un muñoncito sigmoideo distal con relación al ano, que es cerrado en bolsa con dos planos de sutura.

D) **Megacolon.** — Son bien conocidos los interesantísimos estudios de la Escuela Paulista en este terreno, que han tenido como principales exponentes, los trabajos de E. Etzel y de Amirim y Correia Netto. Ellos conducen a admitir que la forma más común de megacolon, el megacolon “neuropático-avitaminósico”,



Esquema de los esfínteres del Colon

LOS ESFÍNTERES DEL COLON

1. Esfínter de Gerlach: ceco-apendicular; 2. Esfínter de Borcésco: medio-cecal;
3. Esfínter de Varolio: fleo-cecal (a nivel de la válv. de Bauhin); 4. Esfínter de Bussy: ceco-ascendente; 5. Esfínter de Hirsch: cólico derecho próx. a ángulo hepático; 6 y 8. Esfínter de Cannon: cólico-transverso der. e izq.;
7. Esfínter de Hurst: medio-transverso; 9. Esfínter de Payr y Strauss: cólico izq. próx. a ángulo esplénico; 10. Esfínter de Balli: descendente-sigma; 11. Esfínter de Moutier y Rossi: medio-sigmoideo; 12. Esfínter de Moutier: pelvi-rectal; 13. Esfínter interno del ano.

tiene su origen en la "acalasia" de los esfínteres del colon; y han llevado al Prof. Alipio Correia Netto a idear su técnica de la resección de los esfínteres del colon que se hallan afectados, que nos parece el más racional de los métodos quirúrgicos aconsejados para el tratamiento de esta enfermedad.

Sin embargo, aplicada durante cierto tiempo y en un número crecido de casos, esta técnica se ha mostrado aún insuficiente para la cura del megacolon.

Es cierto que en muchos casos la esfinterectomía va seguida de la cura fisiológica, restableciéndose el funcionamiento normal del colon. Mucho más raro es observar la cura anatómica, por lo menos si se toma como base el estudio radiológico. Persiste siempre un cierto grado de dilatación y alargamiento del colon.

Pero son también muy numerosos los casos en que la técnica ideada por Alipio Correia Netto se ha mostrado insuficiente para obtener resultados beneficiosos.

Muchos de los fracasos deben atribuirse a la ejecución de intervenciones incompletas.

Precisamente, en la forma más frecuente de megacolon, el megasigmoide por acalasia del esfínter de Moutier, Montenegro insiste en que las fibras más inferiores del esfínter pelvirrectal están situadas muy abajo, en el extremo superior del recto, por lo cual para alcanzarlas es necesario abrir transversalmente el peritoneo del Douglas despegándolo en una extensión de 3 ó 4 cm. o más y prolongar la resección de la parte anterior del esfínter hasta ese nivel.

Pero es evidente que en gran número de casos el proceso patológico es de tal entidad o ha llegado a tal grado en su evolución, que la simple resección de los esfínteres no soluciona la situación. La atrofia del plexo mioentérico que se encuentra en la base de este proceso, explicaría los malos resultados por tratarse de un proceso irreversible.

Es para estos casos que se tiene actualmente tendencia a preferir las intervenciones combinadas, particularmente la esfinterectomía del esfínter afectado, seguida de la extirpación total o parcial del segmento de colon alterado, efectuada de preferencia en un tiempo, y excepcionalmente por la técnica de Mickulicz. La evolución de los enfermos así tratados permite esperar buenos resultados de estas técnicas combinadas. Naturalmente es de im-

portancia fundamental la medicación post-operatoria y el régimen alimenticio adecuados establecidos de acuerdo con los conocimientos relativos a la etiopatogenia actualmente admitida para esta afección.

Prof. Soto Blanco. — En nuestro medio el Dr. Enrique Lamas, desaparecido, trajo a la Clínica del Prof. Prat las enseñanzas de Benedicto Montenegro, y fué el primero que en la Clínica empezó a hacer la separación de la mucosa de la parte fibrosa del duodeno en las úlceras terebrantes. Dejó algunos elementos de la Clínica iniciados en su técnica.

La Mesa agradece al Dr. Cendán el que haya traído al seno de esta reunión, un problema que diariamente tiene que resolver el cirujano, y recordar la experiencia de un hombre que es toda una personalidad en este punto. Es interesante una serie de conclusiones a las cuales llega, después de esta lectura, sobre las que no siempre se tiene la misma opinión. Me refiero a las gastrectomías con anastomosis precólica y en las que el autor puede hablar de su experiencia en múltiples casos.

Dr. Etchegorry. — Voy a hacer notar que esa técnica de la gastrectomía por úlcera del estómago no es original de Montenegro, sino que ya la conozco por Delore, publicada en un Congreso de Cirugía, creó en 1901.

Prof. Stajano. — Un simple detalle a propósito de la práctica que Montenegro utiliza en el tipo de anastomosis.

