

Eponímia mèdica catalana.

Agustí Gómez i Gómez i la maniobra i la fàscia que porten el seu nom

Josep-Eladi Baños, Elena Guardiola

Facultat de Medicina. Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya. Vic; Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Barcelona.

Els epònims

Maniobra de Gómez i Gómez. Procediment que permet l'accés ràpid i fàcil als òrgans retroperitoneals, especialment la melsa, mitjançant el desenganxament de diverses fàscies peritoneals, a través d'una laparotomia supraumbilical¹. De vegades se l'anomena tècnica de Gómez i Gómez, tot i que Gómez només va descriure una maniobra que permetia un accés quirúrgic i no una tècnica específica.

Fàscia de Gómez i Gómez. Nom proposat per Pere Piu-lachs² per anomenar la fàscia peritoneal parietogastropancreaticoesplènica retrotranscavitària, descrita per Gómez i Gómez¹ per primera vegada a partir dels seus estudis anatòmics derivats del desenganxament d'algunes fàscies abdominals, que portaren a la descripció de la maniobra de Gómez i Gómez.

Agustí Gómez i Gómez, l'home

Agustí Gómez i Gómez va néixer a Fortuna, província de Múrcia, el 19 d'octubre de 1900. La seva família es va desplaçar a Valdepeñas i ell es traslladà a Ciudad Real per fer el batxillerat (1916). Va arribar a Barcelona, quan tenia setze anys, per estudiar a la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona, on es va llicenciar l'any 1923³. Gómez va tenir uns resultats acadèmics brillants, amb 25 matrícules d'honor, i va ser premi extraordinari de llicenciatura⁴. Aquests resultats el portaren a ser inclòs en el prestigiós "Libro de Honor de los Alumnos Distingui-

dos de la Universidad Literaria de Barcelona."^{5,6} L'any 1929, el rei Alfons XIII li va concedir la Cruz de Caballero de la Orden Civil de Alfonso XII⁴. Va ser deixeble i ajudant del professor Ramón Torres i Casanovas (1895-1922) i es doctorà amb la tesi "El desarrollo de la transcavidad de los epiplones". Va ser professor adjunt de la càtedra d'Anatomia (1939-1955) i fou nomenat metge de guàrdia de l'Hospital Clínic l'any 1925⁷. També va ser metge del consolat de Vençuela⁸.

El 28 de juliol de 1925 va ser nomenat metge municipal supernumerari de l'Ajuntament de Barcelona⁹ i l'any 1943 va passar a numerari¹⁰. També fou nomenat metge numerari del grup C, encarregat del Servei de malalties de l'aparell digestiu¹¹ i, l'any 1970, Director d'Institucions Nosocomials (Geriatría) de Barcelona¹².

L'any 1949 va ser nomenat acadèmic corresponsal de la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona (RAMB). La seva primera intervenció a la RAMB fou el 15 de novembre de 1949 i va presentar el treball "Contribución al estudio de la bolsa hepato-entérica; primer esbozo de la transcavidad de los epiplones"¹³. El 15 de desembre de 1957 fou escollit acadèmic numerari de la RAMB. En la seva presa de possessió va llegir el discurs "Estudio del sistema linfático del estómago para la cirugía del cáncer gástrico"¹⁴ (Figura 1), que va ser contestat per l'acadèmic numerari Jaume Pujiula i Dilme S. I. (1869-1958). Van ser els seus padrins els acadèmics Lluís Trias de Bes i Giró (1896-1974) i Antoni Puigvert i Gorro (1905-1990). Gómez va ocupar la vacant que va deixar Ramon San Ricart. A la RAMB fou secretari d'actes (1963-1971), tresorer (1975-1981) i vicepresident interí (1979)¹⁵.

