

D. LUIS ESTOPIÑA Y CAYETANO



TESIS DE DOCTORADO



LA GASTROSTOMIA



1902

~~L. Lora~~

~~L. Larrueta~~

~~L. Rodriguez~~

L. Gimeno

81-2-2-4

Nº
1688

2434
(1688)

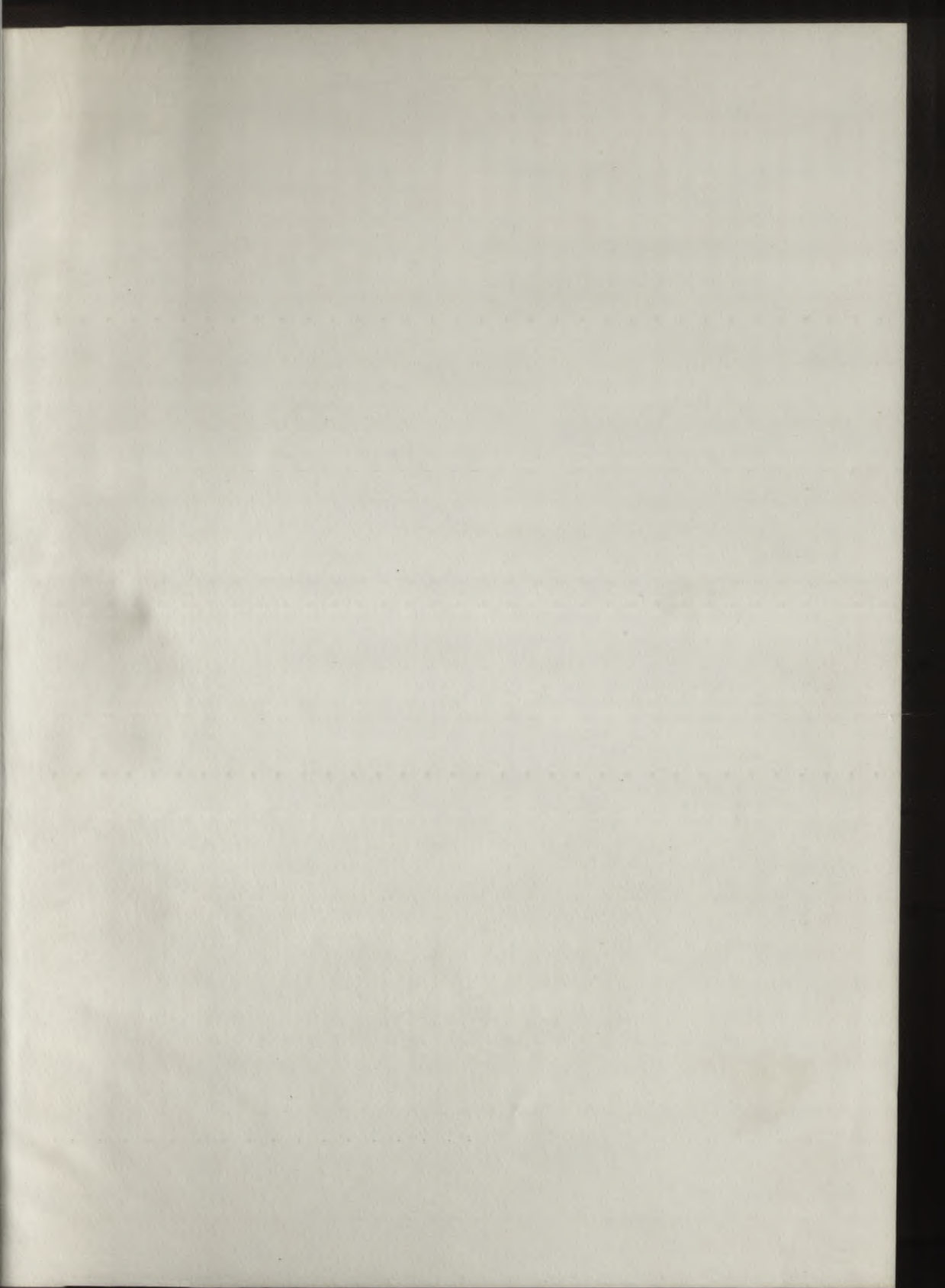
X53390 1226



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5313220615



Tesis de Doctorado

La Gastrostomía

en el

tratamiento de las estrecheces del esófago

por

Don Luis Estopiñá y Cayetano, ex-
alumno interno por oposición de la
Facultad de Medicina de Valencia,
con premio extraordinario del grado
de licenciado en dicha Facultad.

•Φ•

Madrid - 1902.



Excmo Señor:

La actual legislación sobre enseñanza exige que escriba un discurso quien aspire á la posesión del tan anhelado quanto prestigioso título de doctor. Solo así nos atrevemos á coger la pluma, cuñ convencidos de la carencia de las dotes necesarias para cumplir con acierto semejante cometido.

Aquél á quien durante su carrera no guió más afán que ver muchos enfermos, convencido de que la *Naturalera* es el primero y más principal de los textos que el médico debe

estudiar, y creyendo ser éste el mejor camino para llegar al cumplimiento de la aspiración que debe ser norma de todo el que ejerza el sublime sacerdocio de la Medicina, devolver al enfermo la salud perdida, podrá a lo sumo ser un clínico regularmente experto, nunca un buen disertante, como no posea aptitudes propias y especiales, de que carecemos. Así, no debe extrañar al respetable Tribunal que ha de juzgarnos, que con estos temores vea la previa disculpa de quien solicita indulgencia para esta modesta disertación que lleva por título:

La gastrostomía en el tratamiento de las estrecheces del esófago.

x x

Antes de entrar de lleno en el estudio del tema enunciado, creemos pertinentes cuatro palabras acerca de las principales variedades de estrechez del esófago que pueden presentarse en clínica.

