

**UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)
FACULTAD DE MEDICINA**



TESIS DOCTORAL

Tratamiento de las estrecheces cicatriciales del esófago

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Tomás de Obieta Leguina

Madrid, 2015

Tratamiento de las
estrecheces cicatriciales del esófago

II

Introducción

Excmo Sr:



Muchos enfermos afectados de estrecher cicatricial del esófago, con dificultad creciente o imposibilidad absoluta de la deglución de los alimentos, son objeto de tentativas de dilatación esfágica por medio del cateterismo, y únicamente cuando el médico se ha dado de la inutilidad de este tratamiento, y después de haber perdido un tiempo precioso sin otro resultado evidente que el de empeorar la situación del enfermo, de haber consumido las pocas fuerzas que le restaban, es enviado a manos del cirujano para que este, por medio de la gastrostomía, cumpla una indicación capital, la de alimentar a aquel organismo salvándolo así de la muerte por inanición que le

amenaza.

¿Porqué seguir esta conducta? ¿Porque establecer un tratamiento que si en contadas ocasiones ha proporcionado algunos éxitos del momento, es su consecuencia ordinaria impedir que la cirugía, interviniendo oportunamente, salve la situación, cuando no provocar un desenlace rápidamente fatal? ¿Porqué disputar al cirujano un triunfo que legítimamente le pertenece?

Cada día son mas grandes los éxitos que por la gastrostomía se obtienen en el tratamiento de las estrecheces cicatriciales del esófago. La inocuidad de esta operación es mayor hoy debido no solo a los progresos de la técnica y de la antisepsia sino principalmente a la tued con que se interviene, y tal es la importancia

que concedemos a esto último que nos atrevemos a
 rar que si las primeras estadísticas de gastrostomías
 ian una mortalidad descomulgadora era debido más que
 nada a que no se intervenía sino en último extremo,
 do agotados todos los recursos no quedaba otro dilema que
 o dejar morir al enfermo o hacerle una gastrostomía.
 Sedillot, en 1849, hizo la primera gastrostomía con ob-
 jeto de alimentar a un enfermo atacado de inanición
 y medio muerto.

Por otra parte, el cateterismo, por cualquiera de
 diámetros que se ponga en práctica, resulta infec-
 to en la generalidad de los casos, y nunca es inofensivo,
 algunos quieren demostrarlo; produce frecuentemente
 accidentes graves que no compensan ciertamente

los beneficios, mas o menos problemáticos, que
ciona.

El papel del médico, ante una estrechez cicatricial
esofágica, es hoy muy poco importante. No debe inten-
tar, siquiera, el cateterismo mas que como medio de
diagnóstico, y esto con todas las mayores delicadezas; en
cuanto establece el diagnóstico de la lesión debe enviar
el enfermo a manos del cirujano.

7
Tal es, en pocas y mal seleccionados términos ex-
puesto, el asunto que vamos a desarrollar en el presente
trabajo. No pretendemos con él aportar nada nuevo ni
provechoso para la Ciencia; nuestras fuerzas son muy exi-
guas y resultaría inutil tal empeño. No queremos mas

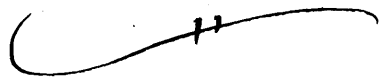
7

que demostrar, ante el culto Tribunal que nos ha de juzgar, nuestros esfuerzos por cumplir, de la mejor manera posible, con uno de los requisitos que la Ley exige al que aspira al honoroso título de Doctor. A la benevolencia de Tribunal nos acogemos y confiamos en ella mas que en tra fuerza.

Quisiera dar las gracias, desde este lugar, a todos los dignos y sabios Profesores que con sus enseñanzas y consejos nos han ayudado a lograr el término feliz de nuestra carrera.

Capitulo 1^o

Etologia; Anatomia topografica



La estrechez cicatricial del esófago se presenta con mas frecuencia entre la gente pobre que en las clases acomodadas. Generalmente es debida a una equivocación que sufre el sujeto que, cogiendo una botella, en la creencia que contiene una bebida cualquiera - leche, cerveza, agua, etc - bebe de la misma botella dándose cuenta de su equivocación cuando el liquido corrosivo contenido en la botella ha atravesado la boca y producido los dolores que a toda causticación acompañan. Entonces se produce el vómito y parte del liquido es arrojado al exterior, pero el resto, como ha parado ya el límite que el acto de la deglución es voluntario, continúa

su camino a través del esófago y llega al estómago. Si la cantidad ingerida es grande. Otras veces, la glotonería es causa de la ingestión de sustancias muy calientes que producen quemaduras a su paso por el esófago. Las tentativas de suicidio dan también su contingente a la etiología de esta afección. Los causticos mas frecuentemente ingeridos, son: las legías de potasa y soda el ácido sulfúrico.

Prescindiendo de los demas sintomas solo fijaremos nuestra atención en la dificultad que sobreviene en la deglución de los alimentos y bebidas, la disfagia que es la causa de la inanición que consume a estos enfermos. La anatomía patológica nos explica perfectamente el porqué se produce esta disfagia, su meca-

nismo y los agentes que en ella intervienen, y nos indica cual ha de ser nuestra conducta para combatir eficazmente este sintoma. el mas importante de todos, el domina el cuadro clinico de esta afección y es la causa de todos los trastornos graves que experimenta el enfermo.

Estudiemos, primero, brevemente el mecanismo de la deglución. Se divide en tres tiempos: en el primero, pasan los alimentos de la boca hasta la faringe. Martica- dos e insalivados se reunen formando el bolo alimenticio, que se coloca sobre el dorso de la lengua. Esta apoya su punta a la bóveda palatina formando asi una especie de plano inclinado por el cual se desliza el bolo alimenticio, hasta la base de la lengua. Hasta a

todos los movimientos son dependientes de la voluntad. Llegado al istmo de las fauces, lo franquera, el bolo alimenticio, gracias a la contracción de los músculos *nono-plato-mioides*, que aplican energicamente la base de la lengua contra la bóveda y determinan la progresión del bolo. Esta segunda parte del primer tiempo se sustrae en parte a la influencia de la voluntad.

En el segundo tiempo, la faringe se eleva en porción inferior por delante del bolo alimenticio. Los músculos *supra-mioides* - *digástricos*, *estilo-mioides*, *sub-mioides* y *geni-mioides* - intervienen en este acto de elevación de la faringe. La lengua, aplicada tra los pilares del velo del paladar, impide el retroceso de los alimentos a la boca. El velo del paladar,

apoyarse, se pone en contacto por su borde posterior con la pared posterior de la faringe e impide de esta suerte el paso de los alimentos a las fosas nasales. La epiglottis desciende y cierra la abertura de las vías aéreas.

En el tercer tiempo, se efectúa el paso del bolo alimenticio, a través del esófago, hasta el estómago.

Por esta sencilla descripción del mecanismo de la deglución nos explicamos perfectamente el sitio de arietan con preferencia las quemaduras producidas por la ingestión de sustancias caústicas. En efecto, el dorso y base de la lengua son lo primero que pone en contacto del agente destructor, y allí es donde se presentan con mas frecuencia esta clase de pero curan facilmente y rara vez alcanzan grandes

transformos. La cara anterior de la faringe, por su posición declive y por ser el plano sobre el que se desliza el líquido, sufre también las consecuencias de su contacto. Llegado el líquido a la entrada del esófago y desde aquí no continúa deslizándose sino que, casi se puede decir cae a través del esófago hasta el estómago.

Si la ~~dirección~~ dirección del esófago fuese completamente vertical, y su calibre uniforme, el líquido lo atravesaría sin tocar apenas sus paredes; pero no sucede así.

Fertut (1), que ha estudiado perfectamente la anatomía del esófago, señala los siguientes datos: el sentido transversal, se dirige, primeramente, hacia la es-

(1) Fertut. Tratado de Anatomía Humana. Tomo 4.º

quienda y desciende así hasta la tercera vértebra dorsal. Aquí se desvía a la derecha para dejar sitio a la aorta, que le cruza de derecha a izquierda; luego se dirige nuevamente a la izquierda, y conserva esta situación hasta su entrada en el estómago. En sentido antero-posterior, forma una ligera curvatura de concavidad anterior, análoga a la que describe la columna vertebral. Presenta, pues, en conjunto, dos curvaturas laterales: una, superior, de concavidad dirigida a la derecha, y otra, inferior, de concavidad dirigida a la izquierda. Respecto a su calibre, en estado de vacuidad el conducto esofágico se halla aplastado, pero aun después de distendido presenta ciertos números de puntos en los cuales se halla estrechado. Normalmente

estos son tres. La estrechez cricoides, situada en el mismo origen del esófago; la estrechez aórtico-bron que corresponde al punto de contacto de la aorta y bronquio izquierdo con el lado izquierdo del esófago; la estrechez diafragmática, situada en el punto de paso del esófago a través del tabique diafragmático. Al lado de estas estrecheces, que con bastante regularidad se presentan en todos los esófagos, existe un cierto número de estrangulaciones menos marcadas.

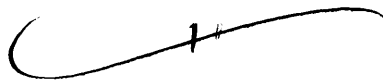
Facilmente se comprende que el líquido al pasar por el esófago ha de tocar necesariamente en uno ó varios de estos puntos estrechados que sobresalen en su camino; y como algunos de ellos son mas prominentes que otros, allí es donde con mas frecuencia orientan

las lesiones. Todos los autores señalan como localización más frecuente de las estrecheces cicatriciales del esófago el punto donde se verifica el entrecruzamiento del esófago con la aorta y el bronquio izquierdo - estrechez aortico-bronquial, de Testut -, y la porción terminal del esófago - estrechez diafragmática; el primero especialmente. Debe este, puede considerarse que el líquido cae directamente en el estómago, si es que ha sido ingerido en cantidad suficiente para ello, citándose casos como el de Barozzi (1) en el que la extremidad inferior del esófago no presentaba lesión alguna pero, en cambio, se produjo una gran escara asentada en la curvatura mayor del estómago.

(1) Barozzi. *B. Mèd. de Paris*. 1914.

Capitulum 2^o

«Anatomia pathologica»



Recordemos, siquiera someramente, la anatomía patológica de esta afección.

Hay que estudiar, 1.º: la esofagitis aguda que se produce por el contacto del líquido corrosivo con las paredes del esófago, y, 2.º: la esofagitis crónica estenosante - Manclaire - que es consecutiva a la anterior. « Es constante en las dilataciones que se encuentran sobre el punto estrechado y adquiere entonces gran importancia por consecuencia de las ulceraciones que le padecen y de las perforaciones que pueden seguirles, sea espontáneamente, sea con ocasión del cateterismo»

(1) Duplay et Boeclus. Tra. de chir. Tomo 5.º.

Hay, pues, una esofagitis que es el factor de la retracción cicatricial, y otra que es complicación de esta retracción. (1)

Las escaras que se forman en la mucosa esofágica determinan en su alrededor una inflamación eliminativa. Estas partes necrosadas dejan, después de su eliminación, ulceraciones mas o menos profundas, mas o menos extendidas, en cuyo fondo aparece generalmente la túnica muscular. Mas tarde, la cicatriz se forma por la organización en su superficie de un epitelio nuevo; pero poco a poco, este tejido conjuntivo de nueva formación se retrae sobre si mismo y acarrea una retracción cicatricial, y como con-

(1) Febal. Contribution à l'étude de la disparition de la dysphagie après a. arriostomie.

seuencia una estenosis del conducto esofágico. « A de la estrechez (1). Las paredes del esófago se engrosan: la túnica mucosa tiene un aspecto cicatricial, la celulosa está indurada, la muscular está algunas veces hipertrofiada, hasta el punto de que Follis ve en esta hipertrofia la causa principal de la estrechez » (2)

Los alimentos ingeridos se detienen por encima de esta estrechez y provocan con su contacto una continua irritación de las paredes esofágicas; se establece la esofagitis crónica cuyas lesiones son múltiples e importantes.

La mucosa del esófago - Febal - está roja, pig-

(1) Duplay et Reclus. Loc. cit.

(2). Esto último ha sido combatido por Zenther y Siemssen.

mentada, sembrada de erosiones de forma redondeada, frecuentemente alargadas en sentido del eje del conducto, mas o menos confluyente; pueden agruparse constituyendo una especie de estrella, cuyo centro está ocupada por una ulceración mas profunda - Marotti -. Sus dimensiones varían, en la parte inferior son mas abundantes que en la superior, de 1 a 2 milímetros hasta 2 y 3 centímetros. Pueden convertirse en verdaderas ulceras del esófago, como lo prueban los estudios de Berner (1). De bordes violáceos, tallados a pico u oblicuamente de la superficie hacia el fondo. El fondo desigual, abombado, grisáceo, presenta orificios vasculares. (?)

(1) Berner. Thèse pour le doctorat. Paris. 1899.

(2). Zahn. Describiendo la autopsia de un individuo con estenosis

El examen microscópico demuestra la ausencia de epitelio a nivel de las ulceraciones, que tienen por junto de partida una glándula inflamada y mas o menos necrosada. El tejido conectivo vecino está lleno de elementos embrionarios (Pilliet). El dermis sufre, en un 1^{er} periodo, la infiltración de sus papilas por células embrionarias; en una época mas avanzada estas papilas son destruidas. El tejido conjuntivo sub-mucoso está engrosado, infiltrado por elementos linfoides. La capa muscular hipertrofiada. Cuando las ulceraciones son precanceriales del esófago, muerte por inanición, dice: el fondo de la úlcera estaba formado por la túnica muscular engrosada del esófago; en su centro se encontraba una abertura ovalada que conducía a un canal, probablemente a una vena.

fundas el tejido muscular está interesado y en este caso el fondo de la ulceración puede estar constituido por un órgano vecino.