Gómez i Gómez realitzà nombrosos estudis embriològics dirigits a orientar la pràctica quirúrgica. Fou especialment conegut per la descripció d'una maniobra d'accés als òrgans peritoneals supramesocòlics, de gran interès quirúrgic, que va publicar l'any 1950¹ i que va ser motiu de dos epònims, que es comenten més endavant. En relació amb aquest tema, el 26 de juny de 1952, Salarich i Torrents va impartir una conferència a la RAMB amb el títol "Ventajas de la maniobra de Gómez y Gómez en la práctica de la cirugía abdominal", que va anar seguida de la presenta-

Correspondència: Josep-Eladi Baños
Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya
Casa de Convalescència
C/ Dr. Junyent, 1
08005 Vic
Tel. 938 861 855
Adreça electrònica: josepeladi.banos@uvic.cat

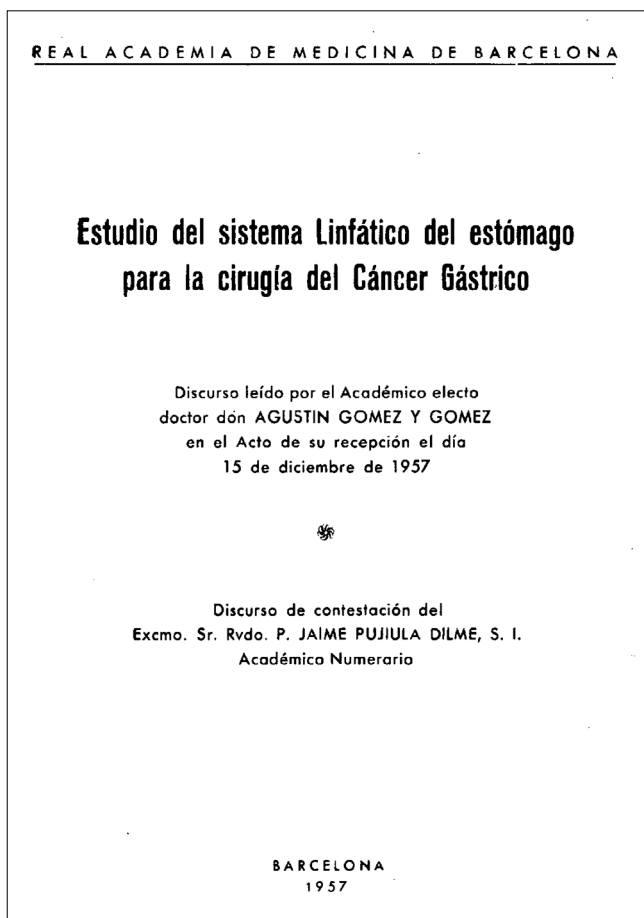


FIGURA 1. Portada del discurs d'ingrés a la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona d'Agustí Gómez i Gómez, el 15 de desembre de 1957¹

ció "Proyección de una película sobre la maniobra de despegamiento y su fundamento", feta pel mateix Gómez i Gómez, que il·lustrava el seu procediment amb molta claredat¹⁶.

El descobriment de Gómez fou premiat per l'Ajuntament de Barcelona l'any 1951¹⁷. Segons deia la *Gaceta Municipal de Barcelona*: "se otorga un premio [...] al doctor don Agustín Gómez Gómez, por haber dado a conocer una nueva técnica quirúrgica denominada 'Nueva vía anátomo-quirúrgica supramesocólica izquierda previa maniobra de despegamiento', cuya técnica ha tenido repercusión nacional, así como en las esferas médicas internacionales." No obstant, Gómez no va descriure exactament una tècnica quirúrgica sinó la maniobra que feia possibles múltiples intervencions quirúrgiques sobre els òrgans abdominals de manera molt més ràpida i segura.

Aquesta maniobra no va ser l'única contribució important de Gómez. L'any 1952 va rebre el Premio Ramón y Cajal per l'obra "El estómago del embrión humano no efectúa la rotación de 90°", atorgat pel Patronato Santiago Ramón y Cajal del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)¹⁸ (Figura 2). També fou destacable la