Desde el punto de vista de la etiología, pueden dividirse en tres grupos:

Estrecheces espasmódicas (espasmo esencial ó idiopático, de los autores; que no es idiopático más que aparentemente, ni es una neurosis especial, pues siempre depende de histerismo ó de estado hipercatóxico).

Estrecheces reflejas (simpiático) que se producen en el curso de algunas enfermedades especial-

mente del útero; y

Estrecheces orgánicas, por lesiones del esófago, ya causadas por agentes venidos del exterior, por sífilis ó por el desarrollo de ciertos tumores (cáncer).

Los dos primeros grupos no nos incumben al presente, y las variedades de estrechez en ellos comprendidas no requieren ningún tratamiento especial, reduciéndose en unos casos á combatir las neurosis antedichas, ó á suprimir la causa productora (metritis, desviaciones uterinas) en otros.

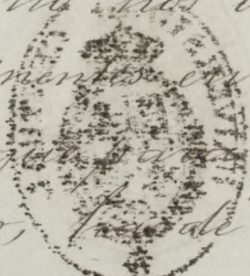
Las estrecheces ~~comprendidas~~ en el tercer grupo, que con mayor frecuencia pueden llegar á ser infranqueables, según el concepto clínico, son las que ocuparían nuestra

atención, ya que en ellas puede estar indicada la gastrostomía, objeto principal de nuestro estudio en el presente trabajo.

Debemos hacer una salvedad por lo que á las estrecheces sifilíticas respecta, toda vez que, antes de que lleguen á hacerse infranqueables (esclerosis, cicatrización de gomas ulceradas), tienen un periodo de prestenosis, que suele ser latente, el cual escapa con facilidad á nuestra observación, y aquellas estrecheces durante este periodo pueden ser combatidas, con probabilidades de éxito, empleando un tratamiento específico intensivo (fricciones mercuriales, fricciones de sales de mercurio, de yodo, de iódico, etc).

Indicaciones.

a) - Estrecheces fibrosas. = Toda estrechez fibrosa ó cicatricial tiene un periodo antes de que las bridas cicatriciales lleguen á la completa retracción, durante el cual el calibre del esófago está más ó menos reducido, y existe mayor ó menor dificultad, pero no imposibilidad, al paso de los alimentos por dicha vía.

En este periodo de relativa permeabilidad es cuando está indicada la dilatación, de cuya técnica y descripción no nos ocuparemos por no ser pertinente en este lugar. Sólo diremos que para que surta el efecto deseado,  ha de ser lenta y progresiva, ya se practique

con las candelillas de Chassagui, ya con las sondas cilindro - cónicas de Bouchard ó la sonda de ballena de Collin.

Pues bien; cuando una estrechez es infranqueable á las sondas dilatadoras, ó cuando la dilatación no pasa de los números inferiores de la escala de sondas, es cuando en nuestro concepto se debe intervenir, y la gastrostomía está indicada, toda vez que cuando se presenta la decauperaación del enfermo, ésta demuestra más que nada la necesidad de abrir una vía por donde alimentarle convenientemente, puesto que no bastan á atajar los progresos de su desnutrición progresiva, ni los líquidos que á duras penas con-

sigan atravesar su esófago estrechado, ni los enemas alimenticios o peptonizados á que en tal caso se recurre. Y adviértase que al hablar de intervención damos por supuesto que se trata de la gastrostomía, y eliminamos tácitamente toda operación practicada directamente sobre el esófago. Con efecto; las estadísticas, sobre todo alemanas é inglesas que sobre resultados de la esofagotomía tanto interna como externa se han publicado, arrojan un tanto por ciento tan considerable de mortalidad (50 por 100), que ya casi nadie se atreve á practicarla.

Hasta no hace mucho tiempo se tenía, como indicación precisa para practicar una gastrostomía, la

imposibilidad absoluta de alimentar al enfermo de estrechez fibrosa, y se tomaba como signo evidente de que tal cosa sucedía, la aparición de la sed, sensación que cuando se presenta demuestra la completa impermeabilidad de una estrechez cicatricial.

Ahora bien; la gastrotomía en los tiempos á que nos referimos pertenecía al grupo de operaciones que sólo se proponían al enfermo ó á su familia como extremo recurso de salvación de problemáticos resultados, no se proponía como intervención quirúrgica tan peligrosa el practicarla, sino además, porque dado el que se hiciera con éxito, las complicaciones post-ope-

ratorias posibles, y aún probables, eran múltiples, como el aumento del diámetro de la fístula gástrica, la autodigestión de los bordes de la misma por la acción corrosiva del jugo gástrico derramado al exterior, la imposibilidad ó dificultad de cerrar ulteriormente la fístula si las cosas volvían á su estado normal, etc.

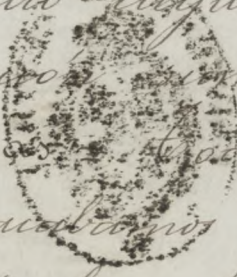
Hoy la cuestión ha variado de aspecto: los progresos de la moderna cirugía en lo que á *asepsia* y *antisepsia* se refiere, han hecho de la gastrostomía una *intervención* casi inofensiva, siempre que se practique con oportunidad y en las debidas condiciones. Por otra parte, su técnica ha progresado mucho, como más adelante veremos,

suprimiendo los inconvenientes que en forma de complicaciones post-operatorias, presentaba antes el practicarla.