El esófago está surcado por una red venosa longitudinal, muy voluminosa (Daucher, Moruy) de mallas prolongadas, paralelas a las fibras musculares del canal alimenticio. « Se han señalado degeneraciones secundarias cartilaginosas y también óseas, que necesitarían para ser admitidas definitivamente de nuevos hechos confirmatorios con examen histológico ».- Hartmann: (1).

(1). El Dr. Hartmann presentó a la Academia de Cirugía de Berlín, el año 1900, un esófago estenosado, con un divertículo en su parte superior. Con el examen ~~radiográfico~~ se acusaba, en el vivo, una sombra que, después de la autopsia, se demostró que se trataba de un ganglio calcificado.

Todas estas múltiples alteraciones relajando las paredes vasculares las predisponen a que los alimentos, acumulados por encima de la estrechez, dilatan el conducto y formen un divertículo o dilatación, que se presenta con frecuencia. Wert, Nicolaïdini y otros las señalan. Ettlinger (1), Horman Schenkinger (2), Souligoux (3), Pilliet (4), Deeloux (5) y otros muchos cirujanos las han encontrado en la autopsia. No es, pues, cierta la opinión expuesta por Gangolphe de

(1) Revue de Chirurgie. Torno 28.

(2) Società Chirurgica di Berlino. 1900.

(3) Souligoux. Congreso francés de cirugía. Año 1902.

(4) Bull. Soc. Anat. 1899.

(5) Deeloux. Bull. Soc. Anat. 1899.

que estos divertículos se presentan rara vez (1).

Concomitantes con todas estas lesiones existen otras de vecindad que no debemos olvidarlas. Son debidas a la perierofagitis y pueden llegar a la supuración y abrirse en el esófago, pleura, pulmón y mediastino. Se establecen adherencias con el tejido del mediastino, con la pleura, pulmón, pericardio, la aorta, los bronquios, diafragma, etc.

Cuando las ulceraciones de las paredes esofágicas son profundas pueden tener por fondo a órganos vecinos, como son la aorta y el bronquio izquierdo, y se establecen adherencias entre ellos.

La estrechez, frecuentemente, no asienta, no tiene

(1) Le Dentu. Traat. de cir. clin. y oper. Tomo 6º.

su orificio de entrada, digámoslo así, en el eje del conducto sino que se acerca a una de las paredes. Este hecho está justificado por la dirección que sigue el esófago. En efecto, hemos visto que forma una curvatura, de concavidad anterior, en sentido antero-posterior y oblicua en sentido lateral. De esta disposición resulta que el líquido en su descenso a través del esófago no baña uniformemente las paredes sino que lo hace preferentemente en la pared anterior y borde derecho de la primera inflexión del esófago, y en la pared anterior y borde izquierdo en la porción terminal. La cicatriz así formada a expensas más de una pared que de las otras presenta una forma irregular, cuya parte central u orificio de entrada no corresponde con el eje del esófago.

fago. Además, las estrecheces, frecuentemente, son varias y de aquí se origina un camino tortuoso cuyos orificios de entrada y salida, es decir el centro de la primera estrechez y el de la última, no coinciden con el mismo eje.

Los alimentos ingeridos encontrando obstáculos a su paso se van acumulando por encima del punto estrechado y allí permanecen hasta que un golpe de tos o la contracción enérgica de las paredes esfágicas, determinan su expulsión al exterior, pudiendo, en algunas ocasiones, llegar a desaparecer, por este medio, los síntomas de obstrucción; prueba del papel importante que puede desempeñar la estancación alimenticia en la producción de la disfagia. Así sucedió en un caso que esta-

ba tratando el Dr. Orbis de la Torre. Era un niño que había ingerido vinetas empapadas en ácido sulfúrico. Sobrevino una disfagia bastante acentuada pero que permitía, sin embargo, el paso de la sonda a través de la estrechez esofágica. De repente, esta se hizo impermeable; a pesar de los esfuerzos que se hicieron para practicar el cateterismo, las tentativas fueron infructuosas. Al día siguiente, después de un acceso de tos que sufrió el enfermito, fue expulsado por la boca un fragmento bastante grande de carne, ingerida días antes y que se encontraba bastante macerada. Desde aquel momento el cateterismo se hizo posible. Indudablemente, aquí, el trozo de carne, demasiado grande para atravesar el punto estrechado, se detuvo por encima de él y formó

especie de tapón con el que la sonda tropieza, y se determina en la imposibilidad de atravesarlo.

M. Nicaire concede a este estancamiento una gran importancia y en un artículo publicado por él hace algunos años (1), después de describir varios casos análogos al del Sr. Ortiz, termina diciendo: considero como una de las causas de la infranqueabilidad del esfago la acumulación de materiales ingeridos que, formando una especie de botón, obstruyen por completo el trayecto de la estrechez.

En muy contadas ocasiones la cicatriz ocasionada por los caústicos es lo suficientemente grande para obturar por completo la luz del conducto esofágico. Esto

(1) Nicaire. Gaz. des hôp. año 1892.

no obstante, los síntomas de obstrucción completa se sientan con tanta o mas frecuencia que los de simple obstrucción o dificultad al paso de los alimentos. ¿A que es debido esto?

Es que en la producción de la disfagia no interviene solamente la retracción cicatricial; tenemos que admitir, además, otros elementos. La inflamación del conducto esofágico va acompañada, como la inflamación de cualquier otro conducto, del engrosamiento de sus paredes y de la contracción de sus fibras musculares, que determina el espasmo. Este último, especialmente, debemos tenerlo en cuenta.

Dice Jébal: « Siempre que un conducto mucoso está inflamado se produce una exageración de la

bilidad muscular, que es debida, sobre todo, a la accion de
las fibras musculares y que es susceptible de producir
la retraccion espasmodica. El conducto esofagico no es
 un tubo inerte en el cual los alimentos efectuan su des-
 censo sin esfuerzo. No tiene una funcion enteramente
 pasiva en la alimentacion; las fibras musculares de
 esta provisto indican muy bien que es un organo que se
 contrae normalmente; por sus movimientos hace pro-
 gresar los alimentos, mas cuando sus fibras musculares
 se contraen exageradamente se produce el espasmo, asi
 describe por Peter: «Es una especie de locura, es decir,
 que sus fibras circulares se contraen de un modo inco-
 rrecto y desordenado, viniendo a determinar el estrecha-
 miento del conducto por un verdadero calambre del es-

fagora.

En efecto; el espasmo puede ser debido a distintas causas; a un estado general neuropático del sujeto (excitabilidad) que se despierta con motivo de la irritación de un elemento nervioso, en relación mas o menos directa con el esófago (excitación) (1); a lesiones inflamatorias agudas o crónicas, del esófago que irritadas por una o la cualquiera - presencia de los alimentos, del peso de la punta, de un cuerpo extraño - producen la contracción de las fibras musculares del esófago. En el primer caso no hay lesiones orgánicas; es el espasmo idiopático. En el segundo caso se trata del espasmo sintomático, que es el que a nosotros nos interesa conocer, por ser el

(1) Gorce. Contribution à l'étude de l'œsophagisme. Thèse de Paris. 18

que se presenta en muertos enfermos.

En efecto: las paredes esofágicas, alteradas por las lesiones de esofagitis crónica que en ellas ocasionan, al menor contacto de un cuerpo extraño cualquiera se contraen energicamente, se tetanizan, y así, lo que simplemente era una disminución del calibre esofágico, se convierte en oclusión perfecta. (1) Por eso Manclaire (2) denomina, con perfecto criterio, esofagitis crónica estenosante, a la esofagitis crónica que, en las estrecheces cicatriciales del esófago, sobre-

(1) Albertin presentó a la Sociedad de Cirugía de Berlín (Febrero 1902) un niño que había ingerido una solución de potasa; dificultad en la deglución; a cada tentativa de cateterismo se produce un fuerte espasmo que impedia el paso de la sonda. Anestesiado el paciente, el cateterismo se hizo fácilmente.

(2) Manclaire. Archives de Chirurgie. 1900.

vienen como consecuencia de la erofagitis aguda, que es primitiva. Puede compararse, dice, en el caso presente, lo que sucede en el recto con respecto a lo que ocurre en el esófago. Hay allí contracción de las paredes rectales impidiendo por completo el curso de los materiales, y el elemento espasmódico está provocado por las lesiones de rectitis crónica que encontramos en la mucosa». Para que sea completa la semejanza de estas lesiones en órganos diferentes, ordenemos que se practica un ano artificial para permitir la salida de las heces fecales lo mismo que se practica la gastrostomía para permitir la introducción de los alimentos. Follet en el Congreso de Cirugía de Lille (1885

(1) propuso la eecotomía para favorecer la curación de las
 (1) Follet. De la eecotomie dans la dysenterie chronique.

ulceraciones del intestino, en la disenteria crónica.

Tambien se ha aconsejado esta derivación temporal en la curación de lesiones crónicas del conducto de la uretra.

No debemos olvidar nunca la importancia que el elemento espasmo tiene en la constitución de la disfagia. Es de tanta importancia como la retracción cicatricial. ¿Cómo explicar sino el hecho de que muchos individuos que acusaron en vida todos los síntomas de una oclusión perfecta, en la autopsia presentan alteraciones anatómicas tan pequeñas que por si solas eran insuficientes para impedir el perfecto funcionamiento del conducto esofágico? El Dr. Lorano, de Zaragoza (1) nos describe la autopsia de un individuo, diagnosticado de estrechez cicatricial del esófago, que habia

(1) Lorano Mourion. La Clinica Moderna. 1903.

presentado síntomas de oclusión absoluta, hasta para los alimentos líquidos, y cuya estrechez era tan pequeña que permitía el paso a su través del dedo pulgar. Es que después de la muerte se resta el elemento espasmodico, la obstrucción queda reducida simplemente a estrechez y esta no es suficiente, en la generalidad de los casos, para obstaculizar por completo la luz del esófago.

Forquie, hablando de las afecciones del esófago, dice: « prudente, en clinica, pensar siempre en el elemento espasmo ». Y cita en su apoyo la confesión que Niro Lacombe ante la Sociedad de los Hospitales (año 1885), de su primer enfermo, hombre de 50 años, que presentaba inmediatamente por debajo de la laringe una gran estrechez esofágica que la sonda descubrió y concluyó por franquear con la oliva de siete

milímetros; el cateterismo progresivo produjo una mejoría cada vez mayor, cuando un día, después de una sesión, el enfermo tuvo escalofríos y vómitos; a los tres días murió. Se hizo la autopsia: el esófago se hallaba completamente sano; ni la menor erosión de la mucosa, ni el más ligero engrosamiento parietal; se descubrió, por el contrario, un soberbio cáncer del estómago. Otra decepción diagnóstica; el segundo enfermo no podía deglutir ni aún los líquidos; en la región supraclavicular rodaba debajo del dedo un ganglio infectado; lo tando encontraba en la porción cervical el primer obstáculo y lo «salvaba» sin trabajo; a la altura del cardias, segundo obstáculo imposible de franquear; el primero parecía «despreciable», el segundo se consideró como estrechez neoplásica. A los ocho días,

muerde por inanición; autopria: la primera estrechez era una buena vívula neoplástica de tres centímetros de longitud; la segunda, infranqueable, la interesante, no podía ser más que un espasmo, porque nada se encontró en este punto. Así como estos casos podríamos citar otros muchos y todos ellos nos demostrarían la importancia que debemos dar al espasmo. El caso de Albertin, que hemos citado más arriba, es plena demostración de ello. Bastó que se anestesia- se al sujeto, privarle de su sensibilidad, para que el espasmo, que tan tenazmente se presentaba al sentir las paredes esofágicas el contacto de la tunda, no volviese a aparecer.

Zebal, en su Tesis del Doctorado, 1901, ya citada anteriormente, nos describe las autoprias de más de treinta individuos afechos, unos de estrechez cicatricial, otros de esofagitis

simple, esofagitis crónica, esofagitis alcohólica, cáncer del esófago, etc y todos ellos, sin exceptuar uno solo, presentaron durante su vida una disfagia extremada, y oclusión perfecta muchos de ellos.

Inerm (1) practicó una gastrostomía, no por retracción cicatricial, sino, por un espasmo persistente entretenido por una esofagitis crónica. El éxito fue completo.

En muchos casos, inmediatamente después de la ingestión del líquido caústico, a las 24 horas, cuando todavía no ha podido organizarse el tejido cicatricial, acusa el enfermo una disfagia completa. Claro está que la inflamación de la mucosa esofágica juega aquí gran papel disminuyendo el calibre del órgano, pero ella sola es insuficiente para

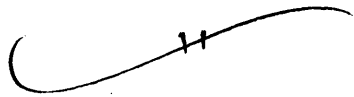
(1) Inerm. Arch. de chir. 1900

impedir el paso de los materiales alimenticios; no podemos menos de admitir la intervención del espasmo en la constitución de esta disfagia, llamémosle así, prematura.

Es, pues, indudable la importancia del elemento espasmódico en la disfagia.

Capítulo 3.º

« Cateterismo del esófago »



No conceden gran importancia al elemento espasmodico como productor de la disfagia, los que aconsejan y ponen en practica el cateterismo como medio de restablecer la permeabilidad del esofago. No fijan su atencion en las multiples lesiones que tienen su asiento en las paredes aofa y que por su mala condicion de resistencia facilitan una perforacion o cualquier otro accidente.

Ademas, aun descartando el espasmo, encontramos numerosos obstaculos que impiden frecuentemente que el cateterismo se verifique. Es dificil, como ya hemos dicho anteriormente, que el orificio de entrada de la estrechez coincida con el eje del esofago; de aqui resulta que, el punto de la tou

da o' la pliva del cateter se apoyan directamente sobre la banda fibrosa cicatricial y se detienen a pesar de todos los esfuerzos. O'lier concede a esto mucha importancia. « La dificultad para franquear el obstáculo, dice, depende muchas veces de verdaderos movimientos peristálticos reflejos del esófago; pero en particular del sitio del orificio superior, que no ocupa siempre el centro de una especie de fondo de saco sino que se halla muy cerca de la pared del esófago, y, en este caso, la sonda lo encuentra con trabajo ».

