

Bureau Central de Cirugía de Urgencia de los Hospitales Maciel y Pasteur  
Servicio de Guardia del Dr. Pedro Larghero Ybarz

ULCERAS GÁSTRICAS Y DUODENALES PERFORADAS(\*)

*Estadística sobre 95 observaciones*

*Larghero Ybarz P., Bosch del Marco L. M., Mérola L., Giuria F.*

En los 15 años transcurridos desde febrero de 1930 a junio de 1944, fueron operados en uno de los turnos de Guardia del Servicio de Cirugía de Urgencia de los Hospitales Maciel y Pasteur, 81 casos de úlceras gástricas y duodenales perforadas.

Siendo el diagnóstico positivo de la úlcera perforada fácil, cuando el médico se guía por normas que son el A.B.C. de la cirugía de Urgencia, no es mérito declarar, que durante ese lapso ninguna úlcera perforada ingresada a la guardia pasó inadvertida. Pero corresponde asimismo convenir que en un cierto número de casos de síndromes dolorosos agudos de vientre alto, el temor de dejar pasar un *ulcus perforado* nos indujo a operar aun cuando el diagnóstico no fuera firme. *Porque en materia de *ulcus perforado* el diagnóstico debe ser confirmado o descartado sobre la hora.* Confiar al tiempo y a una bolsa de hielo la ratificación del diagnóstico, es hacerle perder al enfermo, por cada hora que pasa, 10 % de probabilidades de salvar.

Con esta conducta, en los casos en que no existía perforación, se encontró casi siempre una afección pasible del tratamiento quirúrgico urgente (peritonitis apendicular, apendicitis retro-mesocólica con punta del apéndice sub-hepático, colecistitis aguda necrótica con perforación o con permeabilidad anormal de la pared, pancreatitis agudas, etc.). Junto a ellas y en unas

---

(\*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 23 de octubre de 1946.

pocas circunstancias, el error del diagnóstico fué cometido con afecciones médicas (un caso de infarto del miocardio a sintomatología peritoneal, operado y que resistió a la exploración) o con lesión de órganos mediastinales (un caso de ruptura traumática del esófago por esofagoscopia).

---

Todos los casos fueron operados y seguidos personalmente por el cirujano y la documentación correspondiente registrada en condiciones tales que la ponen a cubierto de olvidos o imprecisiones que pueden falsear los resultados numéricos.

---

Frente a un enfermo que ingresa al hospital con una úlcera perforada, se plantean dos problemas.

- 1º Problema de vida, que impone la complicación perforativa.
- 2º Problema de tratamiento definitivo de la enfermedad ulcerosa.

En algunos medios quirúrgicos, ambos problemas son resueltos simultáneamente, con la resección del 80 % de los casos de ulcus perforado; existe sobre tal proceder abundante literatura, que inició Judine en serie grande, comunicando a la Sociedad de Cirugía de París 207 casos, seguidos de otra serie cuya cita consta en la Bibliografía. Para considerar la posibilidad de adaptar este criterio, es indispensable tener en cuenta tres condiciones fundamentales:

- 1º Perforación en sujetos jóvenes y operados precozmente (menos de 50 años y antes de 6 a 8 horas).
- 2º Competencia técnica individual del Cirujano y equipo.
- 3º Instalación quirúrgica e instrumental adecuados.

Llenando estas tres condiciones Judine tiene al año 1939, en 937 casos por úlceras perforadas 84 muertes — 8,9 % —. Estas resecciones han sido realizadas en las condiciones que el autor enuncia: —“La edad es un factor esencial; la resistencia disminuye con la edad. A 45 años no se puede resear más que los casos recientes, datando de 6 a 8 horas. A la edad de 50 años, la

resección no puede plantearse sino raramente, en sujetos fuertes, de aspecto joven". "La mortalidad es de 10,8 % en el curso de las 12 primeras horas y sube a 38,6 % después de 12 horas" (J. Int. Ch. 1939, p. 289 y 301).

"Es necesario basarse, para la elección de la operación, en la apreciación general de cada caso". Judine, ídem, p. 289.