En cuanto a la reconstrucción del tránsito por anastomosis gastro-yeyunal el Dr. Montenegro hace la anastomosis pre-cólica.

Yo, por ejemplo, cuando estuve en San Pablo lo vi operar haciendo la trans-meso-cólica, del mismo modo que a su discípulo, hoy maestro, el Dr. Vasconcellos.

A propósito de la anastomosis pre-cólica en la Clínica la hacemos considerando que la anastomosis trans-meso-cólica es más perjudicial que benéfica en lo que respecta al cáncer. Hacíamos la pre-cólica como una cosa que no estaba muy bien, evitando la recidiva, la invasión del mesocolon; pero esos enfermos marchaban tan bien que nosotros empezamos a hacerla en muchos otros casos no neoplásicos como ulcerosos.

Me alegro que Montenegro haya adoptado el procedimiento pre-cólico porque aparte de dar un muy buen resultado, es una autoridad respetable la que lo aconseja.

Dr. Ardao. — Creo que el decolamiento sub-mucoso es de Clairmont, y que hasta aparece figurado en los fascículos de Pauchet. En lo que se refiere a los puntos que ha tocado el Dr. Cendán, algunas cosas me parece que merecen un pequeño comentario. El decolamiento submucoso del duodeno es una maniobra útil, no para extirpar la úlcera, sino para cerrar el duodeno.

En la figura primera que reproduce la úlcera está por debajo. Da más paño cuando es retráctil el proceso inflamatorio escleroso peri-ulceroso. Suelta la mucosa. De tal manera que el decolamiento alarga el duodeno. En cuanto al fondo del cráter de la úlcera en algunos casos está el páncreas completamente incluido.

A veces el problema no es la resección de la úlcera misma y como el Dr. Cendán dice el abandonarla tocándola con yodo o extraperitonizándola es suficiente para asegurar la buena evolución. En cuanto a las úlceras extra-bulbares, creo dudosa su existencia. Las pocas de diagnóstico radiográfico que yo he visto han sido duodenales del bulbo en la operación y cuando no, eran divertículos de la mucosa.

Dr. Cendán. — Agradezco a todos el interés demostrado por mi comunicación, y en especial los conceptos del Prof. Soto Blanco.

Respecto al Dr. Etchegorry debo decirle que en ningún momento de mi comunicación sostuve que la técnica de la gastrectomía por ulcus fuera método de Montenegro. Al hablar de "Método de Montenegro" yo me refiero a la técnica seguida por dicho maestro para practicar el descolamiento submucoso del duodeno. Quiero dejar sentado que sólo se le atribuye la paternidad en esa técnica especial de descolamiento submucoso que lleva su nombre.

En cuanto al Prof. Stajano, que tiene experiencia en anastomosis tipo Polya y precólica, en los exámenes radioscópicos de enfermos gastrectomizados por esta técnica años atrás, he podido observar un funcionamiento tan perfecto gastroyeyunal, que parecería existir un verdadero piloro.

Al Prof. Ardao cúmpleme manifestarle que en los cortes histológicos del cráter ulceroso en el páncreas, he podido ver el tejido glandular pancreático separado de la cavidad ulcerosa por una capa más o menos espesa de tejido fibroso. El cráter ulceroso nunca llega al tejido glandular porque el tejido fibroso formado por la reacción conjuntiva aísla y protege siempre a la verdadera glándula pancreática.

En cuanto al método del descolamiento submucoso ya he aclarado que no es que Montenegro haya ideado el descolamiento submucoso, sino *su técnica* para el descolamiento submucoso, haciendo de ella una maniobra sencilla al iniciarla en el ángulo diedro duodeno-pancreático. Si bien es cierto que el cierre duodenal se facilita mucho por ese procedimiento, la técnica de Montenegro fué expresamente ideada para extirpar las úlceras perforadas en páncreas o colédoco. El dominio que tiene el Prof. Montenegro de su técnica es tal, que actualmente puede decirse que no realiza prácticamente una gastrectomía, sino con descolamiento submucoso, porque le resulta muy sencillo y breve el tiempo duodenal a la vez que le da amplias garantías respecto al cierre.

Por último, en lo que respecta a las úlceras de segunda porción del duodeno, puedo asegurar al Prof. Ardao la realidad de su existencia. Han sido motivo de un excelente trabajo del Dr. Miguel Leuzzi, Jefe de Clínica del Prof. Montenegro. Yo tuve ocasión de ver operar una en que fué necesaria la sección del canal de Santorini, cosa que por otra parte no ofrece inconvenientes. Y otra en la cual el cráter ulceroso llegaba a las proximidades de la ampolla de Vater, lo que significó una operación laboriosísima y que tuvo una excelente evolución. Creo que se puede asegurar que en ambos casos se trataba de ulcus de segunda porción.