Está demostrado que las paredes relajadas ceden al impulso de los alimentos detenidos por encima de la estómago y se forman divertículos en los que es muy fácil que penetre la sonda, en lugar de seguir la dirección del conducto. A veces son tan grandes estos divertículos que una gran porción

de la sonda se aloja en él y hace creer que ha penetrado en el estómago. Nosotros hemos visto practicar el cateterismo en estas condiciones; para que la ilusión fuese completa la leche que a continuación se introdujo por la sonda pasó fácilmente, pero a los cinco minutos fue expulsada al exterior sin modificación alguna aparente, prueba de que no había penetrado en el estómago y si en un divertículo esofágico. Esto sucede a los más prácticos, y muchos autores manifiestan la atención acerca de esta aparente permeabilidad del esófago.

La acumulación de los alimentos que forman una especie de tapón que obstruye el orificio de la estrechez, la existencia de varias de estas, todas son obstáculos que se oponen al paso de la sonda.

¿ En que razones, pues, se fundan los autores que proponen el cateterismo como medio de elección para el tratamiento de esta clase de lesiones? No será a las facilidades que ofrece su manual operatorio, pues hemos visto que en muy contadas ocasiones existen estas. Tampoco será en los triunfos que con él se obtienen, y mucho menos a lo inofensivo que es. ¿ Podemos prever cual será el resultado de la lucha entre la sonda que se obstina en franquear el obstáculo y el esfago que se contrae energicamente y opone tenaz resistencia al paso de la sonda? El peso de esta apoyándose sobre las paredes esofágicas profundamente alteradas por las lesiones de una esofagitis, quizás sobre una de las ulceraciones que tan frecuentemente existen inmediatamente por encima del punto estenotizado,

o en un divertículo cuyas paredes están igualmente lesionadas determinarían fácilmente una perforación, con todo el conjunto de síntomas graves que le acompañan, y una terminación fatal será el resultado de una maniobra tan intempestiva.

La bibliografía médica está llena de esta clase de accidentes, y si a ellos añadimos los muchísimos que, indudablemente, no se han publicado juzgaremos con acierto de los triunfos bastante caros que este proceder curativo proporciona, de que su inocuidad no es tan grande como a primera vista parece.

Krisbabner y Guyot (1) han observado fiebre después cateterismos practicados con la mayor suavidad. Dela-

(1) Guyot. Catheterisme de l'œsophage ayant déterminé la mort. Paris 1795.

geniere (1) en un artículo titulado « De la voie endo-stomacale pour practiquer le catheterisme de l'oesophage dans les cas de retrecissements infranquistables » Hace notar que los casos de muerte despus de una sesión de dilatación no son raros. Termina diciendo: a ellas se deben muchos accidentes, y nosotros tenemos uno.

Ludwig Zelek afirma que cuando se emplea exclusivamente el tratamiento con las candelillas, sobrevienen, mientras dura el tratamiento y en la época subsiguiente al mismo, un 55 por 100 de casos de muerte. Indudablemente en esta proporción estarían incluidos los casos de muerte por inanición pero, aun descontando estos, el número es terrible. El mismo Ludwig, ante la Sociedad Imperi-

(1) Delageniere. Archives provinciales de Chirurgie. Enero 1904.

y Beal de Médicos, de Viena, se expresa de esta manera: « los peligros principales son la mediastinitis y el fleumon y el absceso periesofágicos. La mediastinitis es provocada muchas veces por la tunda aunque no siempre llegue esta a perforar el esófago. De todos modos se debe tundar menos de lo que se acostumbra. Este método solo sirve para los casos mas leves » (1)

El Dr. Danianov (?) procedió a la dilatación de una estrechez debida a la ingestión de tesa caustica, por medio de bujias elasticas llenas de mercurio; con el peso de este paraban las bujias, al cabo de media hora, por el punto estrechado. Al mismo tiempo se desarrolló un gran absceso periesofágico

(1) Archivos provinciales de cirugía. Año 1902.

(2) Revista de Medicina y cirugía practicas, año 1900.

fágico que se abría en el esófago, de cuando en cuando. Se presentó un edema del brazo que se extendió a la mitad correspondiente de la cara y cuello, y por último a la del otro lado y brazo izquierdo. A los 3 días de esto sobrevino una hemoptisis moderada y a los ocho días la muerte. La autopsia demostró que se trataba de una trombosis en el dominio de la vena superior, debida a una propagación de la inflamación periesofágica.

El Dr. Botey (1) describe el caso de un niño a quien se le practicaba la dilatación progresiva; sobrevino un derrame acompañado de fenómenos generales graves. A los dos días, muerte por peritonitis diafragmática.

^{co} En un artículo, publicado en la Clínica Moderna, del

(1) Archivos Latinos de Pediatría. Año 1901.

Sr. Losano, Catedrático de Clínica Quirúrgica de Zaragoza,
 se citan varios casos de accidentes provocados por el catete-
 rismo esofágico. En un niño se produjo un intenso enfise-
 ma subcutáneo. El cateterismo se hizo con las debidas
 precauciones y por medio de una sonda uretral; sin embargo
 de esto y de ser muy habil el médico que ejecutaba el cate-
 terismo se perforó el esófago y entró el aire debajo de la
 piel produciendo un enfisema subcutáneo grave.

Uno de los enfermos de Senator murió a consecuencia
 de la perforación practicada por medio de una sonda de
 Caminaria que servía para hacer la dilatación esofágica.

Entre 24 autopsias por estrechez consecutivas a cans-
 tiración, que se practicaron desde 1873 a 1886 en el Insti-
 tuto anatómico-patológico de Viena, la causa de muerte era

La perforación por medio de la sonda en diez casos y en seis una mediastinitis consecutiva a una perforación por el esófago. En los demás casos de la estadística sobrevino la muerte por marasmo, tuberculosis o inanición.

Como en una muy bien escrita Memoria sobre accidentes del cateterismo esofágico, cita muchísimos casos, demostrando claramente con cuanta facilidad pueden producirse accidentes sin que ni la habilidad en el manejo del catéter, ni las mayores precauciones que para ello se tomen, logren evitarlos.

Haciendo uso de una prudencia muy razonable, se ha proscrito el uso de los lavados gástricos en los casos de úlcera del estómago, ante la posibilidad de que la sonda pueda ponerse en contacto de la úlcera y provocar una hemo-

eragia o una perforación. Si aquí, que la úlcera puede situarse en una parte del estómago donde no sea fácil el contacto con la sonda, en la curvatura menor, por ejemplo, se hace uso de esta precaución ¿por qué, cuando se refiere al esfago, donde la sonda o el catéter se ponen en contacto con todas las paredes del mismo, donde no son una sino varias las ulceraciones que existen, y que casi necesariamente han de ser hechas, no obramos de la misma manera? ¿A caso las lesiones no son tan importantes en uno como en otro caso? ¿Son despreciables, por fortuna, las relaciones del esfago?

Tal vez se dirá, hay una diferencia entre la úlcera redonda del estómago y las ulceraciones que acompañan a la esofagitis. Hemos visto, al estudiar la anatomía patológica de esta, que las ulceraciones esofágicas pue-

de ser tan profundas que su fondo esté constituido por un órgano vecino, como la aorta; Lamé ha visto en una autopsia que en el fondo de las ulceraciones aparecían boquillas vasculares; hoy está admitido con Bouver (1) que estas ulceraciones pueden convertirse en verdaderas úlceras del esófago.

En cuanto a las relaciones, por la importancia que puedan tener en un caso de perforación, si grandes son los trastornos que se ocasionan en un caso por consecuencia de la infección del peritoneo, tan grandes o mayores son en el otro, pues los grandes vasos, los bronquios gruesos, etc son vecindades muy peligrosas, y muy peligroso es también el mediastino, donde se alojan. Esto sin contar que

(1) Bouver. Mémoires de Paris.

una perforación de la extremidad inferior del esófago puede desembocar en la cavidad peritoneal.

Todos estos peligros, que son ciertos cuando se trata de una retracción cicatricial, aumentan por las cosas que pueden haber en el diagnóstico. Esto no es tan sencillo ni tan claro, a veces, como a primera vista parece. Concomitante con la retracción cicatricial puede existir una neoplasia del esófago. Nosotros hemos presenciado un caso de este género. Durante el curso de 1902-1903 ingresó en la Clínica Quirúrgica del Hospital Clínico de Zaragoza, un sujeto que habiendo ingerido alimentos muy calientes, sintió desde aquel momento disfagia y vómitos que lo redujeron a la más completa desnutrición. Operado, el Dr. Loraño, de gastrostomía, se le colocó un embu-

dito de caoutchouc aperturado por la estrechez, y sujeto a dos bramantes, uno por su extremo superior, y otro por su extremo inferior, con objeto de retirarlo cuando se creyese conveniente. Este embudo tenía por objeto proteger la cicatriz del contacto de los alimentos y hacer así posible la ingestión de estos por las vías naturales.

El primero y segundo día se alimenta el enfermo por la fistula gástrica; el tercero, lo hace por la boca, y los alimentos pasan perfectamente. Todo iba bien pero, al sexto día se presentan fenómenos de disnea, opresión de pecho, la temperatura se eleva y sobreviene la muerte.

En la autopsia se encontró una perforación del esófago a nivel de la estrechez, que comunicaba con la pleura. El examen histológico demostró que nos encontraba

mas ante un cancer del esofago.

¿Quien hubiera pensado que "esto supremo, con el cuadro clasico de una estrechez cicatricial debida a la ingestion de alimentos calientes, que hasta entonces no habia presentado signo alguno de ser canceroso, era una neoplasia el agente productor de la disfagia?"

Ludwig Beleký (1) nos cita el caso, parecido al anterior, de un individuo con estrechez cicatricial, y en la autopsia se encontro un cancer que ocupaba la parte inferior del esofago. Este sujeto tenia 22 años.

Hasta ahora van publicados tres casos de cancer del esofago en individuos menores de 22 años. Su origen hay que atribuirlo, sin duda, a una cicatriz.

(1) Ludwig. Arch. prov. de chir. año 1902.

Así como estos hay otros muchos casos (compresiones, etc) que pueden originar una confusión de diagnósticos.

Todos estos inconvenientes y peligros presenta la dilatación progresiva. No hablemos de la dilatación forzada pues todos los autores la condenan por brutal y peligrosa.

Pero la dilatación progresiva no solo es difícil de efectuarla y peligrosa, sino, también, muchas veces inútil.

Si junto a los accidentes, señalados anteriormente, colocamos los resultados obtenidos por este procedimiento, nos convenceremos más de sus múltiples desventajas.

Frecuentemente hay que abandonarlo por ser imposible franquear el obstáculo, pero aún en aquellos casos en que la permeabilidad se restablece, en muchos de ellos, la

disfagia vuelve a aparecer al cabo de cierto tiempo. Si
ver restablecida la permeabilidad se abandona la dilata-
ción, vuelve a aparecer la disfagia. Hay que practicarla du-
rante mucho tiempo.

Botey (1) la estuvo practicando durante mucho tiem-
po, por espacio de tres años, en un niño pues en cuanto
la abandonaba volvían a presentarse los síntomas de oclu-
sión. Al fin se produjo una perforación y como consecuencia
la muerte. Fœlich (2) la ha practicado en un niño no ob-
teniendo resultado alguno, y teniendo que recurrir en úl-
timo extremo a la gastrotomía. Un enfermo de Ludwig
no paraba más que una sonda del n.º 15 después de 6

(1) Botey. Revista de medicina y cirugía prácticas. Año 1901.

(2) Fœlich. Ac. de Viena. año 1901.

res de practicarlo el cateterismo. Gillauy (1) nos habla de un enfermo a quien por medio de la dilatación hizo permeable el esófago, pero volvió a cerrarse y tuvo que practicar la gastrostomía.

Nosotros hemos visto una niña de 10 años a quien medio del cateterismo se había logrado en pocas sesiones, y con relativa facilidad, hacerle permeable el esófago. La enfermita empezó a ingerir toda clase de alimentos y los deglutía sin dolor ni dificultad alguna. Todo hacía esperar un éxito completo pero, hi aquí que, vuelve al poco po a ingresar en la Clínica con trastornos de oclusión completa. Intentado nuevamente el cateterismo no puede hacerse. Fue operada de gastrostomía y la curación se hizo

(1) Gillauy. Trait. de chir. clin. Toms 1^o.

perfectamente.

¿ Como explicaremos esta reaparición de la disfgia?

El tejido conjuntivo cicatricial, una vez bien constituido, no se distiende, su elasticidad es muy pequeña, por no decir insignificante, es mas friable que distensible; por pequeña que sea la diferencia entre el calibre de la sonda y el diametro del orificio limitado por las bandas fibrosas, si estas son muy gruesas resisten en absoluto al paso de la sonda, pero si esta ejerce una presión energética desgarrara entonces, no dilata, el orificio estenorado haciendo estrechalo a expensas de sus bordes, antes lios. Sobre estas partes desgarradas se inicia un nuevo proceso cicatricial, análogo al primero, y como él irá seguido

de retracciones, que sino tan importantes como la primera, logran, entre todas ellas tenidas, volver a disminuir el calibre del orificio, y en un grado mas avanzado.

Por eso, cuando la sonda desgarró las bandas cicatriciales, la permeabilidad del esófago se restablece, la curación parece obtenida, y dura esta el tiempo que dura el cateterismo. Efectuando esto en sesiones pocas dias unas de otras, resulta que las adherencias nuevamente formadas son rotas facilmente y tenemos así, constantemente en pugna, de un lado el proceso reconstitutivo, unitivo de los bordes de las heridas, y de otro, la dilatación medio de la sonda que vuelve al primero facilmente.