Así es que en la actualidad no se espera, ni debe esperarse para intervenir, á que el estado del enfermo reclame con urgencia la operación. Cuando una estrechez cicatricial no se deja penetrar por las sondas dilatadoras ó tan sólo por los números más bajos de la escala, y el enflaquecimiento del enfermo tiende á acentuarse, se debe intervenir sin pérdida de tiempo, con la seguridad de que la única manera de poner remedio á tal estado es practicar la gastrostomía. De los resultados de la esofagotomía

ya hemos hecho mención, y debe abandonarse para estos casos. El cateterismo forzado expone á una rotura, que siempre es muy peligrosa, y por lo tanto, preferimos la gastrostomía.

Y si estadísticas relativamente recientes indican aún una mortalidad de más del cuarenta por ciento, se debe á que muchas veces se ha gastromizado á enfermos que no estaban en condiciones para ello, por haberles dejado llegar á un grado de estenuación extrema.

b) Estrecheces cancerosas.  Tratadas, las consideraciones que acaban de hacer al hablar de estrecheces fibrosas, respecto á nuestro modo de proceder en la elección del momento en

que se debe intervenir, hemos de darlas aquí por sentadas, entendiéndose que en el caso de estrechez por cáncer la cuestión se plantea en términos más decisivos.

Hemos de tener presente que ante una estrechez diagnosticada de cancerosa, como en general ^{sucede} siempre que se atraviese en nuestro camino una neoplasia maligna de esta índole, un momento de vacilación, un segundo de duda se convierte en un grado que sumamos a la gravedad del pronóstico y una probabilidad que restamos al posible éxito en la intervención. Y en el caso de cáncer del esófago, adquieren mucho mayor fuerza, todos los argumentos que exponíamos al tratar de la estrechez

fibrosa, referentes á la necesidad de proceder con premura para evitar que la progresiva desnutrición del enfermo le conduzca á un estado que haga peligrosa la intervención.

En la estrechez por cáncer, á la deparación á que naturalmente conduce la disminución del coeficiente nutritivo por obstáculo material al paso de sustancias alimenticias, no tarda, desgraciadamente en la mayoría de los casos, en sumarse el cambio que el enfermo experimenta en su estado general, cuando la neoplasia en su marcha fatalmente invasora, refleja sus terribles progresos en todo el organismo.

La posibilidad de una curación radical por extirpación del,

tumor puede decirse que no existe, á menos de encontrarse reunidas unas condiciones que no se presentan más que en algún caso rarísimo, como son: diagnóstico precoz; lesión limitada y situación de la misma en una región elevada (porción cervical superior del esófago).

Poco nos detendremos en el estudio de los remedios paliativos, pues en nuestro concepto, ó son inútiles ó son peligrosos; inútiles por cuanto con ellos no se consigue más que alimentar al enfermo, siempre imperfectamente, que por una boca gástrica. Además, tanto la sonda permanente como la intubación del esófago, que son los dos recursos paliativos ordinarios, no están ni con mucho exentos de

inconvenientes que pueden llegar á constituir verdaderos peligros. La sonda colocada permanentemente es un medio de alimentación artificial; impide al enfermo la deglución directa y puede ser origen de úlceras por compresión al reflejarse al nivel del tiroides; al enfermo repugna que los alimentos no pasen por su boca, y la imposibilidad de deglutir la saliva altera sus digestiones, aparte de las molestias que supone el estar babeando y escupiendo constantemente, so pena de ir con las ropas empapadas en saliva, como ocurre con las cubiertas de la cama y otras prendas, cuando el enfermo, por estar embargado al sueño, no puede despertar el to-

rente del líquido que fluye de su boca.

La intubación del esófago, aunque suprime estos inconvenientes, tiene también los suyos y no conduce en realidad á ningún resultado práctico, salvo la opinión de los defensores de este procedimiento paliativo. Los hilos que sujetan el tubo al exterior y sirven de fijadores pueden romperse, y es un contratiempo digno de tener en cuenta, aún contando con la posibilidad de que el tubo caiga al estómago y sea evacuado sin otro accidente. La permanencia de partículas de alimentos en el espacio que siempre existe entre el tubo y la pared del esófago, provoca fenómenos de reacción inflamatoria

cuyo peligro aumenta con la proximidad del tejido canceroso, que siempre tolera mal todo contacto extraño. Esto último, por sí solo, contraindica la intubación, sobre todo en las formas blandas y dolorosas de cáncer, en las lesiones avanzadas y ulceradas, porque en ellas toda acción mecánica por leve que sea, acelera su rápida evolución; en las formas duras, en las variedades escirrosas, porque con mayor ó menor rapidez terminan siempre por reblandecerse y ulcerarse.

Creemos que las razones que anteceden son suficientes para comprender la conveniencia de abandonar estos recursos paliativos, cuya práctica coarta la acción del cirujano.

no, que, viéndose en posesión de remedios que le permiten contemporizar, vacila en proponer al enfermo una intervención que siempre es de importancia, y entre tanto la enfermedad hace progresos y se llega insensiblemente á un estado en que hay que resignarse á ver sucumbir al paciente por inanición, ó decidirse á abrir el estómago cuando se han perdido casi todas las probabilidades de éxito.

No vacilamos, pues, en afirmar que la gastrostomía precoz es la intervención más segura, más eficaz, la única indicada, ~~si se practica~~ antes que el enfermo haya llegado á considerable grado de desnutrición, con tanto mayor motivo, sabiendo que la gastrostomía hoy,

como operación es casi inofensiva, si se hace en debida forma.

La abertura de la boca gástrica no impide, por otra parte, que el paciente continúe sirviéndose de sus vías naturales para la ingestión de alimentos líquidos si el esófago es aún algo permeable, y en tal caso, la fístula nos sirve para una alimentación complementaria, además de la confianza que proporciona la seguridad, de que en un momento dado, poseemos medio de alimentar al enfermo, si la estenosis llegara á hacerse total é infranqueable; en ese periodo, durante el cual el esófago todavía se deja atravesar por los líquidos, por la boca gástrica, introducimos sustancias más

nutritivas y sólidas, cuyo contacto no haría sino producir irritaciones que siempre se traducen en aceleración del proceso neoplásico.