Nosotros preferimos ceñirnos a la prudencia y al juicio de esta última frase de Judine, dado que en nuestro medio, y particularmente en la puerta de nuestros hospitales, excepcionalmente pueden reunirse todas las condiciones exigibles para que una resección primaria pueda ser realizada.

---

Nuestro criterio actual sobre la terapéutica de la úlcera perforada del estómago y del duodeno, se basa sobre la totalidad de los factores que gravitan sobre la seguridad de la operación. Y mismo frente a ciertas circunstancias en las que la resección está indicada y pudiendo llenarse las condiciones de perforación precoz, en enfermo joven, buen equipo y buen material la falta de un detalle nos ha hecho a veces desistir; por ejemplo, novocaína de acción segura para hacer una raquianestesia.

Para llegar al criterio actual, hicimos en el año 1940, el análisis ajustado de nuestras primeras 52 operaciones por ulcus gastro-duodenal perforado, desde el doble punto de vista vital y del problema de fondo de la enfermedad. 52 operaciones dieron 29 % de muertes.

Este análisis nos demostró: **una primera conclusión pronóstica:** que las 5 causas fundamentales de muerte son por orden de frecuencia e importancia

- a) operación tardía. *Peritonitis*.
- b) complicaciones pulmonares de origen anestésico.
- c) hemorragia previa inmediata.
- d) no drenar el Douglas.
- e) edad.

De las 15 muertes de esta 1ª serie, 7 fueron operados después de las 15 horas: 5 de ellos murieron de su peritonitis, 1 por

hemorragia post operatoria y 1 por B. N. y pleuresía pútrida del postoperatorio. Las 8 muertes restantes, operados antes de las 15 horas:

- 4 murieron de B. N.
- 1 por fístula duodenal.
- 1 por peritonitis difusa a punto de partida del Douglas no drenado.
- 1 por ileo paralítico.
- 1 de causa ignorada al 6º día.

**2ª conclusión: topográfica.** — Sólo el 25 % o menos de las úlceras perforadas asientan en el estómago. El asiento predominante es bajo, en pequeña curva o cerca del píloro.

**3ª conclusión: anatomo-patológica.** — De 20 úlceras del estómago, 5 estaban cancerizadas (25 %).

3 de ellos lo demostraron por la evolución después de la sutura simple.

Los dos restantes entran en la serie de 6 resecciones por ulcus gástrico perforado, con comprobación histológica de la transformación maligna.

La anatomía patológica demuestra que la cancerización de una úlcera se hace en el borde o en el fondo; pero cualquiera que sea el lugar de origen, dada la amputación de los planos de la pared determinada por el proceso ulceroso, **el cáncer nacido de un ulcus, por pequeño que este cáncer sea, se encuentra situado de entrada en el espesor de la pared gástrica o en contacto con las vías linfáticas subperitoneales. Es decir que siendo un tumor pequeño, ya es extragástrico desde su nacimiento.**

Se puede afirmar que el diagnóstico de úlcero-cáncer debe ser un diagnóstico hecho sobre la pieza reseca; esperar a que un ulcus calloso de pequeña curva dé síntomas radiológicos de cancerización para resecarlo, es hacer perder al enfermo toda probabilidad de cura. De acuerdo con esta afirmación el tratamiento de la úlcera crónica gástrica, es la resección y esta conducta la única profilaxis del úlcero-cáncer.

**4ª conclusión: técnica terapéutica.** — La úlcera perforada del duodeno asienta siempre sobre cara anterior; el cierre de la perforación es casi siempre fácil, sin recurrir a artificios com-

plicados y a veces inefectivos y la intubación gástrica con aspiración continua protege la sutura y permite combatir los inconvenientes de la estenosis pilórica cuando ella existe.

Por el contrario la sutura hermética de una úlcera gástrica perforada es a veces difícil y no siempre segura

Inversamente, la resección gástrica por *ulcus perforado* es una operación relativamente fácil.

- 1º porque no hay riesgos de lesionar órganos nobles.
- 2º porque la úlcera es generalmente baja.
- 3º porque el tiempo de sección y sutura del duodeno, no ofrece dificultades.