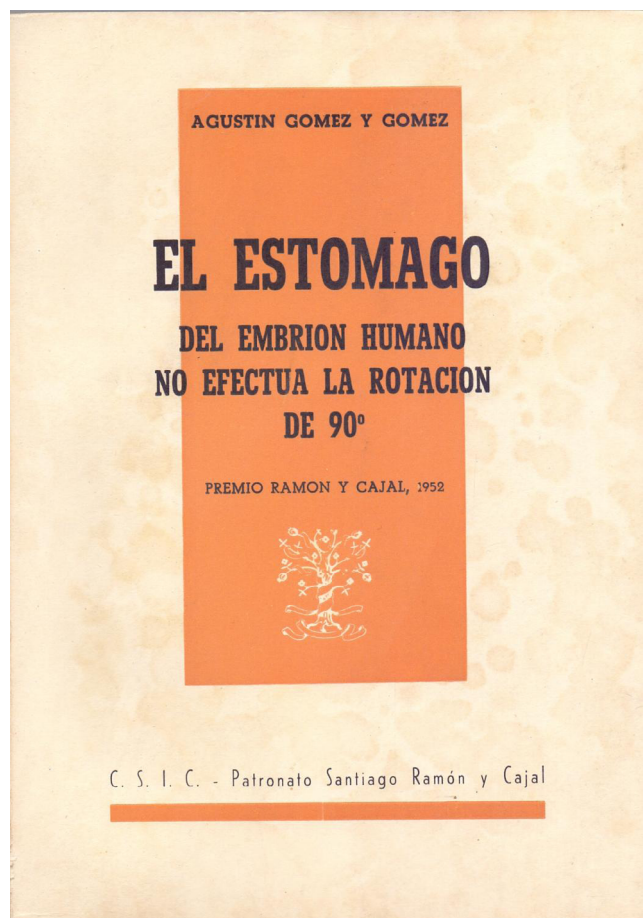


FIGURA 2. Portada de *El estómago del embrión humano no efectúa la rotación de 90°*, d'Agustín Gómez y Gómez, que rebé el premi Ramón y Cajal l'any 1952¹⁸

conferència que va donar l'any 1956 a la RAMB: "Bases embriològiques para la cirugía radical del cáncer gástrico"¹⁹.

Ja en l'àmbit més personal, i com a curiositat mediàtica, Gómez va ser metge personal durant molts anys de la famosa cantant, cupletista i actriu Raquel Meller, a qui va atendre en la seva darrera malaltia, un accident vascular cerebral conseqüència d'una cardiopatia que fou la causa del seu òbit, durant el juliol de 1962, un fet que va tenir notable ressonància a la premsa de l'època.

Gómez i Gómez va traspassar a Barcelona el 26 de març de 1981.

Els epònims de Gómez i Gómez

Les contribucions eponímiques de Gómez es refereixen a un dels estudis sobre anatomia abdominal que va publicar el 1950¹. Fins aleshores, era tradicional considerar dos importants elements anatòmics en aquesta regió, el lligament frenogàstric i la fàscia de Told²⁰. El primer estava format per un doble procés de coalescència de la part superior de la transcavitat dels epiplons per la fusió de la tuberositat gàstrica al peritoneu parietal. Com a conseqüència, la part mitjana de la cara posterior de la gran tuberositat gàstrica es quedava sense peritoneu i romanien adherida per teixit

fibrós al diafragma. Per la seva part, la fàscia de Told estava formada per la coalescència entre el peritoneu parietal i el full del mesogastri posterior o paret posterior de la transcavitat dels epiplons. Dins de la fàscia es trobava la cua i el cos del pàncrees, motiu pel qual aquest darrer quedava fixat a la paret posterior de l'abdomen, revestit només per la cara anterior per la serosa peritoneal i era considerat com un òrgan retroperitoneal. Els estudis de Gómez i Gómez (Figura 3) reptaren aquestes assumpcions al mostrar que no existia la doble coalescència que feia que alguns òrgans es consideressin retroperitoneals, sinó que hi havia una fàscia a aquest nivell, que va anomenar fàscia peritoneal parietogastropancreaticoesplènica retrotranscavitària (Figura 4), que estava formada per la coalescència dels dos fulls peritoneals; aquesta fàscia podia ser separada o dissecada fàcilment sense que es “desperitonitzessin” els òrgans de la part superior i esquerra de l'abdomen. Una vegada desenganxada la fàscia, es pot veure la cara posterior supratranscavitària de l'estómac i la posterior del cos del pàncrees, al mateix temps que la paret abdominal posterior desenganxada. Pere Piulachs va proposar anomenar aquesta estructura anatòmica “fàscia de Gómez i Gómez”².

Aquesta fàscia era, segons Gómez, la constitució anatòmica de la coalescència peritoneal desplegable; aquesta troballa era un resultat de les recerques embriològiques que estava realitzant sobre l'origen, desenvolupament i evolució de la bossa hepatoentèrica de Broman. Uniria la paret posterior de la cavitat abdominal a la porció supratranscavitària de l'estómac i a la paret posterior de la transcavitat²¹.