Al esófago canceroso hay que procurarle el reposo, al menos relativo, y esto sólo se consigue con la gastrostomía.

Con lo anteriormente expuesto supondremos suficientemente explicadas las indicaciones de la gastrostomía en las dos variedades de estrechez que pueden ser motivo de intervención quirúrgica, y para completar el capítulo exponerémos los principales procedimientos que para practicarla se conocen, aduciendo algunos detalles de propia observación, cuando tratemos del



manual operatorio y del tratamien-
to post-operatorio.

x
x x



Técnica operatoria.

Ya sabemos que gastrostomía es la abertura permanente del estómago; la creación de una boca gástrica, bien con objeto de alimentar a un enfermo, cuyas vías naturales de ingestión de alimentos, están total o parcialmente obstruidas, o bien para dilatar estrecheces del esófago situadas en las partes bajas de este órgano, o las estrecheces del cardias y del píloro. Esta operación fué practicada en 1829 por primera vez en el hombre por Sedillot, médico militar francés, si bien fué propuesta en 1840 por Egeberg, médico militar noruego.

Tres puntos principales abarca la técnica de esta intervención:

1.º Elección del sitio en que se ha de practicar la fistula en relación con el estado anatómico y funciones del órgano.

2.º Confrontación de la serosa visceral con la parietal, practicada con exactitud y en las debidas condiciones de asepsia; y

3.º Protección de los bordes de la fistula contra la acción corrosiva del jugo gástrico.

El estado actual de la cirugía y los progresos realizados en la técnica de esta intervención permiten llenar con bastante exactitud estas condiciones, y hoy puede practicarse con muchas probabilidades de

éxito de una operación que produjo en sus primeros tiempos resultados desastrosos, hasta el punto de ser desechada en 1875.


Comenzaremos nuestro estudio pasando revista á los distintos métodos propuestos por los cirujanos en lo que se refiere á situación, dirección y forma de la incisión que para establecer la fístula necesitamos practicar, y manera de buscar y fijar el estómago á la herida abdominal.

Ante todo conviene fijar la atención sobre la importancia que tiene el practicar la fístula gástrica en un sitio lo más elevado posible, hacia el vértice del fondo de saco mayor, en la proximidad del

cárdias, procurando evitar los gruesos vasos; de este modo nos alejamos de la región pilórica que ocupan los alimentos durante las comidas y evitamos la posibilidad de la regurgitación de los líquidos.

La incisión ha de ser paralela al reborde costal izquierdo (Sabbi, Villaux, Ferrer) ó perpendicular y atravesando el recto mayor cerca de su borde externo (Doyen, Hartmann), pero siempre en una pared sonora, inmediatamente por debajo de la zona de macicer del hígado, teniendo en cuenta que la mayor parte de las veces se encuentran en busca de un estómago retraído por falta de trabajo y cuya cara anterior suele estar por debajo del hígado.

Ya consiguió Ledillot y lo confirma
Farabœuf que el mejor punto de re-
ferencia para buscar el estómago es
la cara inferior del lóbulo hepá-
tico izquierdo; además de este
punto de referencia el modo más
seguro de llegar al estómago es
coger una porción del gran epi-
ploon e ir ascendiendo por él has-
ta llegar á la gran curvadura.

El estómago se reconoce en se-
guida por los vasos que surcan su
superficie externa destacándose
claramente en la grande y pe-
queña curvadura.  distinguen:
del intestino delgado, de mayor
espesor de sus paredes, tan del estó-
mago, y del intestino grueso la
carencia de abolladuras.

Diversos procedimientos han sido propuestos por los cirujanos para formar una fístula capaz de retener el contenido del estómago. Expondremos los principales, comenzando por aquellos que por su ineffecticia fueron prontamente desechados, y de los cuales nos limitaremos a hacer mención.

Girard y otros cirujanos han propuesto diversos procedimientos, destinados a proveer a la fístula de un anillo contractil, de un verdadero esfínter artificial, ya cortando dos puentes en el músculo recto y cruzándolos para formar así un esfínter, como hacia Girard; ya atrayendo y fijando el estómago a través de una incisión

intramuscular, ya sacando un pliegue del estómago a través del músculo recto y abriéndolo en la piel después de atravesar un trayecto subcutáneo.

Un cirujano alemán propone introducir un pliegue del estómago en una incisión practicada en el octavo espacio intercostal, contando con los cartílagos costales para formar barrera que impida el ensanche de la fistula.

Ninguno de estos métodos ha dado resultados prácticos, además de exigir unos el empleo de obturadores, otros la sonda permanentemente; algunos tienen el inconveniente de realizar el acceso al estómago por trayectos indirectos, y en las estre-

chees fibrosas al menos es mucho mejor establecer una fistula directa que sea susceptible de poderse cerrar si fuera necesario, ya espontáneamente ya por medio de una autoplastia; luego todos estos procedimientos pecan de engorrosos y complicados, cuando lo que se desea son métodos rápidos que permitan realizar con prontitud la intervención, sobre todo si se trata de estrecheces cancerosas.

La gastrostomía, por lo que respecta al tratamiento post-operatorio, exige dos condiciones que no admiten discusión: fistula de muy ^{calibre,} pequeño, el menor posible, y supresión ~~de la sonda~~ permanente para utilizarla solo en el momento de las comidas.