En tanto que la resección gástrica por *ulcus duodenal* es casi siempre difícil y peligrosa, por la dificultad de reconocer estructuras (pedículo hepático) que deben ser respetadas y porque el tiempo de sección y sutura del duodeno por debajo de la perforación puede ser muy laborioso.

Existe pues doble razón para la sutura simple en la perforación de duodeno y para resecar en caso de perforación gástrica.

**5ª conclusión: pronóstico alejado de la enfermedad.** — La revisión a plazos mayores de 1 año de nuestras úlceras duodenales perforadas y tratadas por la sutura simple nos ha demostrado:

1º que en el 50 % de los casos, la sutura simple de la perforación ha curado al mismo tiempo la enfermedad y los enfermos se ven libres en adelante de trastornos, aunque en elevado porcentaje de estos casos, la radiología muestre signos persistentes de lesión duodenal.

En muy pocos casos la curación clínica se acompaña de un duodeno radiológicamente normal.

2º Que cuando un sujeto que viene al hospital con un *ulcus duodenal perforado*, tiene antecedentes de hemorragia, es porque tiene un doble *ulcus* de caras anterior y posterior.

En este caso la sutura debe ser seguida a plazo breve de una gastro-píloro-duodenectomía porque el enfermo seguirá sufriendo de su estenosis subpilórica.

3º Inversamente, en los sujetos operados de un *ulcus duodenal perforado* y que siguen después de la operación un régimen

riguroso, la persistencia de los síntomas debe hacer sospechar la existencia de otro úlcus de cara posterior. La serie duodenal confirma la sospecha y a estos casos toda dilación para la operación radical es inútil.

A estas conclusiones, basadas en las primeras 52 observaciones que abarcan integralmente el *problema vital* de las úlceras perforadas del estómago y del duodeno y permiten tomar en consideración el problema de fondo de la enfermedad, siempre que esta consideración no disminuya en lo más mínimo la seguridad que debe ser norma intangible de la cirugía de Urgencia, pudimos sumar en una segunda serie, el mejoramiento de la técnica de resección gástrica y la posibilidad de recursos auxiliares para el pre y post operatorio. A partir de enero de 1940 tratamos las úlceras perforadas ciñéndonos a 6 directivas básicas:

- 1° Intubación gástrica sistemática preoperatoria y evacuación del estómago.
- 2° Anestesia raquídea de regla.
- 3° Operaciones electivas.
  - a) Sutura simple para el úlcus duodenal.
  - b) Sutura de la perforación y g.e. para casos de úlcus duodenal perforado con gran estenosis (aplicación excepcional).
  - c) gastrectomía para el úlcus perforado gástrico, en casos bien elegidos y cuando las condiciones de equipo e instrumental lo permiten.
- 4° Drenaje de regla.
- 5° Profilaxis de las complicaciones pulmonares post-operatorias con 2 directivas fundamentales, que han sido expuestas en Temas de Cirugía de Urgencia: (1)
  - a) calmar el dolor.
  - b) ventilación pulmonar y tos estimulada.
- 6° No suturar nunca la piel, con lo cual no hay más flemones de la pared.

De enero de 1940 a junio de 1944, 29 perforaciones con menos de 14 horas de evolución, dieron solamente 2 muertes (6,8 %).

(1) P. Larghero Ibarz: Temas de Cirugía de Urgencia. Imp. Monteverde y Cía., 1944. Montevideo.

De junio de 1944 a setiembre de 1946, se agregan 14 casos nuevos, constituyendo una tercera serie:

- 11 perforaciones duodenales
- 3 perforaciones gástricas.

Hubo en esta tercera serie, solamente 2 muertes; las causas fueron: en 1 caso, la operación retardada (ingreso al Hospital a las 29 horas de la perforación);

en el otro caso, la muerte se debió a perforación sobre hemorragias profusas datando de 7 días antes.

Se confirman con estas 2 muertes dos de los factores de gravedad en las úlceras perforadas pero con respecto a la perforación complicando una hemorragia, una de nuestras últimas observaciones demuestra que con los recursos actuales, debe modificarse el concepto de esta consideración. Esta observación merece destacarse y va transcrita al final del trabajo.