Gómez¹ destacava que aquestes troballes mostraven la importància que tenia la bossa hepatoentèrica durant el desenvolupament de l'embrió, especialment com a organitzadora en el desenvolupament de la transcavitat dels epiplons. Fins aleshores, es considerava que la bossa hepatoentèrica precedia la formació de la transcavitat però que tenia un paper secundari, ja que la rotació de 90° d'esquerra a dreta de l'estómac embrionari era en realitat el factor més important en la creació definitiva de la transcavitat i de les seves coalescències peritoneals. Aquesta assumpció va ser rebutjada per Gómez en la conferència duta a terme a la RAMB l'any 1949¹³ que hem esmentat abans i que es basava en els estudis realitzats a l'Institut de Biologia de Sarrià que dirigia el pare Jaume Pujiula. Aquests estudis li van permetre observar, en embrions de 2 cm, que el desenvolupament embriològic era diferent a la teoria acceptada aleshores, doncs negava que la rotació de l'estómac en l'embrió humà no feia el gir de 90° de la forma descrita fins aleshores. Així, no acceptava la constitució de la transcavitat per la doble coalescència deguda al gir gàstric, sinó que la fàscia estava constituïda per la coalescència simple de dos fulls peritoneals.

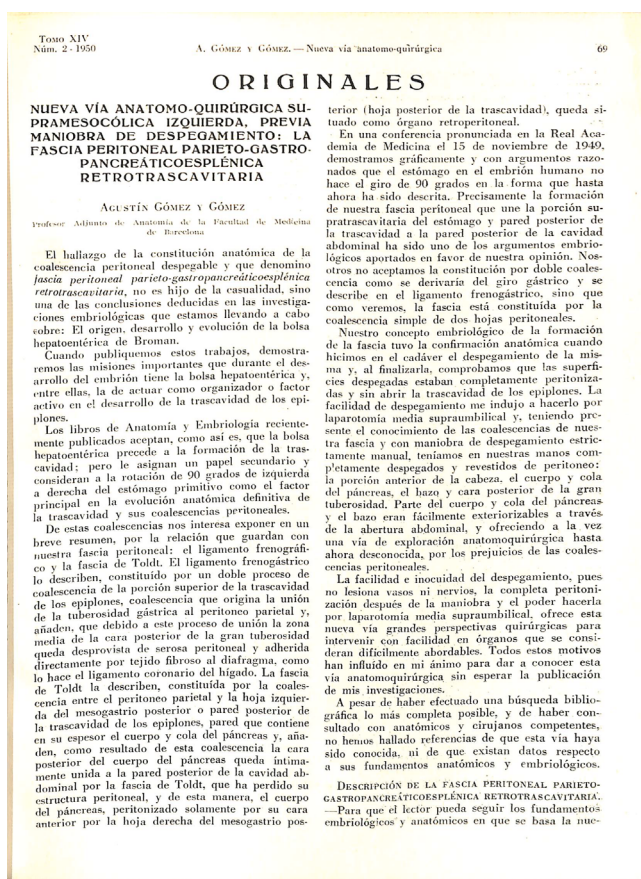


FIGURA 3. Primera pàgina de la publicació de Gómez i Gómez feta a *Medicina Clínica* l'any 1950, on descriu el que després es coneixeria com la maniobra i la fàscia de Gómez i Gómez¹

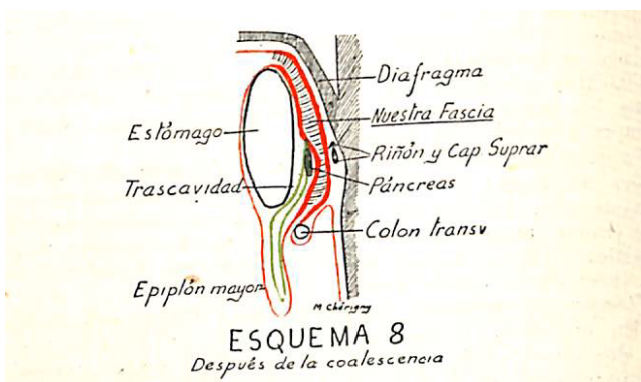


FIGURA 4. Esquema original que mostra les relacions anatòmiques de la fàscia de Gómez i Gómez, anomenada 'Nuestra Fascia' per l'autor¹