Por dos mecanismos distintos puede conseguirse el crear una fistula que

impida el derrame del contenido del estómago y preserve á los bordes del orificio de la acción corrosiva del jugo gástrico: estableciendo una boca gástrica provista de labios mucosos y habituados por lo tanto al contacto de los líquidos del estómago, para lo cual, se doblan hacia fuera los bordes de la incisión gástrica y se sujetan á la pared abdominal por medio de una sutura que comprenda las tres ténicas del estómago; ó bien se obtiene espontáneamente la obturación del orificio de la fistula por la simple reunión de las paredes del estómago formando una especie de pliegue ~~estático~~, con lo que se consigue una ~~buena~~ oclusión.

Este último artificio operatorio, propuesto por Bryant, Penières y otros cirujanos franceses, y que hoy se

ha generalizado mucho, no implica, como asegura Penières, la necesidad de proceder en dos tiempos, esto es: fijando un pliegue del estómago a la pared del abdómen, esperando que la túnica músculo-serosa se retraiga independientemente de la mucosa, y cuando ésta, separada por desliramiento de las anteriores forma saliente ó relieve en la cavidad del estómago transcurridos cuatro ó cinco días, proceder entonces á abrir la fístula en una segunda intervencióin. Puede hacerse todo en una sola sesión, como aconseja Reclus, y como generalmente se practica. Pero que á nosotros respecta, así hemos procedido en los casos en que hemos tenido ocasión de intervenir, y no podemos quejarnos

de los resultados, teniendo en cambio la satisfacción de haber ahorrado al enfermo las molestias de una segunda intervención.

Sólo á título de curiosidad citaremos otros procedimientos por lo que tienen de ingeniosos, aunque sin valor práctico alguno: el de Ullmann, que abraza un pliegue gástrico á la pared y lo tuerce alrededor de su eje, y otro que consiste en practicar una sutura en circuito por entre la túnica muscular y la serosa, comprendiendo en su interior á la fistula, rodeándola, y fruncir de este modo las túnicas para que formen á la manera de un esfínter alrededor de la boca gástrica.

Dejérese de lo anteriormente expuesto que la gastrostomía antes de

llegar al grado de perfeccionamiento que hoy tiene como intervención, ha pasado por un periodo evolutivo, durante el cual, cada operador ha ido aportando nuevos elementos de progreso en la técnica quirúrgica.

El mérito de haber reglamentado todos los méritos y agrupado todos los procedimientos, entresacando de cada uno de ellos aquello que pudiera ser útil para formar uno nuevo más perfecto que los anteriores y de más prácticos resultados, corresponde indudablemente a Ferrer y sus discípulos, y las reglas sobre el manual operatorio de la gastrotomía son las que rigen la mayor parte de los cirujanos modernos.

Manual operatorio.

••

Previos los preparativos comunes á toda operación y anestesiado convenientemente el enfermo, se practica una incisión cuya longitud oscila entre seis y diez centímetros, según la edad del enfermo, á un través de dedo próximamente del borde de las falsas costillas izquierdas, que no traspase por bajo de una línea vertical que uniera el borde inferior del cartilago de las dos ~~primeras~~ ^{primeras} ó las dos octavas costillas. Este último límite, para aquellos enfermos en los cuales se suponga que el estómago está muy retraído á consecuencia

de la inanición. Se procede con toda rigurosidad á la hemostasia en cada estrato de tejidos que se incinde, y en cuanto se llegue al peritoneo se le abre en toda la extensión de la herida. Con estos, que podemos llamar preliminares operatorios comunes á toda laparotomía, llegamos al tiempo más importante de la intervención que nos ocupa: fijación del estómago á la pared abdominal, cuya descripción, tan clara y brevemente hecha por Ferris es como sigue:

Incindido que sea el peritoneo y convenientemente sostenidos sus bordes con pinzas de presión, se busca el estómago, cosa relativamente fácil si se tienen en cuenta

los datos que sobre el particular he-
mos dicho; se le coje y sujeta con
dos dedos y suavemente, sin ejercer
fuertes tracciones, se le atrae hácia
la abertura del abdomen, procu-
rando que la zona que se exteriori-
ce pertenezca á la parte de la gran
curvadura lo más alejada del pi-
loro que sea posible. Este pliegue
se le confia á un ayudante, que
lo sostendrá con dos dedos por fue-
ra de la pared abdominal. Hecho
esto, con la aguja curva de Re-
verdin ó con una de Stagedorn
ó de Kærnig de radio $\frac{1}{2}$ se
dan seis u ocho puntos de sutura
con catgut para unir el peritoneo
visceral con el peritoneo parietal;
los puntos intermedios se colocan,

paralelamente á la incisi6n de la pared y los dos de los extremos en direcci6n perpendicular á la misma. Cada asa de catgut atraviesa en el est6mago la t6nica serosa y la muscular en una extensi6n de un cent6metro aproximadamente, y sus extremos despues de haber atravesado la serosa parietal, se anudan por la parte externa en medio de la superficie de secci6n de la pared abdominal, y de esta manera se consigue, cuando el hilo est6 anudado, que la adaptaci6n de la hoja visceral á la hoja parietal sea perfecta.

Lo que resta de serosa parietal por fuera de esta sutura se cierra con puntos que comprenden

la serosa parietal y una parte sola-
mente del espesor de la pared, á es-
trato muscular - aponévrotico.

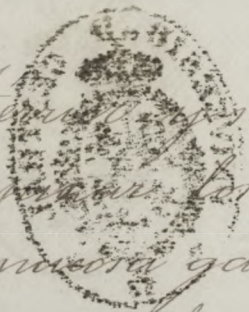
Cuando se ha terminado esta
última sutura, la cavidad peito-
-neal está hermeticamente cerrada
y en medio de la herida, que des-
pues de esto queda muy reducida,
no se ven más que unos cuantos
centímetros de estómago que obre-
sale en forma de rodete; con la
cuchilla de Graefe, como aconse-
jan algunos ó simplemente con un
bisturí de hoja estrecha y recta y
punta aguda, se puncionan el estó-
mago y se practica una incisión cu-
ya longitud no exceda de seis á sie-
te milímetros.