### SINTESIS DE LA TERCERA SERIE

#### *Horas de evolución.*

11 de menos de 15 horas.

3 de más de 15 horas (18 horas — 19 h. y 29 h.).

De estos 3, 1 murió y 2 curaron.

#### *Anestesia.*

Raqui 10.

Eter 2.

Raqui con éter (para cerrar la pared) 2.

Ciclopropano 1.

#### *Drenaje.*

Douglas: 14 casos; de ellos, en 5 casos se drenó también la fosa subhepática y en 1 caso, las fosas subhepática y frénica izquierda.

#### *Técnica.*

Sutura simple en dos planos

Piel abierta en todos los casos (ningún flemón parietal).

Anotamos como dato de interés en esta última serie de 14 casos, el referente al neumoperitoneo.

*Neumoperitoneo.* — De 8 ulcus duodenales perforados donde se hizo estudio radiográfico, solamente en 4 se encontró neumoperitoneo: 2 tenían una perforación datando de 18 a 19 horas. 1 datando de 2 horas y en 1 no consta el tiempo de evolución.

En los 4 que faltaban, la perforación databa de 5, 6, 7 y 8 horas.

Es de hacer notar, que en la observación C. P., con perforación datando de 2 horas, faltaba el neumoperitoneo en la placa, pero buscando radioscópicamente, y diafragmando bien, se encontró un neumoperitoneo típico entre hígado y diafragma derecho.

Debe tenerse en cuenta este hecho para no hablar de ausencia de neumoperitoneo radiológico, si no se ha hecho el control radioscópico previo buscando la existencia del síntoma por un buen diafragmando y con el rayo normal a la cúpula diafragmática. En estas condiciones es probable que aumente el porcentaje de neumoperitoneo, que en la estadística de Yvanova Podobed es de 60 %.

En nuestra experiencia, totalizando los resultados de la 1ª y 2ª serie tenemos:

Ulcus gástrico perforado — Ex. Rad. 8 casos 7 positivos

Ulcus duodenal perforado — Ex. Rad. 38 casos 24 positivos

Total de positivos: 67 %.

Y finalmente debe sumarse a estos positivos, los casos en los que no habiéndose hecho el examen, el timpanismo pre-hepático y el síntoma del peritoneo inflado al hacer la incisión de la pared, eran tan evidentes que seguramente estos casos, de haberse hecho placa, irían cargados en el activo de la Radiografía. Si se toman en cuenta estos casos el porcentaje de neumoperitoneo radiológico se acerca al 75 - 80 % que da Judine.

La conclusión debe ser proyectada, no sobre los casos en que la clínica es definitiva y la Radiografía confirmatoria, sino sobre las circunstancias de dudas y que pueden explicarse así:

1º Cuando clínicamente el diagnóstico de ulcus perforado es firme o de gran sospecha, el examen radiológico negativo no puede gravitar en la decisión operatoria.

2º En todo enfermo con cuadro agudo y súbito de vientre alto, particularmente hombres, cuando los antecedentes hepáticos no son flagrantes debe hacerse el examen radiológico antes de afirmar definitivamente una colecistitis, que puede comportar una terapéutica no quirúrgica inmediata.

*¿Pueden mejorarse los resultados?* — Los recursos con que se cuenta actualmente permiten esperar que el pronóstico de las úlceras perforadas mejorará, aún en aquellos casos en que la operación es realizada tarde.

A las 6 directivas que pusimos en práctica a partir de 1940, podemos sumar en el momento actual otros recursos, particularmente para combatir:

Las complicaciones pulmonares,  
la peritonitis y el íleo,  
la gravedad de la concomitancia o de la secuencia de  
hemorragia y perforación.

Para las complicaciones pulmonares:

la broncoaspiración,  
la Penicilina y la sulfopiridina a altas dosis de ataque.

Para las peritonitis y el íleo:

la penicilina,  
la intubación gastro-intestinal y el tratamiento de choc  
por hipovolemia que se produce fatalmente por la sus-  
tracción de plasma que implica el derrame peritoneal.