La realització dels estudis anatòmics per confirmar-la i la importància quirúrgica d'aquest descobriment van ser explicats per Gómez de la manera següent¹: "Nuestro concepto embriológico de la formación de la fascia tuvo la confirmación anatómica cuando hicimos en el cadáver el despegamiento de la misma y, al finalizarla, comprobamos que las superficies despegadas estaban completamente peritonizadas y sin abrir la transcavidad de los epiplones. La

facilidad de despegamiento me indujo a hacerlo por laparotomía media supraumbilical y, teniendo presente el conocimiento de las coalescencias de nuestra fascia y con maniobra de despegamiento estrictamente manual, teníamos en nuestras manos completamente despegados y revestidos de peritoneo: la porción anterior de la cabeza, el cuerpo y cola del páncreas, el bazo y la cara posterior de la gran tuberosidad. Parte del cuerpo y cola del páncreas y el bazo eran fácilmente exteriorizables a través de la abertura abdominal, y ofreciendo a la vez una vía de exploración anatoquirúrgica hasta ahora desconocida, por los prejuicios de las coalescencias peritoneales.”

I continuava suggerint l'interès quirúrgic d'aquesta troballa¹: “La facilidad e inocuidad del despegamiento, pues no lesiona vasos ni nervios, la completa peritonización después de la maniobra y el poder hacerla por laparotomía media supraumbilical, ofrece esta nueva vía grandes perspectivas quirúrgicas para intervenir con facilidad en órganos que se consideran difícilmente abordables. Todos estos motivos han influido en mi ánimo para dar a conocer esta vía anatoquirúrgica sin esperar la publicación de mis investigaciones.”

Gómez descrivia a continuació la fàscia o espai de desenganxament mitjançant quatre fases¹: la situació de l'espai peritoneal abans de la coalescència, la descripció de la fàscia per coalescència peritoneal de l'espai, la descripció de la fàscia peritoneal desenganxada i la maniobra per a fer el desenganxament, coneguda més tard com “maniobra de Gómez i Gómez”^{2,20}. En relació a aquesta maniobra, Gómez explicava la seva realització en dos temps¹.

En el primer temps, després de realitzar una laparotomia mitjana des de l'apèndix xifoide fins dos o tres dits per sota del melic, s'introduïa la mà a cegues després de desplaçar el còlon transvers cap a avall cercant la cavitat abdominal i es localitzava primer la melsa, per apreciar l'existència de lesions o adherències. Després, es desplaçava la mà cap al pol superior de la gran tuberositat gàstrica, seguint la cara inferior del lòbul esquerre del fetge fins a la vora posterior. Això permetia el desenganxament de la gran curvatura de la tuberositat amb una pressió suau dels dits sobre aquesta i el diafragma. Després, la mà es desplaçava cap a la melsa i, amb el palmell cap a baix, es feia pressió amb els dits sobre la coalescència frènica del lligament frenoesplènic; una vegada alliberat aquest, es tombava el palmell de la mà cap a la línia mitjana arribant fins a la cara toracofrènica de la melsa i, amb una pressió suau, es desenganxaven el cos i la cua del páncrees. Segons Gómez, aquesta maniobra es podia realitzar en un minut.

En el segon temps, el procediment es podia realitzar sota control visual i permetia seguir el desenganxament posterior. Amb la mà esquerra, s'exterioritzaven la melsa i l'estómac i s'obria un camp ampli per continuar amb la maniobra. Així, per dalt, es podia arribar fins la curvatura gàstrica menor i, per sota, amb el desenganxament se su-

perava la línia mitjana fins arribar a la desembocadura de la vena mesentèrica superior en el tronc portal, entre les dues porcions del cap del páncrees, ara separats per la part inferointerna del desenganxament.

A l'acabar la maniobra de desenganxament, la regió supramesocòlica esquerra, completament peritonitzada, estava formada per les següents parets: a) la paret superior o sostre, formada per l'hemidiafragma esquerre; b) la paret inferior o terra, formada per l'hemicòlon transvers esquerre i el seu mesocòlon; c) la paret posterior, formada per la paret posterior de la cavitat abdominal, on es pot veure, a través del peritoneu parietal, el diafragma, la càpsula suprarenal i el ronyó esquerre; d) la paret interna, formada pels òrgans desenganxats, que serien la cara posterior de la porció supratrascavitària de l'estómac, la cara posterior del cos i la cua del páncrees, el full posterior del meso pancreaticoesplènic i la melsa; aquests òrgans podrien ser exterioritzats a través de l'apertura abdominal; e) la paret externa, constituïda pel diafragma, l'angle esplènic del còlon i el lligament frenocòlic; i f) la paret anterior, que no existia, ja que corresponia a l'àrea on s'havia realitzat la laparotomia.