Al llegar á este punto de la,

técnica difieren los cirujanos en su modo de proceder por lo que respecta al orificio de la fistula y su oclusión.

Muchos operadores, entre ellos Reclus aconsejan la auto-occlusión por el mecanismo de válvula mucosa que hemos mencionado anteriormente, asegurando que en ningún caso han tenido que lamentar la salida del contenido del estómago por el orificio de la fistula y que la clausura es perfecta entre comida y comida cuando se retira la sonda.

Por su parte Carré y sus discípulos prefieren tapar los bordes de la fistula con mucosa gástrica, invirtiendo una franja de la pared



del estómago en todo el contorno de la fistula y sujetándola á la pared abdominal por medio de puntos que comprendan las tres técnicas.

Hemos intervenido en operaciones de gastrostomía practicadas por ambos procedimientos y el éxito operatorio ha sido excelente en uno y en otro; ahora bien, creemos que es esta una intervención en que debe tenerse muy en cuenta todo aquello que conduzca á facilitar el tratamiento post-operatorio, y por ende suprimir en lo posible las molestias que necesariamente ha de producir el enfermo la existencia de una ~~perforación~~ ~~perforación~~ permanente en su estómago, y en el último, en nuestro concepto lo consigue mejor el método de Ferris con una

modificación ideada por uno de nuestros compatriotas, el Dr Gomez Ferrer, catedrático de Pediatría, de Valencia, con objeto de obtener la oclusión perfecta de la fistula, facilitando al mismo tiempo al enfermo el manejo de su boca gástrica.

Consiste esta modificación en la colocación de una cámbula de cristal de forma particular en el orificio de la fistula, de longitud igual por lo menos al espesor sumado de todas las capas de la pared del abdomen, más la pared gástrica, vieniendo á producir un efecto semejante al que hace un perno remachado por ambos extremos y facilitando á la par de un modo conveniente el acceso á la cavidad del

estómago. No teniendo á mano cápsulas especialmente fabricadas para este objeto se hace uso, y cumple perfectamente su cometido, de uno de esos pequeños carretes de cristal que utilizan los fabricantes de materiales de curación para expender la seda de suturas; se compone de un tubo cilíndrico de 12 ó 14 milímetros de longitud y 6 ó 7 de diámetro que en cada extremo termina por un disco á manera de un pabellón, de un diámetro de un centímetro, y borde circular.

Establecida la fistula según el procedimiento de Ferrus orlando el orificio con una franja de mucosa invertida, se introduce en ella una de dichas cápsulas ó carretes, ma-

niobra sencillísima si se hace con un
 poco de habilidad, suavemente y bascu-
 lando á un lado y á otro hasta que
 los tejidos cedan por elasticidad; sien-
 do su longitud, como se ha dicho,
 igual próximamente al trayecto de la
 fistula, la adaptación de la cápsula es
 perfecta: uno de sus patelones se a-
 proya en la mucosa gástrica y el o-
 tro en la zona de pared abdominal
 que rodea inmediatamente al orificio
 externo de la fistula; á su vez el tubo
 central ó eje del carrite queda atra-
 verando el túnel fistuloso, cuyas paredes
 se adaptan á la superficie de aquél,
 quedando de este modo establecido
 el calibre definitivo de la fistula.

En los operados de gastrostomía
 en que hemos hecho uso de este medio

no hemos observado el menor rezuma-
miento de líquido gástrico por en-
tre la cánula y la fístula; el diá-
metro del orificio queda reducido
al de la cánula y viene á ser el de
una sonda de M'Élaton de los nú-
meros 12 ó 14; en el momento de
las comidas se introduce una de
estas sondas sin necesidad de man-
díl ni fiador alguno, pues tra-
tándose de un conducto de paredes
rígidas, la sonda lo penetra y atra-
viesa sin dificultad. Cuando la
sonda se retira, se introduce á pre-
sión en la cánula una media ó
pedazo de algodón estéril, y por
el exterior se espolvorea con un poco
de carbonato magnésico para
mayor seguridad; una cura al-

godonada sencilla y un vendaje de cuerpo que comprima suavemente y evite el roce de los vestidos; y el enfermo, si ha recobrado ya sus fuerzas, puede andar y moverse en todos sentidos, sin miedo a que el contenido de su estómago salga al exterior.

La colocación de la cámara en la fistula del modo que acabamos de exponer, permite en nuestro concepto el cumplimiento de las condiciones que debe llenar una fistula gástrica: Oclusión del orificio entre las comidas; supresión de la sonda permanentemente; imposibilidad de salir los líquidos gástricos; las dos últimas condiciones se consiguen con la primera, y al exacto cum-

plimiento de ésta deben dirigirse los esfuerzos del operador.

El método de la auto-oclusión es muy racional: suprime un tiempo operatorio, cual es la inversión y fijación de la mucosa gástrica á la pared abdominal y cumple perfectamente su cometido en el estado normal de ordinaria tensión de los músculos abdominales; pero en cambio exige la permanencia de una sonda por lo menos en las primeras veinticuatro horas que siguen á la operación hasta que quede establecido el calibre definitivo de la fístula; ~~recomiendo~~, salvo el respeto que nos merece la opinión de los eminentes cirujanos partidarios de este método, la seguridad de que los líquidos gástricos no se derraman al

exterior se pierde cuando por un esfuerzo de tos, un estornudo, un vómito y hasta en la defecación si se verifica con esfuerzo, el orificio de la fístula, cediendo naturalmente á la tracción, sobre todo en sentido vertical que ejercen los músculos abdominales en tensión forzada, deja separar sus bordes y se entrecabre por poco que sea, pero siempre lo suficiente para que, si el estómago contiene líquidos salgan al exterior.