Para la hemorragia-perforación:

La transfusión sanguínea masiva (2 a 3 litros) y la  
anestesia por gases. Con los recursos actuales, el pro-  
nóstico casi siempre fatal de la asociación de hemorra-  
gia y perforación, debe ser modificado.

La siguiente observación viene a probar lo afirmado.

J. L., 35 años. — *Hemorragia cataclísmica* en 4 episodios,  
por ulceración de la *arteria gastro duodenal*.

- 1º Tentativa de *ligadura* de la *arteria gastro duodenal*: Fracaso.
- 2º *Ligadura* de la *arteria gastro duodenal*: 36 horas después.
- 3º *Síndrome de estenosis pilórica y peritonitis por perforación*  
a los 23 días de la *ligadura*. Operación sobre la hora.

*Drenaje sub-hepático y del Douglas, sin buscar la perforación. Intubación y aspiración gástrica. Transfusión masiva de sangre y plasma. 4º Fístula duodenal al 5º día; sifonaje. Curación.*

*OBSERVACION CLINICA.* — Este enfermo es visto en mi guardia el 21 de agosto a la hora 21 por una anemia aguda por hemorragia gastro-duodenal.

He aquí su historia anterior: Ingresó al Servicio del Prof. Nario el 9 de agosto por una dispepsia a tipo de dolor post-prandial tardío (4 horas) datando de 2 meses.

La acalmia con ingestión de alimentos, confirmaban la sospecha del origen ulceroso del sufrimiento.

El 11 de agosto, lipotimia grave, hematemesis de sangre coagulada y 12 horas después melena profusa.

Se repone de este episodio, que fué tratado con transfusión de 300 grs. de sangre y suero fisiológico.

El 13 de agosto, en la noche, nueva melena precedida de estado lipotímico.

El 19 de agosto, a las 2 a.m. nuevo episodio de anemia aguda seguida de melena abundante. Se trata con transfusión de sangre de 1 litro y el Prof. Agregado Bermúdez, lo opera a las 10 y 30 bajo transfusión de 500 centímetros de sangre.

Anestesia local. Laparatomía mediana. Ulcus calloso de cara posterior del duodeno que forma cuerpo con cabeza de páncreas y adhiere a cara inferior del hígado. La tentativa de ligadura de la gastro-duodenal muestra la imposibilidad de abordaje y juzgándose la lesión demasiado grande para una exéresis en un enfermo tan grave, se desiste.

La evolución post-operatoria es satisfactoria en las horas siguientes: pero a las 24 horas tiene una nueva melena con cuadro de anemia aguda muy grave.

A la hora 21 de este día, 36 horas después de la operación, nueva melena abundante; esta evacuación corresponde seguramente a hemorragia de algunas horas antes, porque no tiene lipotimia ni sudores.

Sin embargo el aspecto es de extraordinaria gravedad. El intelecto está conservado, aunque ligeramente indiferente a la gravedad de la situación, denunciada por su palidez impresionante.

Pulso 130 poco voluminoso. P.A. Mx. 10 y Mn. 5; venas subcutáneas vacías. Glóbulos rojos 2.300.000. Hemoglobina 40 %. Leucocitosis 22.000.

El vientre está moderadamente distendido y doloroso.

Pese a haber pasado una operación 36 horas antes, la repetición de las hemorragias indica que la muerte es inminente si ellas continúan por lo cual se decide intervenir. La indicación de transfusión de sangre fué de 1 litro pre-operatoria y un litro durante y después de la intervención, pero sólo

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

pudo hacerse 500 c.c. antes de la operación y agregar 1 ½ litro una hora después de la ligadura.

2ª Operación: Agosto 21 de 1946. Dres. Larghero y Bermúdez.

Peritoneo muy pálido. Estómago vacío, exangüe. Colon y asas rellenas de contenido sanguíneo, que le dan un color azulado.

Tumoración inflamatoria comprendiendo duodeno, píloro, páncreas con adherencia a hígado y pedículo hepático.