En l'angle de desplegament que formen la paret posterior i la interna, es podia veure a través del full peritoneal, que els cobreix de dalt a baix, el nervi pneumogàstric dret, l'artèria coronària estomàquica, l'origen de l'artèria esplènica, la desembocadura de la vena esplènica en el tronc portal, visible en els seus dos terços inferiors, situat entre les dues porcions que constitueixen el cap del páncrees, ventral i dorsal.

Gómez finalitzava el seu article afirmant¹: “El anatómico y el cirujano, por lo anteriormente expuesto, puede darse cuenta de las facilidades y posibilidades que ofrece esta nueva vía anatoquirúrgica para explorar e intervenir en cada uno de los órganos situados en la región supramesocólica izquierda una vez acabada la maniobra de despegamiento, que determina las nuevas situaciones anatómicas descritas y, como consecuencia, el que órganos difícilmente abordables por su situación y fijeza, páncreas por ejemplo, quedan después del despegamiento movilizables e incluso exteriorizables. Además, esta vía abre ancho campo para intervenir en los órganos retroperitoneales de esta región anatómica. La maniobra es inocua, pero requiere una cierta habilidad para hacerla, por eso aconsejo que se practique varias veces en el cadáver.”

Poc temps després, Piulachs² escrivia: “Recientemente Gómez y Gómez [...] ha descrito a nivel del espacio supramesocólico izquierdo una coalescencia peritoneal que denomina ‘fascia peritoneal parieto-gastropancreaticoesplénica retrorascavitaria’ y que nosotros en justicia y mayor brevedad denominaremos ‘fascia de Gómez y Gómez’. Esta fascia peritoneal une la porción supratrascavitaria del estómago y pared posterior de la trascavidad, por una parte, a la pared posterior de la cavidad abdominal, por otra”.

“La técnica de despegamiento de esta fascia, que denominaremos ‘maniobra de Gómez y Gómez’, pues ha sido perfectamente descrita por este autor, permite a través de una incisión de laparotomía media supraumbilical, despegar de la pared abdominal posterior, el bazo, todo el páncreas y a la cara posterior de la gran tuberosidad gástrica. El despegamiento es tan completo, que a través de la incisión de laparotomía puede ser perfectamente exteriorizado el bazo, la cola del páncreas y parte del cuerpo.”²

Salarich²¹, referint-se a la “maniobra de Gómez i Gómez” assenyalava que: “proporciona una vía de acceso y exploración a la parte superior del abdomen, mucho más amplia de las que hasta ahora se conocen. Por otro lado, toda esta maniobra puede hacerse sin causar lesión alguna a vasos o nervios, y ofrece además la ventaja de no dejar desperitoneizadas las caras posteriores de las vísceras. Todo ello nos autoriza a suponer que esta nueva vía de acceso ofrece perspectivas muy interesantes a la cirugía de los órganos abdominales superiores, y en especial de aquellos que por su situación son difícilmente abordables por las técnicas quirúrgicas hasta hoy descritas.” I afegeix que l’ha utilitzat en resecions totals d’estómac, esplenectomies i hèrnies diafragmàtiques amb bons resultats, ja que redueix el temps d’intervenció i les complicacions postoperatòries. La recomana en les següents intervencions quirúrgiques: gastrectomia total, operació de Dragstedt, reparació de megaesòfag, gastrectomia subtotal, intervencions pancreàtiques, anastomosi esplenorenal, esplenectomia, hèrnia diafragmàtica i diverses intervencions sobre òrgans retroperitoneals²¹.