Claro está que esto lo consigamos manteniendo en continua irritación al tejido cicatricial, lo cual no es inofen-

sivo por completo.

Se continuaban durante cierto tiempo estas maniobras, este continuo hacer y deshacer, que juzgáramos así llamarlo; los alimentos atravesaban el esófago fácilmente, creemos que la curación es completa y abandonamos el cateterismo. Entonces, el organismo que es siempre más tenaz que nosotros, continúa, libremente ya, su proceso cicatricial y... vuelve a aparecer la disfagia; el enfermo, al que habíamos hecho creer estar curado, experimenta dificultades en la deglución de los alimentos, estas son cada vez mayores y se llega, finalmente, a la oclusión completa allí donde antes de comenzar el tratamiento solo había dificultad en la deglución.

En resumen; ¿Qué hemos obtenido? ¿Esito?

Ninguno; pero en cambio, hemos debilitado a aquel organismo, hemos perdido un tiempo precioso, hemos molestado inutilmente al enfermo haciéndole perder la fe en nuestros medios curativos, si no es que algún accidente provocado no le arrebatara antes la vida, como hemos visto que sucede con frecuencia.

El cateterismo, pues, en las estrecheces cicatriciales del esófago, es: difícil de realizarlo en muchas ocasiones, perigroso siempre e inútil, frecuentemente.

Ante estos hechos ¿Cual ha de ser nuestra norma de conducta?

Debemos que llenar dos indicaciones: 1.^a, alimentar al enfermo, 2.^a, poner al esófago en condiciones de que sea fácil la reintegración de sus lesiones.

La primera puede realizarse alguna vez por medio del cateterismo; la segunda nunca. Un procedimiento, que de dos indicaciones que existen no cumple en ningún caso una de ellas y la obra a veces tan sob, creemos que debe ser abandonado.

Ahora bien, ¿debemos proscribir en absoluto el cateterismo? Si lo consideramos como medio de exploración, no; debemos efectuarlo en todos los casos, aunque con todas las delicadezas que la existencia de tan importantes lesiones requiere, y efectuarlo el menor número de veces posible.

Empleado como medio de curación, pueden darse dos casos: o que la estrechez sea reciente, o que sea antigua. En el primer caso y si la disfagia no es muy pronun-

ciada podemos realizarlo con mucha suavidad, sin violencia ni esfuerzos de ningún género, renunciando a él al menor obstáculo y considerando que la sonda o catéter, más que otra cosa, lo que hacen es una especie de massage de los tejidos neoformados que impedirá la retracción sea muy pronunciada.

Si la estrechez es antigua, que es el caso más frecuente, pues los enfermos no acuden al médico o al jano hasta que los trastornos son muy manifiestos, si el tejido cicatricial se halla bien constituido, si hay retención de alimentos, entonces, el cateterismo debe abandonarse en absoluto.

¿Estado este medio de curación ¿cual pondremos en práctica?

Varios pone a nuestra disposición la ciencia moderna. No nos vamos a ocupar aquí de todos ellos; los indicaremos solamente y nos detendremos a estudiar uno de ellos, la gastrostomía, que es el que, a nuestro juicio, cumple mejor todas las indicaciones, y es hoy, por las garantías que ofrece, por su inocuidad y por el perfeccionamiento de su técnica el que más se pone en práctica.

De los demás procedimientos haremos solo exponer el juicio que de ellos forman Forque y Oberlus (1) pues no podríamos exponer nosotros lo que ellos, con tan pocas palabras, lo hacen de una manera perfecta. Dicen así: «No queda duda alguna en la elección de procedimientos: la gastrostomía es el único seguro y eficaz. El cateterismo

(1) Forque et Oberlus. Fruit. de l'exp. chir. año 1899.

forzado expone a roturas peligrosas. La esofagotomía interna no vale más: en 15 esofagotomías internas se han obtenido 12 curaciones operatorias y 6 muertes, o sea una mortalidad de 33,33 por 100, y una prolongación media de la vida de 24,6 días. La esofagotomía, sea cualquiera su modelo, obra a ciegas en la región más peligrosa, y esto basta para condenarlo. La boca abierta en el esófago por encima del punto estrechado, no tiene, a priori, las probabilidades de éxito; sería preciso, para que fuera perfecta, que recayera por debajo de la coartación o al menos que abriera el esófago en este punto; muchas veces queda detrás del punto estrechado. La estadística concuerda con las previsiones teóricas: cinco esofagotomías (operaciones de Bercel, Horry, Nicoladoni, Strutt-

gaard y Fencker) produjeron cinco muertes, cuatro de ellas a consecuencia de la operación, o sea el 80 por 100, y una prolongación de la vida de 40 días. Es muy poco y muy triste.

Respecto de la cauterización y la electrolysis, bastenos decir que se hallan completamente abandonadas. En efecto, parece que poco paradójico pretenda corregir una cicatriz con otra.

Antes de abandonar este punto indiquemos un nuevo tratamiento propuesto por Hans V. Hebra y puesto en práctica por Ludwig. Si los resultados obtenidos hasta hoy no son los mas satisfactorios, es de esperar que con el perfeccionamiento del procedimiento lleguen a obtenerse buenos éxitos.

Ludwig presenta a la Sociedad Imperial

de Viena (1) una estadística de cuatro individuos afectados de estrechez cicatricial del esófago tratados por la tiostina mina. El primero era un niño en el que después de seis meses de practicar el cateterismo no se había logrado pasar más que una sonda del nº 15. Se suspendió el tratamiento médico y se practicaron en cuatro semanas 10 inyecciones subcutáneas de 2 a 5 divisiones de una jeringuilla de Pravaz con una disolución alcohólica de tiostinamina al 15 por 100. Al terminar este tratamiento se pudo llegar en una sesión de media hora desde el nº 15 de la escala hasta el 19, y en otra sesión hasta el 22.

El 2º caso era un niño de 3 años y medio

(1) Archiv. prov. de Chiv. año 1902.

había seis meses que había ingerido una solución cáustica. Apenas pasaba por su esófago el n.º 16 de la escala y al terminar el tratamiento pasó el n.º 21; objetivamente no se podía demostrar el menor vestigio de la estrechez y subjetivamente solo quedaba una escasa sensibilidad en el punto superior.

El 3.º caso, un niño cuya estrechez solo tenía tres semanas de fecha. Se agravó el estado de tal modo con la histaminina que fue necesario recurrir a la gastrotomía.

El 4.º caso fue también seguido de fatal resultado.

Del examen crítico de lo expuesto deduce Ludwig que, este agente obra de distinto modo según el estado

y los caracteres de la cicatriz; si esta es antigua y bien conformada se hace distensible; si es mas reciente se hincha, y si es muy reciente se abre. La ventaja de la tirosina naminina, dice, en las estrecheces cicatriciales del esófago, consiste en que al reblandecer la cicatriz permite que el bolo alimenticio haga oficio de candelillo y hace innecesario el uso de estas. Esta es contraindicada si en el cuerpo existen, al mismo tiempo, otras cicatrices cuya abertura sería perjudicial.

De los cuatro casos de que se compone esta estadística, dos curaron, uno murió, y al 4.º hubo que practicarle la gastrostomía. Hasta aquí, pues, los éxitos no son muy halagüeños. Sin embargo, no debemos desconfiar de obtenerlos.

Capítulo 4^o.

«Gastrostomía; su oportunidad»

Una cuestión de mucha importancia se presenta al tratar del momento en que la gastrostomía está más indicada; si al principio de la afección, cuando la disfagia es ligera y el enfermo se halla en la plenitud de sus fuerzas, o por el contrario, si debemos esperar a que los trastornos de la deglución sean mayores, o que la disfagia se haya acentuado mucho y la alimentación del enfermo sea imposible. De aquí nace la división de la gastrostomía en precoz y tardía, o, preventiva o de necesidad.

Al principio los cirujanos no se decidían a operar más que en último extremo; hoy vemos dicho

al principio de este trabajo a qué condiciones prácti-
 co Sedillot su primera gastrostomía. Han afortunados
 se encontraban a esta idea los cirujanos que vemos como
 así hoy exclaman algunos como Gangolphe (1): « ¿Que-
 mos actualmente en nuestra clínica, desde hace tres me-
 ses, un sujeto que sufre un neoplasma del esófago. Es-
 te hombre toma diariamente dos litros de leche, media
 docena de huevos crudos, caldo y vino. ¿Para qué im-
 ponerle una boca estomacal? ¿de que le serviría esa
 fistula? Estamos, en cambio, absolutamente decididos a
 gastrostomizarle en el momento en que la alimentación
 se haga imposible ».

Es decir, que se espera a que el enfermo, conun-

(1) Gangolphe. Tratado de anatomía clínica y operatoria de Le Dentu. Tomo VI. Pag 552

midido por la inanición y falta de fuerzas para resistir el choque que representa la operación, ofrece las menores garantías posibles de éxito, para operarle. Si tenemos la certeza de que tarde o temprano hay que intervenir ¿a que dilatar esta intervención sino tiene otra ventaja esta dilación que convertirla en una operación grave.

Esta es, indudablemente, la causa de que las estadísticas primeras de gastrostomía apreciaran una mortalidad tan espantosa. ¿Como, sino, explicamos la gran diferencia existente entre los resultados de entonces y los de ahora? La estadística de Texas (año de 1885) nos da una mortalidad de 80 por 100; en la de Mikulic (año de 1896) queda reducida esta mortalidad a un 17 por 100. Aún desde esta última fecha se ha conseguido dar

minuir tanto el peligro de esta operación que hoy podemos decir que efectuada en buenas condiciones es completamente inofensiva.

En los progresos de la anti-sepsia ni de la técnica operatoria son suficientes para explicar por sí solos estas diferencias tan enormes entre los resultados de hoy y los de hace una docena de años. Hay en este problema un factor muy importante, que no debemos olvidar, y es la oportunidad operatoria.

Antes, con este temor disculpable en las primeras tentativas pero que después no tiene razón de ser, se perdía esta oportunidad y se hacía uso del bisturí cuando ya se habían agotado todos los demás recursos; llegaba, frecuentemente, el enfermo a la sala de opera-

ciones en un estado de prostración tal que se necesitaba o verdadero atrevimiento quirúrgico o una desesperada opinión del porvenir que al enfermo se estaba reservado.

Dice muy bien Barozzi (1): « cuando la gastrostomía se practica tardíamente, cuando la disfagia es absoluta, esta operación ofrece muchas más analogías con un ejercicio de medicina operatoria que con un acto quirúrgico verdaderamente digno de este nombre ».

¿ Sus garantías de éxito nos pueden ofrecer un moribundo? ¿ Acaso depende únicamente el éxito de la habilidad manual del cirujano, sin que en él interve-

(1) Barozzi. Considérations sur le gastrostomie en general et sur le ~~pro~~ceder de Marriedel en particulier. Paris. 1798.

ga grandemente la resistencia del sujeto, el estado mas o' menos integro de sus fuerzas?

Y si esta conducta se fundare en algun argumento sólido, en alguna ventaja que con ella se obtuviera, sería disculpable, pero no hay ningun hecho que venga en su apoyo.

Por el contrario, no se consigue con ella mas que empeorar la situacion y hacer mas grave el pronóstico.

Lo unico que justificaria esa dilacion en la intervencion sería si la disfagia desapareciera alguna vez espontaneamente. Pero esto no sucede nunca; ya hemos visto que los alimentos, estancándose sobre el punto estenorado, provocan una serie de lesiones de las paredes esofágicas que evitan que la disfagia disminuya

y desaparezca, por el contrario la mantiene y aumenta. Es preciso para que esta disfagia desaparezca establecer la derivación de los alimentos y cuanto mas antes se haga esto mejores serán los resultados.

Afortunadamente van perdiendo terreno los partidarios de la intervención tardía. Piensan hoy los cirujanos que la gastrostomía precoz, la gastrostomía preventiva, ofrece muchísimas mas garantías y ventajas.

En Alemania la practican nombres de tanta autoridad como Miculicz y Boas; en Francia son partidarios de ella Ferrer, Nicais, Gergue, Championniere, Poncelet, etc. Las estadísticas nos demuestran la benignidad de esta operación cuando se interviene a tiempo.

Billauy (1) se muestra fervientemente partidario de la intervención precoz, cuando dice: « Cada vez que la estrechez del esófago, de cualquier lateralidad que sea, conduce fatalmente a la muerte, es preciso establecer su tratamiento lo más pronto posible ». Y más abajo, añade:

« La gastrostomía aplicada a las estrecheces cicatriciales o fibrosas es una operación racional y perfectamente indicada ».

Operando a tiempo tenemos la seguridad de que el enfermo resistirá fácilmente la operación.

Sabemos que el estómago sujeta a un prolongado ayuno sufre alteraciones profundas en su integridad anatómica y funcional, pudiendo llegar hasta la atrofia

(1) Billauy. Cirugía clínica. Tomo 1º. pag. 363

de su sistema glandular. Bien sea por esto solo o unido a la falta de reacción de todo organismo depauperizado, lo cierto es que el estómago, al volverse a poner en to con los alimentos, realiza mal sus funciones llegando a veces hasta el extremo de que el enfermo, a pesar de su boca gástrica, muere por inanición. Pues bien, este peligro que nos amenaza en la intervención tardía no existe en la gastrostomía precoz. Ferris (1) divide a los estómagos en continentes e incontinentes, siendo incontinentes los de los sujetos caquecticos, los cuales, a pesar de todos los perfeccionamientos de la técnica de la gastrostomía y cualquiera que sea el procedimiento que en ella se emplee, devuelven los alimentos introducidos en

(1). Bull. et Mem. de la Soc. de Chir. de Paris. 2 de Mayo de 1900.

su interior. Ya veremos mas tarde, al hacer el estudio de esos procedimientos, como Ferricx no les concede importancia siendo asi que su estómago es continente con una simple fistula directa, y otro incontinente a pesar de la valvulación, tortuosidad del trayecto fistuloso o cualquier otro ardid que se emplee. Toda la importancia se concede a este requisito, continencia gástrica, que depende del estado general del sujeto y del grado de inanición a que se halla reducido. Operando precocemente tenemos, pues, una probabilidad mas en favor del buen resultado operatorio.