Se aborda la cara posterior de píloro y duodeno y se descubre fácilmente el sector distal de la gastro-duodenal, que se liga. Individualización de la arteria hepática común y disección del tejido fibroso por debajo de ella, con miras a descubrir el sector proximal de la gastroduodenal. Se aísla un grueso cordón que se liga, creyendo que es la arteria; para cerciorarse de ello, se despega la úlcera del páncreas, perforándola. Esta maniobra revela que la arteria gastroduodenal no ha sido ligada, pues sangra a chorro violento en el borde de la úlcera perforada. Se procede a la ligadura pasando un lino con doble aguja a través de la perforación y atravesando con ellas la pared posterior del duodeno a un lado y otro del trayecto supuesto del vaso. El hilo se anuda sobre la superficie posterior del duodeno y la hemorragia cesa. Se sutura el borde de la perforación al páncreas y se refuerza esta sutura con otros puntos que solidarizan cara posterior de píloro y antro a peritoneo prepancreático.

Cierre de la pared con drenaje subhepático.

Terapéutica post-operatoria: Transfusión 1 ½ litro. Succión gástrica con sonda permanente. Penicilina 50.000 U.I.V. y 40.000 I.M. cada 4 horas. Evolución satisfactoria. La sonda es retirada a las 48 horas.

En los primeros días de setiembre se instala un síndrome pilórico; el 9 de Setiembre hematemesis negra, por gastritis, tratada con lavado gástrico.

El 12 de setiembre, a la hora 18 y 30 se ve al enfermo con estado excelente, pulso de 112 y P.A. 12-8.

A la hora 22 y 30, dolor brutal en hipogastrio, irradiado al pene, con tenesmo rectal, sin vómitos; el sufrimiento abdominal es intensísimo.

*Examen:* Choc gravísimo, sudores, enfriamiento, palidez, pulso a 150 con P.A. máxima de 8, volumen muy pobre. Lengua seca.

Abdomen balonado, con sonoridad pre-hepática; semierección peniana.

Contractura muscular generalizada, predominando en hipocondrio derecho y F.I.D. así como en todo el bajo vientre.

Douglas ocupado y muy doloroso.

*Diagnóstico firme de perforación.* — Pese a la gravedad se decide operar, previa transfusión de sangre de un litro. Anestesia ciclo-propano (Br. Lucas). Cirujano: Dr. Larghero. Ayuda el Prof. Agreg. Bermúdez.

Pequeña incisión infraumbilical para drenar. Peritoneo distendido como ropa tendida al viento, por la hiperpresión gaseosa intraabdominal. Incidido viene gas a tensión y pus fluido y fétido. Se coloca un grueso tubo en el Douglas y una mecha.

Incisión transversa en H. D. Abundante pus colectado en la fosa sub-

hepática, que ha invadido el espacio interhepatofrénico derecho. Las adherencias a la incisión mediana bloquean la peritonitis al espacio subhepático desde donde el exudado corrió a la pelvis por la gotera parieto-cólica. No se ve ni se intenta buscar la perforación. Se coloca un grueso tubo y mecha y se cierra en un plano músculos y peritoneo, dejando la piel abierta. El procedimiento operatorio ha durado sólo 10 minutos. Se transfunde un nuevo litro de sangre y un litro de plasma.

El enfermo ha recibido en menos de dos horas dos litros de sangre y un litro de plasma. Se instala una succión gástrica cuando despierta de la anestesia; contra todas las previsiones, la evolución fué favorable. 48 horas después de la operación se retira el tubo y mecha del Douglas y el tubo y mecha subhepáticos, que no drenan. Al mismo tiempo se retira la intubación gástrica y comienzan a tomar líquidos.

5 días después de la operación, fistula duodenal completa.

Tratamiento: sifonaje. Control del balance-acuoso-salino-proteico. Dieta apropiada.

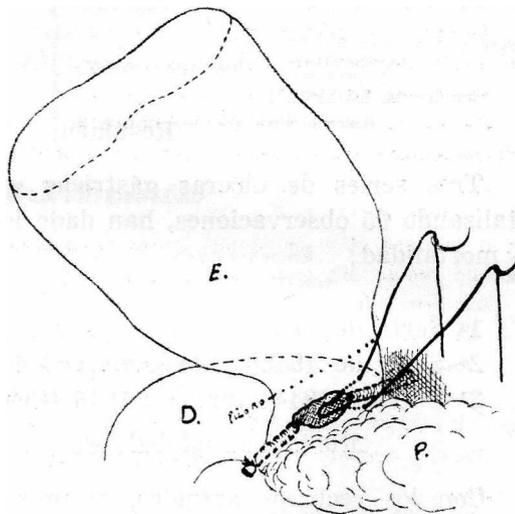
20 días después la fistula se ha cerrado completamente.