Estos inconvenientes se obvian, como hemos tenido ocasión de apreciar, con el empleo de la cánula de cristal en fístulas establecidas según el método de Ferric.

El último gastrostomizado, entre los seis que hemos intervenido, era un niño de diez años afecto de una

estrecha, fibrosa del esófago, situada próximamente en la mitad del trayecto de dicha vía, consecutiva á la ingestión de una corta cantidad de ácido sulfúrico. Hijo de padre muy pobre y sin poder usar otra denominación que la grosera que sus escasos recursos pecuniarios, se presentó en la Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Valencia, donde prestábamos servicio, cuando su esófago difícilmente se dejaba atravesar por líquidos y en un estado de enflequecimiento inverosímil.

Después de algunas tentativas de extirpación, que no dieron resultado por la gran resistencia que oponían las bridas cicatriciales, se decidió practicar la gastrostomía como indi-

cación vital, pues de continuar el enfermo en aquel estado, no hubiera tardado en sucumbir, víctima de la inanición.

Previa la anestesia clorofórmica, practicada con todas las precauciones, que exigían sus exiguas fuerzas, se incidió la pared abdominal según el método de Carriér, buscando el punto más alto posible, pues la edad del enfermo y su extremada delgadez permitían suponer un estómago muy retraído, como efectivamente sucedía; la adaptación de las dos hojas peritoneales y la punción de la pared gástrica se verificaron sin contratiempo alguno; los bordes del orificio se invirtieron y sujetaron á la pared con puntos de seda fina aséptica (para evitar, como á veces sucede, que el

catgut se reabsorba demasiado pronto);
después de limpiar la herida con agua
boricada al 4 por 100, se colocó la cá-
mula aséptica por la ebullición, se
tapó con algodón aséptico, y se espol-
vorearon los alrededores con un poco
de carbonato magnésico.

El paciente reaccionó a poco de
terminar la operación, y a las dos ho-
ras tuvo un vómito, a pesar de lo cual
el apósito se mantuvo seco, indicándo-
nos que la oclusión de la fistula era
perfecta; al día siguiente por la ma-
ñana se le administraron unos cuan-
tos gramos de leche diluida en agua
y la toleró perfectamente, continuan-
do su curación sin incidente digno
de reseñar.

En la actualidad, después de

transcurridos diez meses á partir de la
 intervencióu, el operado ha aumentado
 su peso nueve kilógramos, y se entretiene,
 en compañía de otros niños de su edad,
 en sus habituales juegos, sin acordarse
 para nada de su fístula que no le mo-
 lesta lo más mínimo. Las maniobras
 necesarias para introducir alimentos
 en su estómago las verifica hace tiempo
 sin ayuda de nadie, y el modo de dar-
 le de comer es bien sencillo: se destapa
 la cánula quitando el tapón de algo-
 dón que despues se sustituye por uno
 nuevo; se introduce por la cánula el
 extremo de una sonda de Hécaton de
 calibre adecuado ó simplemente un
 tubo de goma y por el extremo libre
 van entrando los líquidos alimenti-
 cios, ya inyectándolos el mismo enfermo

directamente de su boca que llena previamente ó enclufando á la sonda un embudito de cristal en el que se van echando poco á poco; al terminar se retira la sonda, se taponaa de nuevo y se coloca ó no un apósito protector según el estado en que se halle la herida abdominal.

Nuestro operado ya no usa en la actualidad de su boca gástrica más que como medio de emplear una alimentación complementaria, porque su esófago se deja atravesar por líquidos con toda facilidad y su calibre muestra tendencias á aumentarse en lo que influye por una parte el reposo que la fistula le ha proporcionado, y por otra, los esfuerzos constantes y repetidos de un cateterismo muy gradual y lento,

todo hace suponer que en un plazo
relativamente corto podrá cerrarse la
fistula y volver las cosas á su estado
normal; el orificio de la fistula y sus
alrededores se encuentran en muy
buen estado, demostrándonos en este
caso como en otros, que el contacto
de la cánula de cristal es absoluta-
mente inócuo, porque no altera en
nada los tejidos, permitiendo en
todo tiempo cerrar la fistula, si así
lo creemos conveniente.

x
x x



Tratamiento post-operatorio.

•••

El régimen alimenticio es el punto delicado de este tratamiento. La reparación de fuerzas se impone con tanta mayor urgencia cuanto más debilitado está el enfermo. Muchos cirujanos comienzan a alimentar al enfermo transcurridos que son, unos días después de la operación, para dejar a los tejidos en reposo, favoreciendo así la organización de las nuevas adherencias. Verdaderamente, la cicatrización y adhesión de la herida operatoria pueden trastornarse con los trabajos de la digestión; pero si el enfermo está

famélico ó si se trata de uno de esos casos en que el esófago es completamente impermeable y la alimentación por el recto no es tolerada ó es insuficiente, hemos de estar prevenidos y evitar que llegue la inanición final. Tampoco creemos acertado inyectar líquidos en el estómago á las dos horas de practicada la intervención; es demasiado pronto y los efectos prolongados del cloroformo pueden en algunos casos determinar vómitos que por lo menos distienden violentamente los puntos de sutura y causan grandísimas molestias al enfermo. Por nuestra parte juzgamos que al gastrostomizado se debe comenzar á alimentarle cuando la reacción postoperatoria lo permita, por ser completa, y el peligro de los vómitos haya des-

aparecido; la premura en hacerlo se-
rá tanto mayor cuanto más debi-
llado esté el enfermo.