Existe, además, otra ventaja la gastrostomía precoz, y es la benéfica influencia que ~~tiene~~^{tiene} sobre la evolución de las lesiones. Es indudable que la reintegración

ción de estas se verificara' mas pronto y mejor si el individuo se halla en buen estado de fuerzas, si el organismo se encuentra en buen estado de defensa que no se halla debilitado. Asi lo demuestra el hecho de que los operados, a los dos o tres dias, pueden deglutir con mas facilidad que antes, llegando a restablecerse, con el tiempo, la permeabilidad por completo.

Es, pues, evidente que, interviniendo precocemente dispone el cirujano de una porción de ventajas, cuales son: la mayor inofensividad del acto quirurgico, mayores facilidades para que el éxito de este sea completo y una disposición favorable del organismo para la completa curación de sus lesiones.

Pero no basta mostrarse partidarios de la inter-

intervención precoz; es necesario, además, precisar los límites dentro de los cuales puede considerarse oportuna, no sea que por huir de un extremo vayamos a caer en el opuesto.

Somos partidarios de la intervención precoz (Barrosi) pero a condición de que el diagnóstico esté suficientemente bien hecho para justificar esta conducta.

La gastrostomía, antes de ser practicada, necesita basarse en un buen diagnóstico, tener indicaciones precisas. Simplemente porque un individuo sufra una disfagia no lo vamos a gastrostomizar.

Debemos, pues, establecer un diagnóstico riguroso. Es tan necesario cuanto que sabemos que la disfagia de ser producida por diferentes causas.

El diagnóstico se fundaría, principalmente, en los antecedentes del enfermo y en los caracteres de la disfa-
 gia; a ello uniremos la exploración del esófago y la
 determinación de la existencia o no de un obstáculo que
 obstruya la luz del conducto.

Los antecedentes del enfermo son aquí importan-
 tísimos; ellos solos nos ponen en camino de la verdad.
 Dejándonos guiar por ellos podemos, es verdad, caer al-
 guna vez en un error, pero este es de tal naturaleza que
 aun conocido a tiempo no nos detendríamos en la ejecu-
 ción del plan formado. Nos referimos al caso de que una
 estenosis cancerosa pueda ser tomada como cicatricial.
 Se han visto casos, y nosotros hemos citado algunos,
 de individuos que después de haber ingerido un liqui-

do caustico y presentado todos los sintomas y trastornos siguen a una causticacion esofagica, con exclusion completa de aquellos que podrian indicar la existencia de una lesion neoplásica, se ha comprobado en la autopsia que el agente productor de todos los trastornos era no una cicatriz cicatricial, como todo lo hacia suponer, sino una formacion neoplásica cancerosa. En estos enfermos ¿ la gastrotomia es perjudicial? No, seguramente; tanto en uno como en otro caso, tanto si se trata de estrechez cicatricial como cancerosa, esta indicada y se practica dicha operacion. Vemos que idéntica es la conducta que seguimos al caer en el error de diagnostico que la que hubiere sido en el caso de que este no hubiere existido.

En cuanto a la disfagia tiene sus caracteres espe

ciales que hacen difícil su confusión con la debida a otras causas. Se establece por grados, casi nunca de repente, como cuando es idiopática, y poco a poco va haciéndose mas acentuada hasta llegar a la obstrucción completa, hasta para los líquidos.

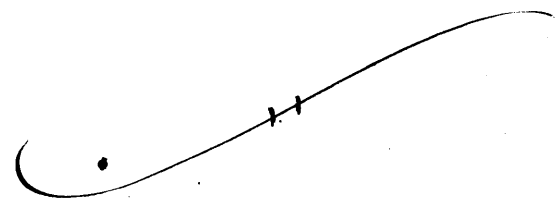
Con estos datos y los que nos proporciona la exploración y los generales del sujeto podemos establecer un diagnóstico seguro.

Una vez ya que nos consta que la disfagia es debida a una retracción cicatricial debemos intervenir rápidamente. Sabemos que tarde o temprano habrá de ser gastrostomizado el sujeto: pues hagámoslo cuanto antes así, como el estado general es bueno, podemos tener la seguridad de que el éxito seguirá al acto operatorio; ha-

Buenos rescatado una existencia y obtenido un triunfo
para la cirugía.

Capítulo 5^o

«Gastrotomía: ventajas que proporciona»



La primera y mas inmediata consecuencia de la gastrostomia es el permitir la alimentacion de los enfermos. Estos, que generalmente llegan a manos del cirujano despues de haber estado sujetos a un prolongado ayuno, se encuentran faltos de fuerzas y en un estado de demutacion y miseria fisiologica tan acentuados que la impresion producen al verlos es que no podrian resistir el acto ratorio. Si el enfermo lo resiste, admira el ver como se nace, con que facilidad y rapidez adquiere fuerzas, sece como que revive aquel organismo al encontrarse nuevamente en contacto de los elementos mas necesarios para su vida, los materiales alimenticios. El estomago,

condenado a forzoso paro, vuelve a efectuar sus funciones con gran intensidad como si pretendiera recuperar el tiempo perdido. En una palabra, el enfermo se nutre y se salva así de la muerte que le amenazaba.

Quenu (1) operó a un niño cuya disfagia era tan extremada que no pasaban ni los alimentos líquidos. Le hizo la gastrostomía el 12 de Julio. El 13 y el 14 se hacen lavados nutritivos y se introducen por la fistula 200 gramos de leche. El 15 ingiere otros 500 gramos de leche. A los 10 días se levanta y pasa por la sala. El 26, es decir, 14 días después de la operación ha engordado 1 kilo y 700 gramos.

El 12 de Julio pesaba 16 kilogramos.

(1) Quenu. Société de Chirurgie. Séance du 13 Décembre. Ann 1899.

El 12 de Agosto pesa 16 K y 200 gramos.

El 8 de Setiembre pesa 18 Kilos

El 29 de Noviembre pesa 18 Kilos y 200 gramos; ha en-
dado 4 Kilos en 5 meses; su salud es excelente.

Michaux, Peignier, Schwartz y Guinard presentan
casos análogos. Forgue (1) cita otros casos no menos expre-
sivos; tales son los de Bryant cuya enfermedad sugirió 19 li-
bras en 3 meses, Albert cuyo enfermo a los 6 meses de
gastrostomizado había aumentado 10 Kilos de peso, el de
Pereuville que ingresó en el hospital cantonal de Lau-
sana, flaco, cianótico, vomitando, con los ojos nublados
la voz velada, y se encuentra 8 meses después en buen
estado de salud y es conserje del Dr. Herken, profesor de

(1) Forgue et Reclus. *Trat. de terap. quimica*, año 1899.

fisiología, al que le sirve de objeto de experimentación.

Todos estos casos, y así como ellos otros muchísimos más que citan casi todos los autores, ponen en relieve este primer resultado de la gastrostomía: la nutrición rápida del enfermo.

He aquí, ya, salvada la situación; el peligro de la muerte por inanición que amenazaba al sujeto ha desaparecido. Tenemos a nuestra disposición todo el tiempo que juzgemos necesario para establecer, sin premura, la conducta que juzgemos más conveniente, bien sea practicar el cateterismo retrogrado, bien el directo o bien adoptar una actitud pasiva, en expectación de los resultados que sobrevengan simplemente de la intervención quirúrgica. Por eso dice muy bien Dela-

mère (1) cuando escribe: « Considéramos la gastrostomía como prelude dirigido contra cualquier estrechez del esófago ».

Pero no es esta la única ventaja que nos proporciona la gastrostomía; hay otra no menos importante, que consiste en este procedimiento en el procedimiento por excelencia para la curación de las estrecheces esofágicas: es el retorno de la permeabilidad del esófago y la reintegración de las lesiones esofágicas.

Se observa frecuentemente que después de practicada la gastrostomía el enfermo experimenta no solo el bienestar inherente a su alimentación, que se ha hecho posible, sino que tambien, al mismo tiempo,

(1) Henri Delagenière. Arch. prov. de chir. año 1904.

si disfagia disminuye espontáneamente, no es tan acun-
tuada como antes, la deglución se hace cada vez mas
facil hasta llegar a ser completamente normal, y ac-
tualmente igual a como era antes de haber sufrido el ac-
cidente origen de tantos trastornos.

El mecanismo a que obedece este retorno de la
permeabilidad, es muy facil de explicarse.

Sabemos que en la producción de la disfagia entran
dos factores: uno, la retracción o coartación cicatricial; otro
la contracción espasmódica de las paredes esofágicas. Es-
ta última es provocada por las lesiones que en dichas
paredes provoca el paso, que se ha hecho difícil, de los
alimentos o bien la estancación de los mismos sobre el
punto estrechado. La gastrotonia, al derivar los alimen-

tos, evita su acción irritativa sobre el esófago e impide, por consecuencia, la formación de lesiones o que, si existen, sean en aumento. Obtenida la quietud del esófago se encuentra este en condiciones favorables para que su re-integración se realice y, entonces, desapareciendo la esofagitis no se presentará el espasmo; desapareciendo la causa desaparece el efecto.

Tenemos, de esta suerte, restado uno de los elementos integrantes de la disfagia, y no, quizás, el menos importante, pues ya hemos visto mas arriba como por su intervención una insignificante estenosis puede convertirse en oclusión completa. No es, pues, difícil explicarse la causa por ~~la~~ que el enfermo, después de un tiempo mas o menos largo de haber sido gastrodu-

mirado, a veces desde el día siguiente, según el número e intensidad de las lesiones esofágicas, comienza a sentir una disminución de sus trastornos disfásicos.

El tejido conjuntivo cicatricial, libre de toda acción irritante, sigue su proceso evolutivo y como sabemos que este tiende a hacer que la cicatriz, a la larga, desaparezca más o menos por completo (1), resulta que se desvencenta el único obstáculo que podía ya oponerse al paso de los materiales alimenticios, i dificultarlo cuando menos.

Estos, cuando vuelvan a ser introducidos por la boca, se deglutirán normalmente. Aunque suponíamos que esta desaparición de las bandas fibrosas cicatriciales no se verificase, la deglución no estaría impedida pues hemos visto

(1) Billrot et Winawarter. Pathologie et Médecine chirurgicales générales.

que nunca son, o muy raras veces, lo suficientemente importantes para determinar por si solas ni una oclusión sino tambien una dificultad algo acentuada.

Esta es la explicación mas racional de la vuelta de la permeabilidad del esófago despues de practicada la gastrostomía. Todos los hechos están en harmonía con ella.

Vemos, pues, que la gastrostomía no solo salva la situación por el momento, lo que bastaria para justificar su intervención, sino que, además, nos ofrece una feliz solución del problema que ningun otro tratamiento de los propuestos es capaz de resolverlo.

Esta desaparición de la disfagia no se obtiene solamente en casos aislados, no. En la mayoría de los casos operados, aun en aquellos que menos garantías aprecián, el

resultado ha sido el que indicamos.

En una estadística de De Zort. sobre 16 enfermos o operados, 13 recobraron la permeabilidad de su esófago pues de la gastrostomía. Georges Febal en su tesis acerca de «La desaparición de la disfagia después de la gastrostomía» cita una porción de casos, mas de 30, entre los cuales se encuentran los de Franckard, Israel, Legend, Abri, Lasserand, Kocher, Reutte, etc que merecen citarse por los resultados tan brillantes obtenidos. Villary a pesar de las prevenciones que contra este procedimiento tenía en su cimiento termina por ser partidario -suyo haciendo notar sus ventajas al proporcionar los resultados tan satisfactorios.

Sauligoux, en el Congreso francés de Cirugía, presenta

varios casos operados por él y seguidos todos ellos de retorno no de la permeabilidad del esófago (1).

Buenn (2) comunica a la Sociedad de Cirugía de París, varios casos de estrechez cicatricial del esófago que operados por la gastrostomía han desaparecido todos los fenómenos disfágicos. Uno de ellos, especialmente merece citarse. Se trata de un niño de 4 años y medio que ha ingerido una solución caustica; la disfagia es absoluta. Gastrostomizado el 12 de Julio, el 21 de Setiembre puede ya introducir líquidos por la boca. A fines de Setiembre se alimenta a la vez por la fistula gástrica y por la boca, hasta el 14 de Noviembre. Al llegar

(1) Sesión 15^a. Año 1902.

(2) Sesión del 13 de Noviembre de 1899.

dia se cierra la fistula y la alimentación se efectúa *intra*-
oral y exclusivamente por la boca. El enfermito no acusa
 ni la menor molestia al paso de los alimentos. Es de-
 cir, que en el espacio de cuatro meses hemos obtenido una
 curación ideal y como ningún otro procedimiento podría
 proporcionarnos. En otra ocasión (1) presenté el caso de un
 anciano que al mes de ser gástricostomizado podía deglutir
 perfectamente.

Forque (2) en su obra hace notar estas ventajas de la
 gástricostomía y cita en su apoyo una porción de casos.

Y así podríamos estar reseñando muchísimos casos
 comprobantes de nuestro aserto y que no creemos necesario

(1) Sesión del 13 de Diciembre de 1899.

(2) Forque et P. eclus. *Traité de therap. quinqué*. Año 1899.

oponerlos para demostrar un hecho perfectamente racional.