El 10 de octubre es dado de alta, curado.

No se ha practicado aún examen radiológico, pero la tolerancia a las comidas es excelente y ha aumentado en un mes, 6 kgrs. de peso. (1)

**LIGADURA TRANS-  
DUODENAL DE LA  
ARTERIA GASTRO-  
DUODENAL, PREVIA  
PERFORACION DELI-  
BERADA DE LA  
ULCERA**

(Observación del texto;  
página 18)

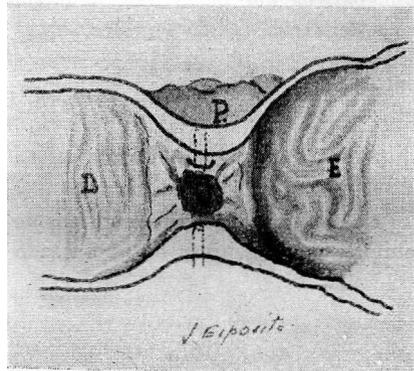


Técnica de la ligadura de la gastroduodenal por asa de hilo pasada por la perforación deliberada del úlcus.

(1) Examen radiológico en marzo 1947. Bulbo deformado; buena evacuación quística

Se ha abordado la cara posterior del píloro y duodeno; el estómago es levantado por valva. Se despega el borde del úlcus de su cráter pancreático, provocándose la perforación. En este momento se comprueba que el cabo superior de la gastroduodenal sangra a chorro.

Con doble aguja se pasan ambos cabos de un hilo por el orificio de la perforación y se atraviesa de adentro afuera la pared del duodeno, a derecha e izquierda del trayecto de la arteria. Se anuda el hilo sobre la cara posterior del duodeno.



Situación de la ligadura vista por la cara interna del duodeno. (Esquema del segmento posterior del corte).

### Resumen

Tres series de úlceras gástricas y duodenales perforadas, totalizando 95 observaciones, han dado los siguientes porcentajes de mortalidad:

Totales: 95

1ª Serie de 1930 - 1940 .....	52	29	%
2ª Serie de 1940 - 1944 .....	29	6,8	%
3ª Serie de 1944 (junio) a 1946 (Set.)	14	14	%

*Mortalidad global: 20 %.*

Con los recursos actuales, el pronóstico depende esencialmente de la precocidad de la operación.

En 85 casos en el total de 95, hay constancia de las horas transcurridas desde la perforación.

En 72 casos, perforaciones de menos de 12 horas.

En 13 casos perforaciones de más de 12 horas.

De estos últimos 5 fueron de más de 24 horas.

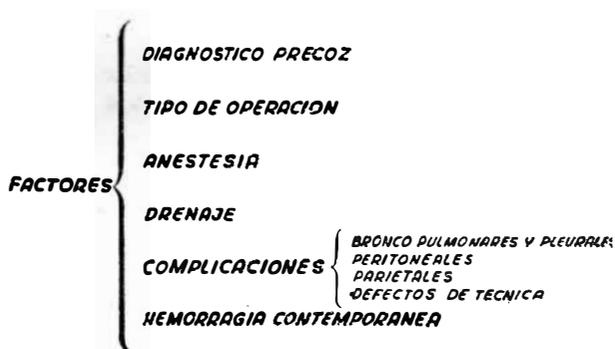
## ULCERAS GÁSTRICAS Y DUODENALES PERFORADAS

P. LARGHERO IBARZ - L. M. BOSCH DEL MARCO

L. MEROLA \_\_\_\_\_ F. GIURIA

### PROBLEMAS DE LA ULCERA PERFORADA

#### 1º PROBLEMA VITAL



#### 2º PROBLEMA DE FONDO DE LA ENFERMEDAD