A la dècada de 1950, també es va emprar en el tractament quirúrgic de la hidatidiosi esplènica²². Piulachs² i Pi-Figueras i Puig La Calle²³ recomanaren la maniobra de Gómez i Gómez per realitzar esplenectomies. Piulachs² exposava els avantatges de la tècnica: “Una de las ventajas de esta maniobra, es que permite efectuar la esplenectomía con perfecta comodidad por la sola incisión de laparotomía media supraumbilical, ya que la intervención se practica fuera de la cavidad abdominal, pues el bazo ha sido perfectamente exteriorizado; la operación puede además efectuarse con gran rapidez y las ligaduras se hacen a la vista y, por tanto, con perfecta seguridad. Otra ventaja de la maniobra del despegamiento al efectuar la esplenectomía, es que permite una perfecta exploración de los vasos esplénicos, observando si hay trombosis y obteniendo sin dificultad muestras de sangre de la arteria y de la vena. Por consiguiente, creemos que la maniobra descrita por Gómez y Gómez simplifica considerablemente la técnica de la esplenectomía, por lo que no dudamos en aconsejar su práctica sistemática en esta operación.”

La facilitat i la comoditat de la tècnica feren que la maniobra de Gómez s’hagi emprat des de llavors i se segueixi

emprant. Pintor Tortolero²⁴ ha revisat com realitzar òptimament l’esplenectomia i esmenta la maniobra de Gómez i Gómez per accedir a la transcavitat dels epiplons: “El cirujano realiza un desplazamiento medial del órgano con su mano izquierda (maniobra de Gómez y Gómez) para exponer los ligamentos esplenorenal, esplenocólico y esplenodiafragmático y seccionarlos.” Gómez Alonso i col·ls.²⁵, en una revisió publicada l’any 2001 sobre esplenectomies, comentaven la seva utilització; publicacions recents d’altres autors segueixen referint el seu ús i expliquen detalladament aquesta maniobra^{26,27}, que s’inclou en diferents programes docents²⁸.

L’interès d’Agustí Gómez per la utilització dels coneixements embriològics en anatomia i cirurgia continuà amb l’estudi fet en la cirurgia radical del càncer gàstric, on recomanava que “la operación debe hacerse por el epiplón mayor del estómago, pero sin quitarlo todo, y debe extirpar la cadena coronaria a nivel de la hoz, ya que así se quitan con facilidad los ganglios. Se ha de cortar por arriba para evitar el corte de la arteria. Debe llegarse, por lo tanto, a la vena y arteria esplénica, y alcanzar la gastroduodenal, ya que así pueden extirparse los ganglios subpilóricos.”²⁹ Altres aportacions seves foren “La actualidad del trasplante renal”³⁰, “La utopía del esófago corto congénito”³¹ i la sessió en record d’Antoni de Gimbernàt que va presentar junt amb Salvador Gil i Vernet (1892-1987) a la RAMB el 24 de març de 1974³².

Agraïments. Els autors volen agrair a Àngels Carles i Pomar (Biblioteca de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona), el seu ajut en l’obtenció de les publicacions primeres que donaren lloc als epònims.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Gómez y Gómez A. Nueva vía anatómo-quirúrgica supramesocólica izquierda, previa maniobra de despegamiento: la fascia peritoneal parieto-gastropancreáticoesplénica retrotranscavitaria. *Med Clin (Barc)*. 1950;14:69-75.
2. Piulachs P. Consideraciones técnicas sobre la esplenectomía efectuada con la maniobra de Gómez y Gómez. *Med Clin (Barc)*. 1950;15(4):232-4.
3. Calbet i Camarasa JM, Corbella i Corbella J. Diccionari biogràfic de metges catalans. Vol 2. Barcelona: Universitat de Barcelona. Seminari Pere Mata; 1982. p. 55-6.
4. Pujiula Dilme J. Discurso de contestación del Excmo. Sr. Rvdo. P. Jaime Pujiula Dilme, S. I. Académico numerario a Estudio del sistema linfático del estómago para la cirugía del cáncer gástrico. Discurso leído por el Académico electo doctor don Agustín Gómez y Gómez en el Acto de su recepción el día 15 de diciembre de 1957. Barcelona: Real Academia de Medicina de Barcelona; 1957. p. 81-5.
5. Fernández Sabaté A. Nuestros fundadores y maestros en 1935 y 1947. Madrid: SECOT; 2013. p. 2-3, 33.
6. Anònim. *El Diluvio*. 1925;68(25):17.
7. Anònim. *El Diluvio*. 6 de setembre de 1925;19.
8. Anònim. Àfrica y América. *Revista de Importación, Exportación y Representaciones*. 1933;29(249):3352.
9. Anònim. Reunión de la Comisión Municipal Permanente. *El Diluvio*. Diario Republicano. 1925;68(180):9.
10. Anònim. *Gaceta Municipal de Barcelona*. 1943;30(28):415.