Ya hemos visto las muchas dificultades que ofrece el cateterismo directo, dificultades que a veces es imposible salvarlas, aparte de los muchos peligros que encierra esta maniobra. La gastrostomía nos ofrece el medio para realizar el cateterismo sin estos inconvenientes y peligros. La mayor parte de las dificultades que se oponen al cateterismo directo no se presentan cuando se realiza el retrogrado.

En general, toda estrechez esofágica es precedida de una dilatación anular en la cual se acumulan los elementos introducidos por la boca. Esta dilatación se forma a expensas de las porciones sanas de las túnicas esofágicas, es decir, de las partes que afectan con el tegi-

do cicatricial relaciones diversas; de aquí resulta que el punto central de la estrechez no está en el centro de la dilatación y es muy difícil que acierte con ella el pico de la sonda. Así resulta que una estrechez en realidad franqueable, se comporta como infranqueable.

De abajo arriba, por el contrario, los tejidos no están alterados, no existe el peligro de perforarlos tan fácilmente y una vez abocada la sonda en el cardias, lo cual es la única dificultad, penetra fácilmente en el esófago y franquea la estrechez.

Generalmente la estrechez aienta o en el cardias o en el entrecruzamiento del esófago con la aorta y los bronquios, resultando, de esta suerte, más angustiosos por la vía inferior que por la superior. No es pues, extraño

que Delagénière (1) ensalza tanto el cateterismo retrogra-
do.

Petit (2) que fue quien primero lo propuso se ex-
presa en estos términos: « Cuando se haya practicado con éxi-
to la gastrostomía se ensayará el cateterismo de abajo arri-
ba ».

No dejaremos, no obstante, de hacer notar la difi-
cultad que existe de abocar la sonda por el cardias, di-
ficultad que a veces es insuperable. Así sucedió a Peterseu

(1). Delagénière. De la voie endo-stomacale pour practiquer le cathéte-
risme de l'œsophage dans les cas de rétrécissements infranchissables.

Arch. prov. de chir. 1904.

(2). Petit. Traité de gastrostomie. Paris 1779.

(3) Gangolphe. Le Dentu. Tome VI.

en un hombre de 20 años que había sufrido una doble estrechez a consecuencia de la ingestión de potasa cáustica; la primera de dichas estrecheces era excéntrica y ocupaba el punto de entrecruzamiento del esófago y el bronquio; la segunda muy apretada y mas inferior se oponía a toda dilatación. Estableció Petersen una fistula gástrica pero fracasaron todas las tentativas de cateterismo directo y de cateterismo retrogrado, por lo que se vio precisado a recurrir al procedimiento de Kratke. Encargó al sujeto que tratar de tragar un bramante con un nudo en una de sus extremidades, en tanto que mantenía la otra fuera de la cavidad bucal. Logró el enfermo tragar el bramante y atrajo Petersen hacia afuera del estómago la extremidad inferior del mismo.

afijando a ella una pequeña oliva que hizo posible la dilatación de la estrechez.

Bergman, en un caso de estrechez infranqueable situada en una porción bastante inferior del esófago, practicó la gastrostomía con la esperanza de practicar el cardias la dilatación retrógrada, lo que no pudo conseguir a pesar de las exploraciones, que duraron por espacio de tres meses. Como percibía a nivel de la pared posterior del esófago el extremo de la sonda, separado del dedo por un quisor considerable de partes blandas, Bergman se decidió a introducir el instrumento con violencia, siendo perforada la estrechez y penetrando la sonda en el esófago. El trayecto dilatado primero con la esponja preparada, lo dilató mas tarde con sondas de

día meteo creciente, logrando la curación (1).

A pesar del buen resultado que obtuvo Bergmann debemos confesar que este cateterismo por un coup de force es muy peligroso y no debe intentarse por ello en práctica.

Schreiber y Reichmann han propuesto la dilatación por medio del agua y del aire comprimido.

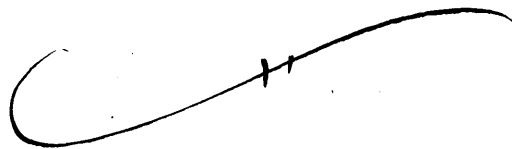
Los dos estos procedimientos tienen un gran inconveniente y es que al exigir la introducción de instrumentos por la boca gástrica dilatan esta y la hacen incontinente, pudiendo llegar el sujeto, por la pérdida de materiales alimenticios y del jugo gástrico, a ver seriamente comprometida su vida.

(1) Deelus. Tratado de patología externa. Tomo III.

Claro está que en los casos en que intentemos practicar el cateterismo, el procedimiento que se practique para la formación de la boca gástrica será el de simple fistulización de trayecto recto, con objeto de no dificultar la introducción y el paso de los instrumentos.

Capítulo 6.º

«Gastrotomía; su técnica»



Si estudiamos detenidamente todos los procedimientos que, desde ^{que} Sedillot (1845), hizo la primera gastrotomía, hasta hoy han venido a modificar esta operación, podremos agruparlos en cinco clases o tipos:

- a). Creación de una fistula simple.
- b). Creación de una fistula dotada de un esfínter.
- c). Creación de una fistula oblicua.
- d). Creación de un canal o una válvula salientes en el interior del estómago.
- e). Gastrotomía por torsión del estómago.

Pasaremos revista rápidamente a cada uno de estos procedimientos.

a). Creación de una fístula simple.

Después del primer éxito obtenido por Li. Li. abbi' (1876), Verneuil, fundándose en los preceptos de su colega, practica la gastrostomía en un individuo atacado del cáncer del esófago.

Opera de la siguiente manera: después de incindir capa por capa la pared abdominal, con unas pinzas largas prende el estómago y lo atrae hacia afuera; fija esta parte herniada por medio de dos agujas largas, á la pared abdominal. Incinde las tunicas del estómago e introduce por esta incisión una sonda.

Howse (1879) para evitar la acción del jugo gas-

trico sobre la herida opera en dos tiempos.

Primeramente hace una gastrostomía y cuando se han establecido adherencias entre el estómago y el peritoneo, hacia el 4º o 5º día, punciona el estómago. Algunos, como Poucet de Lyon, esperan cuatro o cinco semanas antes de abrir el estómago. M. Monod (1), presenta a la Sociedad de cirugía de París un enfermo operado en 1891 (24 de Noviembre) de gastrostomía y cuyo estómago no fue abierto hasta el año siguiente (10 de Marzo).

Fischer opera también en dos tiempos pero con la diferencia que él punciona el estómago con una agujaja fina de una jeringa de Pravaz y a través de ella introduce líquidos alimenticios; los días siguientes intro-

(1) Bull. et mem. de la Socie. de chir. Paris 1892 y 1900.

duce agujas cada vez mas gruesas teniendo cuidado de introducir las por el mismo sitio que la primera. Para esto espolvorea el orificio con un poco de yodo formado en polvo sirviendole este como punto de referencia.

Bivell opera tambien en dos tiempos, pero en lugar de fijar el estomago a la pared abdominal lo hace solo al peritoneo, confiando a la retraccion cicatricial el cierre de la fistula. Fundandose en esta idea opera Schwarts (1) pero lo hace en un solo tiempo.

Ultimamente M. Ferrier (2) se muestra caluroso partidario de la fistulizacion simple. Establece ciertas condiciones que han de cumplirse si el éxito ha de coronar el

(1) Schwarts. Bull. et mem. de la Socie. de chir. Paris 1898.

(2) Ferrier. " " " " " Paris 1902.

intervención, que son: confrontación perfecta de la cara serosa del órgano con la serosa parietal por una corona de suturas, puncionar el estómago de tal suerte que el orificio sea muy pequeño, nada mas que lo suficiente para dar paso a una sonda fina n.º 12 ó 14 de Nelaton, y reducirse a introducir la sonda únicamente en el momento de la caudex. Ved como M. Ferrrier expone su método operatorio (1). « La incisión, de seis a siete centímetros de longitud, es paralela al reborde costal izquierdo y situada a dos centímetros de él; hacia adentro, termina a cinco centímetros de la línea media; hacia afuera llega hasta frente de la 9.ª costilla. Se seccionan los tegumentos, la aponeurosis, los músculos y el peritoneo. Una vez

(1) Ferrrier et Hartmann. Chirurgie de l'estomac. Paris 1899.

to este, se busca el estómago y se coje con los dedos, evitando el empleo de pinzas. Se tira hacia afuera y se fija a la pared por medio de seis u ocho puntos de sutura. Los hilos, de seda esterilizada, se disponen en forma de U y atraviesan la serosa y muscular gástricas que las fijan a la serosa parietal; las extremidades de los hilos se anudan sobre la cara externa de esta última; cuatro arcos de hilo se colocan paralelamente a los bordes de la incisión. Dos, en las extremidades, que interesan a la vez el estómago y los labios, derecho e izquierdo, de la incisión; el resto de la herida se cierra por puntos de sutura separados.

Fijado de esta suerte el estómago, forma un tabli transversal sobre el cual se hace una pequeña incisión en sentido del eje de la herida. La sero-muscular y

la mucosa son sucesivamente incindidas. Es conveni-
 para incindir la mucosa, fijarla fuertemente con una
 pinza, pues resbala fácilmente sobre las otras capas y
 huye delante del bisturí. Una vez incindida la mucosa
 se la sutura a la piel, orlando con ella la herida. Se
 evita con esta sutura la formación de un orificio retrac-
 til. El orificio así hecho debe ser lo más pequeño posible.

Existe después en que la sonda no debe ser colo-
 cada más que en el momento de la comida, cuando es
 necesaria para efectuar la alimentación.

b). creación de una fistula dotada de un esfínter.

Los continuos fracasos del proceder anterior, la

Corrosión de los bordes de la herida y principalmente la incontinencia de la fistula indujeron a algunos cirujanos la idea de dotar a la fistula de un esfínter. La idea no era mala pero los medios que hasta hoy se han empleado para llevarla a la práctica han fracasado con frecuencia.

Flower fue el primero que aconsejó pasar la fistula a través del músculo recto.

Von Hacker practica la operación de la manera siguiente: 1.^o tiempo; incisión de la piel y tegido celular subyacente, vertical, de 3 centímetros de longitud, situada a la izquierda de la línea media. 2.^o tiempo; disociación, con los dedos o con un instrumento como, de las fibras del músculo recto del abdomen; los fascículos se separan

a derecha e izquierda; 3.^{er} tiempo; Abertura del peritoneo en el espacio que dejan libre los fascículos disociados; sutura del peritoneo a los bordes de la incisión cutánea. 4.^o tiempo; se busca el estómago y se tira de un pliegue que se fija al peritoneo parietal por puntos de sutura serosa; el corno estomacal se encuentra así comprendido entre los dos fascículos, derecho e izquierdo, del músculo recto, que le forman una especie de esfínter. 5.^o tiempo; abertura del estómago practicada sobre el vértice del corno, e introducción de una sonda blanda.

El procedimiento de Girard es análogo al anterior. Se diferencia en que en lugar de separar los fascículos a derecha e izquierda los entrecruza formando una especie de 3 de quavismo.

Numerosos cirujanos han utilizado posteriormente el esfínter aunque de una manera accesoria.

C). Creación de una fistula oblicua.

Numerosos son los cirujanos que se han propuesto dificultar la salida del jugo gástrico creando para ello una fistula de trayecto oblicuo. Los medios de que para ello se han valido han variados. Unos como Hamm encuentran a los cartilagos el papel de piedra que comprime la fistula. Otros, como Frank y Hartmann, encuentran este oficio a una especie de puente formado por el recto o por la piel y por bajo del cual hacen atravesar al estómago.

Hamm (1890) incide el epigastrio paralel

rebordo costal izquierdo e interesa todos los planos de la pared y el peritoneo parietal. Practica despues una segunda incision al nivel del 5º espacio intercostal izquierdo, paralela a la anterior y abriendo igualmente el peritoneo. Busca el estomago a traves de la incision epigastri-
ca y procura cogerlo de la parte mas elevada, hacia la gran curvadura; forma asi un pliegue que lo coge con una pinza roma introducida por la incision intercos-
tal y es atraida hacia esta abertura para ser suturada a los bordes de la incision cutanea. Finalmente practica la abertura del covo estomacal asi formado. La continencia se asegura por la oclusion del trayecto, gra-
cias a la especie de pinza que determina el acaballa-
miento de los dos cartilagos costales correspondientes al

espacio incindido.

O. Witzel de Bonn tiende a obtener sobre la pared misma del estómago un canal oblicuo hacia abajo y a la izquierda. Este canal está destinado a alojar un tubo que por su extremidad inferior se introduce en el estómago.

Para ello, después de incindir la pared abdominal paralelamente al reborde costal izquierdo, busca el estómago y lo abraza hacia los bordes de la herida. Forma a expensas de las paredes gástricas dos pliegues paralelos y longitudinales, que circunscriben entre ellos un canal o goticera bastante profunda y al extremo de la cual practica la punción del estómago. Reune por medio de suturas sero-serosas los pliegues que limitan el canal

21
asi formase asi un conducto seroso, en el que coloca una sonda blanda, cuya extremidad va a desembocar en el interior del estomago. Se comprende que es facil dar este canal la longitud que se desea con solo prolongar los pliegues y fijarlos por nuevas suturas.

Obtiene asi un canal oblicuo en el que el ejercicio estomacal presenta la mas grande analogia con el desembocamiento de los uriteres en la vejiga, y, como alli, debe obtenerse una continencia perfecta que la ~~impresion~~ ^{presión} interior del estomago comprime las paredes del canal y lo obtura por completo.