Se administrarán cada dos
horas pequeñas cantidades de leche
edente pura ó diluida en agua al-
cudora, de cincuenta á cien gramos
en una vez; caldos concentrados, ex-
tractos y jugos de carne, vinos, de
Ira y Champagne, en pequeñas
cantidades, etc, etc; tras de cada
inyección de alimentos se lavará
perfectamente la herida operatoria
con agua hervida ó boricada al 4
por 100. Transcurridos algunos días,
si las fuerzas del enfermo aumen-
tan ostensiblemente se administran
trando materiales más sólidos y
substanciosos; polvo de carne, purés

alimenticios, carne finamente picada,
todo ello, como dice Petit, en cortas
cantidades y administradas a me-
nudo, hasta que el enfermo pueda
alimentarse por si mismo con la ayu-
da de la sonda ó el tubo de goma

+
x x



Reflexiones.

Si nos es permitido emitir opinión propia, en un tan reducido campo de observación como el nuestro, de nuevo suplicamos benevolencia para este trabajo, ya que á falta de otros méritos tiene el de ser fruto de propia experimentación.

Podemos presentar una estadística de seis gastrostomias practicadas en el intervalo de cinco años, entre ellas la mencionada anteriormente; cuatro de ellas como tratamiento de estrecheces cicatriciales y de un caso de cáncer del esófago, sin ningun proceso operatorio, á pesar de que en dos de

los enfermos se intervinó in extremis. Tres de los operados por estrechez fibrosa tienen ya cerrada su fístula por haber recobrado el esófago su calibre normal; el último particularmente citado, conserva todavía abierta la fístula con la cánula colocada, y su estado general es satisfactorio.

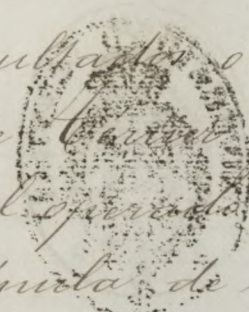
De los dos cancerosos vive todavía uno, después de transcurridos dos años desde la operación y continúa sirviéndose casi exclusivamente de su boca gástrica para alimentarse; el otro sucumbió a los efectos de la propagación de la neoplasia, habiendo sobrevivido a la intervención más de un año.

Como puede verse, los resultados de las intervenciones no han podido

ser más satisfactorios y confirmar
nuestro aserto de que al presente,
suprimidas las complicaciones sépi-
ticas que tantas desgracias produ-
jeron en los primeros tiempos de la
gastrostomía, podemos asegurar la
completa inocuidad de tan benefi-
ciosa intervención, siempre, repeti-
mos, que se opere en individuos, cu-
yo coeficiente de resistencia orgá-
nica les permita afrontar sin ac-
cidente un traumatismo operato-
rio de tal importancia.

Al cirujano corresponde ha-
cer todo lo posible para que ello su-
ceda siempre, no vacilando en pro-
poner la gastrostomía en cuanto
diagnostique un cáncer del esófago
o cuando se convenia de la innu-

tilidad del cateterismo si se trata de una estenosis cicatricial, evitando el empleo de medios paliativos que le harán perder un tiempo precioso; esta pérdida de tiempo se traduce siempre en pérdida de fuerzas, de las que el enfermo tiene sobrada necesidad para que las malgastemos sin provecho alguno para él.

Carecemos de la necesaria autoridad profesional para permitirnos aconsejar en lo que respecta a elección de procedimiento operatorio; nuestra escasa experiencia solo nos faculta para hacer constar los satisfactorios resultados obtenidos con el método de  y la comodidad que al operador reporta el uso de la cánula de cristal

en la forma indicada.

El método de la auto-oclusión valvular, de indiscutible superioridad desde el punto de vista teórico e inferior, en nuestro concepto llevado al terreno de la práctica, puesto que el éxito post-operatorio depende de reacciones especiales de los tejidos en cuya producción no interviene la mano del cirujano; es preciso, para que la oclusión valvular sea perfecta, que se verifique en las debidas condiciones la separación de la túnica mucosa del estómago de la músculo-serosa al retraerse ésta independientemente de aquella: esto puede o no, suceder del modo que deseamos según el estado en que se hallen las fibras del estómago, cuyos tejidos bien puede ocurrir

qu se hayan alterado á consecuencia de
lo. trastornos funcionales que necesa-
riamente produce la inanición forzada.

Depende, pues, de causas en cierto
modo eventuales el éxito de la acto-
val
culación y por eso damos la preferencia
al método de Ferris, menos perfecto,
si cabe, pero en nuestro concepto más
seguro; no creemos proceder errónea-
mente sacrificándolo todo á la seguri-
dad del resultado.

+
+ +



Conclusiones.

•••

1^a La gastrotomía está indicada en los casos de estrechez cicatricial cuando se muestre rebelde á unas crantas tentativas de dilatación, practicadas en debida forma.

2^a Igualmente se halla indicada en todos los casos de estrechez cancerosa del esófago, siempre que el estado general del enfermo ofrezca probabilidades de éxito.

3^a En uno y otro caso se procederá á intervenir sin pérdida de tiempo, entendiendo que toda demora implica disminución de probabilidades de éxito operatorio; y

1.^a La elección del procedimiento ó método operatorio dependerá del estado anatómico y funcional del estómago, recomendando el método de Ferrer, con la adición de la cápsula de cristal empleada por nosotros, y debida la idea al Dr. Gomez Ferrer, de Valencia.

Finis *Stojivá* *capitulum*

Madrid - Octubre de 1902.



Admisible

L. Lopez

Admisible.

Ramon Gomez

Admisible

Defonso Rodriguez
y Fernandez

Admisible
A. Jimenez

16 Junio 1908.

Verifico el ejercicio del grado
de Doctor y otorgo la califica-
cion de Sobresaliente

Arnaldo Jimenez

Defonso Rodriguez
y Fernandez

Ramon Jimenez

Ramon Jimenez

Luis Lopez

ASSTRIA