11. Anònim. Personal. Gaceta Médica de Barcelona. 1951;38(25):547.
12. Anònim. Régimen interior y servicios municipales. Servicios Centrales. Gaceta Municipal de Barcelona. 1970;57(8):206.
13. Anònim. Nuevos académicos corresponsales. An Med Cir. 1949;26(50):163.
14. Gómez y Gómez A. Estudio del sistema linfático del estómago para la cirugía del cáncer gástrico. Discurso leído por el Académico electo doctor don Agustín Gómez y Gómez en el Acto de su recepción el día 15 de diciembre de 1957. Barcelona: Real Academia de Medicina de Barcelona; 1957.
15. Corbella J, Seculí J. Nomina academicorum 1770-1995. Barcelona: PPU; 1995. p. 66, 83, 86.
16. Anònim. Actividades científicas de la Real Academia de Medicina de Barcelona (mes de junio de 1952). An Med Cir. 1952;32(85-86):86.
17. Anònim. Propositiones. Gaceta Municipal de Barcelona. 1951;38(1):10.
18. Gómez y Gómez A. El estómago del embrión humano no efectúa la rotación de 90°. Madrid: Patronato Santiago Ramón y Cajal, Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 1952.
19. Gómez y Gómez A. Bases embriológicas para la cirugía radical del cáncer gástrico. An Med Cir. 1956;36(129-130):149-51.
20. Palma F. Esplenomegalia congestiva (1) (2). Seminario Médico. 1956;4(13):895-974.
21. Salarich Torrents J. Una nueva vía de acceso quirúrgico a los órganos del abdomen superior por la "maniobra de Gómez y Gómez". J Int Chirurgie. 1953;5:527-39.
22. Ríos Mozo M, Fernández Sanz S. Hidatidosis esplénica. Rev Clin Esp. 1958;70(2):67-72.
23. Pi-Figueras J, Puig La Calle J. La hemicolectomía izquierda en el tratamiento de las neoplasias. Rev Med E G Navarra. 1961;5:403-7.
24. Pintor Tortolero J. Traumatismos esplénicos. A: Pérez Robledo JP, González Gómez C, Prieto Nieto I, Díaz Domínguez J, coord. Guía práctica de urgencias en cirugía general y del aparato digestivo. Madrid: Hospital Universitario La Paz; 2017. p. 277-82.
25. Gómez Alonso A, Santos Benito FF, González Fernández JM, Bellido Luque A, González Fraile MI, García Plaza A. Complicaciones de la esplenectomía. Análisis de nuestra casuística. Cir Esp. 2001;69:224-30.
26. Vídeo 7-6. Acceso al retroperitoneo izquierdo. Maniobra de Gómez y Gómez. A: Gómez Portilla A, dir. Acceso transabdominal al retroperitoneo. Texto y vídeo-atlas. Madrid: Editorial Médica Panamericana S. A.; 2021.
27. Gómez Portilla A, Gaisan A, Extramiana J, Larrinaga J, López de Heredia E, Martín-Marquina A et al. Acceso transabdominal al retroperitoneo. Maniobras de evisceración. Cir Esp. 2018;96(Espec Congr):4.
28. Maniobra de Gómez y Gómez. Maniobra de Mattox e identificación de troncos arteriales viscerales aórticos. Disección de troncos vasculares esplénicos. Resección del bazo y cola del páncreas. Curso de Técnicas de Citorreducción de la Carcinomatosis en Modelo Cadáver; 2017 i Curso de Técnicas Quirúrgicas de Citorreducción en Modelo Cadáver; 2018. Universitat Jaume I. Castelló de la Plana.
29. Gómez y Gómez A. Bases embriológicas para la cirugía radical del cáncer gástrico. An Med Cir. 1956;36:149-51.
30. Gómez y Gómez A. La actualidad del trasplante renal. An Med Cir. 1964;40(185):319-33.
31. Gómez y Gómez A. La utopía del esófago corto congénito. An Med Cir. 1979;59(255):1-12.
32. Gil Vernet S, Gómez y Gómez A. Sesión celebrada "in memoriam" de la vida y obra científica de D. Antonio de Gimbernat. An Med Cir. 1974;54(236):105-33.