Maurel talla la fistula en el exterior de las paredes gastricas. Despues de incidir la pared abdominal y el peritoneo parietal busca el estomago, lo ~~a~~

triac y fija por medio de suturas que comprenden la túnica músculo-serosa del estómago, el peritoneo parietal y el plano músculo aponeurótico. Sección la parte del estómago fijada en una longitud de cuatro centímetros, pero interesando solamente las túnicas serosa y muscular dejando intacta la mucosa. Despega esta mucosa, en la unión con la ~~mucosa~~^{muscular} es bastante laxa, en la extensión de uno o dos centímetros y termina abriéndola por medio de una incisión transversal, muy pequeña, en la parte inferior de la incisión sero-muscular del órgano. De esta suerte y después de Unidos los bordes de la incisión sero-muscular queda constituido un canal oblicuo, donde se coloca una sonda blanda.

Barozzi defiende calurosamente este procedimiento

to (1) y presenta numerosos éxitos por él obtenidos.

Lebanowicz en una comunicación a la Sociedad de médicos de Odessa (año 1890) propuso la creación de una fistula oblicua que pasase por debajo de un puente constituido por el músculo recto, procedimiento que hoy casi solamente se atribuye a Frank que es el que lo ha vulgarizado pero que no lo puso en práctica hasta 1892 (2).

Procede de la siguiente manera:

Incide la pared abdominal paralelamente al reborde costal izquierdo y abre el peritoneo. Fija de pliegue del estómago hacia afuera y forma una

(1) Osier. Considerations sur la gastrostomie en général et sur le procédé de Marmiedell en particulier. Euvres de Paris. 1895.

(2) Frank. Soc. imp. de Viena. 1892.

de cono cuya base fija a los bordes de la herida cutánea. Hace una segunda incisión paralelamente a la primera y distante de ella 3 centímetros; esta incisión no interese más que la piel. Diseca entre estas dos incisiones una especie de túnel sub-cutáneo y obtiene así una especie de puente entre las dos incisiones. Para por debajo de él el cono estomacal y su vértice lo fija a los labios de la incisión superior. Finalmente, abre el estómago por medio de la punción de el vértice del cono (1).

Hartmann en lugar de hacer la incisión horizontal la hace vertical y el puente que talla comprende de la piel, el tejido celular sub-yacente y la hoja an-

(1) Villar, de Burdeos ha propuesto una operación cuyo método en nada se distingue del anterior.

Describe así la operación:

« Una vez abierta la hoja anterior de la aponeurosis del músculo recto, dice él, desviamos el labio interno la incisión de manera que quede al descubierto la hoja profunda de esta aponeurosis a la parte interna del músculo recto. Incindimos entonces esta hoja profunda y abrimos el peritoneo sobre la línea media, lo que nos permite explorar fácilmente el estómago ».

« Tiramos de él hacia afuera y lo fijamos rápidamente por una sutura sero-serosa a los labios de la incisión peritoneal. Disociando de un solo golpe de sonda a la malada, y siguiendo una línea vertical, dos fascículos del músculo recto, atraemos el estómago entre la cara profunda de la aponeurosis y la parte interna del músculo ».

lo, lo hacemos pasar entre los dos fascículos disociados, suturamos las tunicas musculo-tenosas del estómago a los labios anteriores de la aponeurosis seccionada y abrimos el órgano en una pequeña extensión para fijar la mucosa a la piel » (1).

d). Creación de un canal o una válvula saliente en el interior del estómago.

En 1882, Bayant, después de haber fijado el

(1) Hartmann. Gastrotomie pour rétrécissement de l'œsophage. Soc. de chir.

estómago a la pared abdominal en un primer tiempo lo abrió seis días más tarde por un simple corte de tenotomo e introdujo por el orificio así creado una sonda que se quitaba en los intervalos de las comidas; entre las comidas, dice « este orificio se cierra espontáneamente por reunión de la mucosa y gracias a la elasticidad de los tejidos, tan bien que nada escapa de la cavidad estomacal ».

Perières (1) explica de la manera siguiente el mecanismo de la valvulación. Si se fija un pliegue del estómago a la pared abdominal, las fibras musculares y serosa así adheridas sufren una retracción; la fibra mucosa que no participa de esta retracción,

(1) Perières. Arch. prov. de chir. Paris 1893.

se desliza por debajo de las capas músculo-serosas y forma una especie de válvula o pliegue saliente en la cavidad estomacal; este pliegue está en relación con la extensión de la superficie sero-muscular retraída, y por consiguiente con las dimensiones del pliegue gástrico suturado.

Tal es el mecanismo de la valvulación mucosa del estómago.

En el X Congreso de Cirugía, año 1896, Fontan presenta un nuevo procedimiento fundado en la idea de Penières.

Después de haber incindido la pared y atraído hacia afuera el estómago por medio de una pinza fija con puntos de sutura, en forma de corona, la base

del cono al peritoneo parietal.

Invierte el cono hacia adentro y une con dos puntos los extremos del pliegue así formado. Parece por su forma una mitra de Obispo. Punciona el fondo de este pliegue o introduce por el orificio una sonda roja. 24. Se aproximan los tegidos y se comprontan alrededor de la sonda (1).

Este proceder ha dado a Fontan, Ricard y Laisson excelentes resultados bajo el punto de vista de la continencia.

Poirier (2) dice haber practicado con éxito el procedimiento de Fontan hasta el día que no ha encontrado

(1) Fontan. Congrès français de chirurgie. Paris. 1896. p. 414.

(2) Poirier. Bul. et mem. de la Soc. de chir. Paris. Mayo 1902.

do tejido suficiente para practicarlo. Ahora, tanto a este procedimiento como a los de Wittzel, Subarnojew, Hartin, Marwedell y otros, el inconveniente de exigir una gran extensión de la pared gástrica, lo cual no es realizable en aquellos estómagos cuyas paredes se han retraído por la insuficiencia de la alimentación.

« Por eso, dice, presento mi procedimiento que no es original, pues utiliza los trabajos de Pénières, Fontan, Jorjue y otros. Está fundado en la facilidad con que obtiene en el estómago vivo la separación de las túnicas muscular y mucosa; abocando la túnica muscular a la piel se obtiene extemporaneamente una válvula mucosa que asegura desde luego desde el día la continencia; no suprime nada de la mucosa, se

ejecuta rápidamente y con facilidad, parece, en fin, es aplicable a todos los estómagos».

La técnica es la siguiente: se incinde la pared abdominal a un traves de dedo por debajo y en la dirección de las falsas costillas izquierdas; se disecciona capa por capa, disociando cuidadosamente los dos planos musculares que se encuentran, uno grueso (el recto) y el otro más delgado (el transverso); se hace la hemostasia cuidadosamente y se incinde el peritoneo.

Se coge el estómago lo más alto posible, entre los bordes de una pinza fina, y se tira de él hacia afuera. Es necesario tener cuidado de pinzar solamente la capa sero-muscular, dejando absolutamente libre la mucosa.

« El cono estomacal utilizable para establecer la boca no debe tener mas que dos centímetros de altura, a menos que el sujeto no tenga una pared abdominal excesivamente engrosada. Una vez formado el cono se fija por cuatro puntos de sutura colocados cardinalmente. Estos puntos comprenden el transverso y el peritoneo, de una parte, la túnica serosa y la muscular del estómago de otra. De esta suerte se cierra el peritoneo y se fija el estómago fuertemente ».

« Estando elevada la piura fijada, se practica una incisión de un centímetro en el vértice del cono en el fondo de esta incisión, que no comprende mas que la túnica sero-muscular, se levanta la mucosa; con una sonda acanalada se despreja la mucosa mas

fa la base del cono; para practicar mejor esta manera es conveniente coger la mucosa por medio de una pinza fina; se practica el despegamiento todo lo mas lejos posible, especialmente hacia la parte superior de la herida; cuando juzgamos que este despegamiento es suficiente, sin soltar la pinza que sujeta la mucosa, la perforamos de un golpe de la sonda acanalada, e introducimos inmediatamente una sonda blanda no 14. Al ser introducida esta la mucosa es llevada lejos de la herida de la túnica muscular etc.

Se retira la sonda a los ocho dias y no vuelve a ser introducida mas que en el momento de las exámenes.

Elogia Poirier este procedimiento y dice Maler

obtenido con el éxito completo.

El procedimiento propuesto por Emmanuel Lemm consiste en combinar la inversión de la pared con el establecimiento de un cuello o estrangulación por de-
bajo.

Además practica una incisión paralela al rebord de costal izquierdo, comprendiendo la piel y las partes blandas hasta el músculo recto; este es disociado en seguida en sentido vertical, en una extensión de 6 a 8 centímetros; se incide entonces su aponeurosis posterior y el peritoneo. Hecho esto, se tira hacia la derecha de un pliegue del estómago y se lo punciona, introduciendo por el orificio una sonda blanda hasta una profundidad de 5 ó 6 centímetros. La sonda

se fija a los bordes del orificio por hilos de catgut. A cada lado de esta sonda, que penetra perpendicularmente en el estómago, se colocan dos puntos de sutura de Lembert, con lo cual se forman dos pliegues longitudinales y perpendiculares al orificio estomacal que constituyen, al unirse, un conducto en el que se aloja la sonda. Así como Witzel construía un canal paralelo a la superficie gástrica, Hader lo dispone perpendicularmente a dicha superficie. Los puntos de sutura situados en el extremo de los pliegues sirven para fijar el estómago a la pared abdominal.

El procedimiento de Helferich no difiere en esencia de los de Witzel y Hader.

d). Gastrostomía por torsión gástrica.

Ullmann ha ideado aplicar a la gastrostomía el método recomendado por Gemmy para combatir la incontinencia vesical en la mujer. Su procedimiento consiste en fijar el pliegue estomacal, después de haberle impuesto un movimiento de torsión sobre su eje.

Souligoux coincide en un todo con Ullmann hasta el punto de que se formaron partidarios de uno y otro cirujano para demostrar que a ellos correspondía el mérito de este nuevo método.

Paul Reynier en una comunicación que hace a la Sociedad de Cirugía, sobre el procedimiento de

Souligoux, da' la traducción del trabajo de Ullmann, que reproducimos íntegramente (1).

«He empleado en estos últimos tiempos para hacer la gastrostomía, la torsión de un cono gástrico, con el fin de asegurar la continencia de el orificio. Es el mismo artificio que ha empleado Gernsey, en 1899, para tratar la incontinencia de la orina».

«Hago una incisión a un centímetro del rebor, de costal izquierdo, y paralela a él, que interesa: la piel, el tejido celular sub-cutáneo y la capa muscular, sin preocuparme de la dirección de las fibras musculares; abierto el peritoneo, coloco en el estómago tres hilos formando los tres vértices de un triángulo en

(1) *Ann. et Mem. de la Soc. de Chir. Paris 1902.*

cuyo centro se hacia la abertura, mas tarde. Por traccion de estos hilos abraigo un cono al que le hago dar un giro de 180° , de tal suerte que el hilo superior se hace inferior, el derecho se vuelve izquierdo y el izquierdo derecho. Dos ayudantes sostienen los hilos mientras el operador sutura, por 18 o 20 puntos, el peritoneo gastrico al peritoneo parietal».

« A los tres o cuatro dias, el estomago se abre. La continencia es perfecta; si se introduce una sonda en el estomago, el contenido sale, si la retiramos, la fistula se cierra nuevamente».

Tal es el procedimiento de Ullmann.

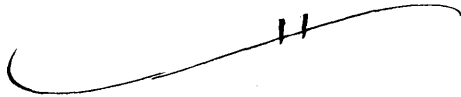
El de Gauligoux es en un todo semejante a él: difiere únicamente en que hace girar al cono pri-

meramente 90° , lo fija y despues vuelve a hacerle girar otros 180° .

Otros muchos metodos podriamos describir pero con los expuestos, que son los que mas se han puesto en práctica, creemos que es suficiente para formar un juicio de las sucesivas y variadas modificaciones de que ha sido objeto la gastrostomía. Con todos ellos se han obtenido triunfos y con todos ellos, tambien, han sobrevenido fracasos.

Capítulo 4º.

«Crítica de los procedimientos»:



Antes de analizar los distintos procedimientos de gastrostomía digamos algo acerca de la intervención en dos tiempos.

Esta la practicó ya Sedillot al hacer su segunda gastrostomía. La primera operó en un solo tiempo pero, creyendo que los resultados serian mejores, en la segunda no abrió el estómago hasta el quinto día. Al practicar la abertura de la pared abdominal aplicó una pinza fuerte al estómago, que lo habia fijado a la pared abdominal; al quinto día, cuando le parecieron que las adherencias establecidas eran suficientes

sólidas, incidio con las tijeras la escara formada entre los bocados de la piñza, colocada anteriormente (1).

Después de Sedillot fue Nelaton, en 1854, quien primero puso en práctica este método, que se ha llamado de Howse por ser este quien lo ha divulgado. Sin embargo bueno será constar que Howse no lo practicó hasta 1899. (2).

Posteriormente, muchos cirujanos se han mostrado partidarios de la intervención en dos tiempos; así en Francia nos encontramos con Berger, Gillau, Beynier, Pénières, Paucet, Bidwel, Fischer y otros; en Alemania la practican Van Thanden, Biemel, Crenny y Mar-

(1) Sedillot. Gaz. med. de Strasbourg. 1853.

(2) Forgue et Boelus. Trai. de Therap. chir.

Wedel.

La gastrostomía en dos tiempos ha sido propuesta con el objeto de evitar el peligro del derramamiento de los líquidos estomacales y los materiales alimenticios en la cavidad peritoneal.

En estos últimos tiempos ha perdido mucho terreno. Aparte de la necesidad imperiosa, que muchas veces existe, de alimentar al enfermo, lo que impide toda dilación en la abertura de la boca gástrica, presenta una porción de inconvenientes, por lo que cada día tiene menos partidarios.

En primer lugar, como dice muy bien Barozzi (1), no es del todo indiferente someter a un enfermo a las

(1) Barozzi. *Médecine de Paris*, 1895.

angustias de dos operaciones, cuando es posible terminar todo en una sola operación; se objetará a esto, sin duda, que las maniobras del segundo tiempo no constituyen propiamente una operación, atendiendo a que puede realizarse hasta sin cloroformo; esto será cierto por lo que respecta al operador, pero no para el enfermo y su familia, que ven aquí dos operaciones bien distintas.

Como argumento mas sólido tenemos lo difícil que es frecuentemente encontrar el estómago, después de algunos días, en el fondo de la herida abdominal.

A las 48 horas, y con mas tardar a los 5 o 6 días, el aspecto de la herida se halla completamente modificado, los bordes mirchados, llenos de mamechones

mosos, de surcos y repliegues entre los cuales es estado
arriesgado, dificultan por completo encontrar la super-
ficie gástrica. Algunos autores aconsejan colocar en el cen-
tro del pliegue gástrico un hilo fino de seda que nos sir-
va de punto de referencia y de guía, pero este medio es
ilusorio, pues el hilo puede desprenderse fácilmente de
aquellos tejidos mas o menos friables, y aun suponién-
do que no se desprenda, no nos sirve de nada, pues la
herida puede estar reducida a un simple surco del
emerga el hilo de seda.

Como resultado de todo esto el cirujano puede
abrir la cavidad peritoneal en lugar de la estomacal,
e inyectar en ella, por medio de la sonda, los líquidos
alimenticios. Tal sucedió a Schwartz y a Morel.

Dice Schwarts (1): « Durante cuatro o cinco años yo he practicado la gastrostomía en dos tiempos, con éxito, hasta que me sucedió el siguiente accidente: a los 6 días de practicada la gastroperia y queriendo abrir el estómago, abrí la cavidad peritoneal, y durante 24 horas inyecté en ella los alimentos ».

Monod cuenta con un accidente análogo.

Gaugolphe (2) combatió también la gastrostomía en dos tiempos. En un caso que la practicó cedieron las suturas bajo la influencia de los esfuerzos de la tos y le costó mucho trabajo llegar a encontrar el estómago.

Ante estos ejemplos debemos renunciar a una prác

(1) Schwarts. Bull. et mem. de la Soc. de chir. Paris. 1898.

(2) Gaugolphe. Le Dentu. Tratado de medicina operatoria. Tomo VI.

tica tan defectuosa y que tiene el riesgo de provocar aquellos accidentes que, precisamente, pretende evitar.

Sentado esto, pasemos a examinar los distintos procedimientos que en el artículo anterior hemos descrito.

Llama la atención los múltiples procedimientos puestos en práctica para crear fistulas y artuicas. Tanto en Medicina como en Cirugía, cuando se proponen varios medios para conseguir un objeto es prueba de que ninguno de ellos cumple satisfactoriamente sus indicaciones. ¿Podemos pensar lo mismo aquí?

Observaremos que todos los procedimientos de

gastrostomía, a lado de éxitos francos presentan lamentables desastres. ¿Son debidos estos a deficiencias de los procedimientos? ¿No podría atribuirse esta irregularidad en los resultados al afán que muestra cada cirujano de que su procedimiento sea universalmente aplicado a todos los enfermos y en todos los casos? Evidentemente las circunstancias en que se verifica la operación varían notablemente en cada caso. No todos los enfermos se presentan en las mismas condiciones. A lado de un enfermo que llega a la mesa de operaciones en lamentable estado de caquexia encontramos otro cuya nutrición es casi íntegra, ni todos los enfermos tienen su estómago igualmente retraído, ni sus paredes abdominales son del mismo espesor, la acidez

del jugo gástrico no es siempre idéntica, no todos los estómagos presentan el mismo grado de continencia. ¿No podríamos, estudiando detenidamente cada uno de estos factores, determinar las condiciones más favorables en que cada procedimiento puede ser aplicado, y disminuir así el número de los fracasos? ¿No sería más conveniente aplicar a cada enfermo el proceder operatorio más en consonancia con las condiciones, que no empeñarse en encontrar un procedimiento de aplicación universal? En los casos que ~~tratamos~~^{presentamos} al final de este trabajo la continencia de la boca gástrica enferma ha sido completa, pero no por eso aconsejaremos que el procedimiento o procedimientos en ellos seguidos sean practicados siempre. Si aquí han dado resultado en otros casos pudieran no

no por no ser perfectamente aplicables. Estudió, pues, el cirujano con detenimiento cada enfermo, no practique sistemáticamente un mismo procedimiento y, veremos, sin duda, mejorar notablemente la estadística de la gástrica, que ya es hoy muy halagadora.

Esta irregularidad en el resultado de las fistulas gástricas ha sido interpretada de diversas maneras. Ferrer (1) opina que la disposición que ha de darse a la tula no es el único factor que debe tenerse en cuenta. Además de este elemento mecánico, dice él, debemos contar con otro, la mayor o menor acidez del jugo gástrico; si es muy poco ácido los tejidos soportan muy bien su contacto y la continencia es un hecho, por el contrario,

(1) Ferrer. Bull. et mem. de la Socie. de chir. Paris. 1907.

si es muy ácido se alteran fácilmente.

Portel (1) combate esta opinión, y las razones que presenta parecen poderosas. No podemos negar, dice, desde el momento en que el contenido estomacal se pone en contacto con los bordes de la herida cutánea, sufren estas alteraciones cuyo grado tiene cierta relación con la mayor o menor potencia digestiva del jugo gástrico. Pero no nos parece que los individuos sobre los cuales se practica más frecuentemente la gástricostomía tengan una potencia digestiva intensa.

Estos enfermos tienen, bajo todos los puntos de vista, un estómago en estado de menor funcionamiento, durante mucho tiempo la mucosa gástrica no se

(1) Portel. De la gástricostomía. Thèse de Paris. año 1902.

cibe alimentos mas que en pequeña cantidad y de debil poder peptogeno, se deshabitua de un trabajo activo de secreción, al mismo tiempo que las dimensiones de la visceras disminuyen en efecto de la falta de repleción. Es de notar que en los casos de cancer del Cardias, en los que casi siempre se encuentra el estómago en estado de hipoclorhidria o, si se quiere mejor, en estado de dispepsia aténica, no parece que las fistulas gástricas están menos expuestas a la erosión.

Por otra parte, la fisiología nos dice que la excitación refleja producida por los alimentos introducidos directamente en el estómago no da un jugo gástrico mas que de un debil poder digestivo (1). Cuando, en un perro gástrico-misado, se instituye una alimentación directa compuesta

(1) Pawlow. Le travail des glandes digestives. Traducción de Paillon, 1901.

de carne finamente pulverizada, se observa que el desramamiento del jugo gástrico por la fistula no comienza hasta 15^l o 45^l después del principio de la comida, cosa que normalmente sucede a los 6 o 10

El jugo gástrico producido en la primera hora es en cantidad poco considerable, pues no llega mas que a 3 o 5 centímetros cúbicos en lugar de ser 12 o 15 como sucede constantemente en una comida ordinaria. No solo es la cantidad la que disminuye sino tambien la potencia digestiva. Si se aprecia esta potencia segun el método de Mett, es decir, midiendo en el microscopio con ayuda de una regleta, dividida en milímetros, la altura de la albúmina digerida en los fragmentos tubulares de uno o dos milímetros de diámetro, coloca-

dos en el líquido digestivo sometido a la experiencia, nos encontramos que por 5,53 milímetros digeridos durante la primera hora de una comida normal, 2,5 solamente son digeridos en el caso de introducción directa en la cavidad estomacal.

Pero en estas experiencias sobre perros no se tiene en cuenta la secreción gástrica que se produce a la vista de los alimentos. No están en las mismas condiciones un perro que un hombre y gastrotonizados. En este aunque los alimentos no pasan por la boca la secreción refleja se verifica y viene a aumentar la directa, que provoca el contacto de los alimentos con la mucosa gástrica.

Frente a esta opinión deducida de las experien-

casos practicados en animales está el hecho demostrado por Ferrer de que cuanto mayor es el estado de inanición del sujeto mayor es el grado de acidez de su jugo gástrico. Nos cita varios casos demostrativos, entre ellos el de una niña con estrechez crófica, y cuya nutrición estaba muy alterada; una estrecha fistula había dado lugar á ulceraciones producidas por un jugo gástrico sumamente ácido. Mas tarde, cuando el estado general hubo mejorado, disminuyó la acidez del jugo gástrico y desapareció la ulceración, haciéndose la fistula continente.

Esta cuestión de la acidez merece la atención de los cirujanos.

Algunos han supuesto que la formación de

estas ulceraciones, mas que a la acidez del jugo gastrico, eran debidas al mal estado general del sujeto. Esto que podia tener algun fundamento si solo se refiriera a individuos cancerotos, pierde todo su valor cuando se trata de sujetos atacados de estrecheces esofagicas poco pronunciadas y en los que el estado general es bastante bueno.

Fuffier (1) piensa que el procedimiento empleado importa poco bajo el punto de vista de la continuencia; a todos los procedimientos pueden dar buenos resultados, dice, con tal que la tolerancia del estomago exista. Para el todo depende de esta tolerancia. Algunos estomagos son tolerantes y, con ellos, todos los metodos pueden servir; otros,

(1) Fuffier. Bull. et mem. de la Socie. de chir. Paris. 1902.

por el contrario, no son tolerantes y entonces es inútil escoger ningún procedimiento. «La sola manera de luchar con ventaja, a saber, contra esta incontinencia es colocar la boca artificial muy alta, lo mas cerca posible del Cardias».

A obtener esta continencia de la fistula gástrica es a lo que tienden todos los procedimientos.

La persecución de este fin fue quien originó la idea de evitar la incontinencia por medio de obturadores.

Estos instrumentos han sido propuestos en gran número. Israël ensaya una especie de perneo insuflable después de su introducción en el estómago. El aparato, dice Ferricr, no fue reportado. Ferrillon combinando dos globos de caoutchouc, con el mismo fin, no obtuvo el mismo resultado que el agrandar la fistula. Cotterel

introduce por la fistula una sonda alojada en el interior de una pelota de goma elástica; una vez introducida la sonda insufla por medio de ella la pelota, que viene a formar una especie de botón doble; tampoco obtuvo resultado. Las tentativas de Van Haeck, Sedillot, Langenbeck, Reinger, Delagénière, etc no fueron mas dichasas. Lucas Championnière propuso el empleo, simplemente, de un tapón de algodón con vaselina, ocluyendo el orificio externo. Ferris y Hartmann, después de pasar revista a todos los obturadores propuestos, concluyen por cancelar su empleo: no solamente no impiden el descenso del jugo gástrico sino que agrandan la boca gástrica y empeoran la situación.

Los fisiólogos se venen aún hoy día de obtura-

dores, y es preciso reconocer que obtienen con ellos grandes ventajas. Pero no hay punto de comparación entre el procedimiento operatorio de un perro, al que no se le exige que viva mas que cinco o seis semanas, y un hombre y a veces torcido, que en algunos casos, como cuando se trata de una estrechez esofágica cicatricial, puede estar obligado a llevar su boca gástrica durante años.

Examinemos ahora hasta que punto los numerosos procedimientos operatorios son capaces de dar una fistula continente.

Entre los procedimientos de fistulización simple, el mas perfecto de todos es el de Ferris. Sus requisitos esenciales son, como ya hemos dicho, la creación de una boca estomacal todo lo mas pequeña posible, y no

introducir por ella la sonda mas que en el momento de las comidas. Lo que se busca con estos dos medios es la oclusion por la aproximacion, de unos con otros, de los pliegues de la mucosa gástrica. Hablando en la Sociedad de Cirujia, 1894, de los puntos comunes entre su técnica la de Ferris, Hartmann se expresa así:

« Nuestros Nomos obtenidos, a partir de este momento, locas estomacales que funcionan perfectamente, admitiendo con facilidad una pequeña sonda roja para la alimentacion y no permitiendo, en los intervalos de las comidas, ningun derrame de jugo gástrico, impidiendose esto por el adosamiento de los pliegues de la mucosa a lo largo del trayecto ».

Ferris tambien lo dice: « La formacion de

un canal mucoso en el que los pliegues se adosen es suficiente para obtener la continencia gástrica. Para conseguir esto aconseja que los hilos de seda que se colocan para sujetar el estómago a la pared abdominal sean en forma de U y no interesen mas que la serosa y la muscular gástricas. Al amarrarlos pliegan mas o menos las tunicas que atraviesan. El resultado es que la mucosa, muy móvil bajo los planos anteriores y no tan retráctil que ellos, forma en el interior del estómago pliegues que ocluirán la luz del tubo.

Este resultado no se obtiene siempre, pues cuando el orificio creado es muy grande el plegamiento de la mucosa se hace de una manera insuficiente. El menor movimiento falso de la tígera al hacer el orificio, el

apretamiento de la mucosa sobre la piedra que la sujeta, conducen a la formación de un orificio que aunque parece pequeño, la experiencia nos demostrará que es demasiado grande para ser obturado por los pliegues de la mucosa. De aquí la irregularidad de los resultados obtenidos por este método.

Esta irregularidad en el funcionamiento de las bocas estomacales obtenidas por la fistulización simple, unido a la proximidad de un músculo potente, el del abdomen, ha conducido a utilizar este último para la formación de un esfínter artificial. Este artificio parece debía ser un buen medio para conseguir la continencia, ha dado resultados muy inciertos.

Se comprende perfectamente; la fistula tiene un

diámetro muy pequeño, insuficiente para que las fibras muy largas del músculo recto hagan presión sobre ella. Además, el tejido escleroso que se forma alrededor de la fistula viene a hacer más insuficiente el esfuerzo, casi paralelo a su dirección, de las fibras del recto.

En los casos que este procedimiento ha dado resultado, debemos atribuir este más a la longitud y oblicuidad del trayecto que no a la acción, muy problemática, del esfínter creado. La presión interior del estómago comprime las paredes de los trayectos oblicuos, hace que se adhiera la mucosa de la fistula y la cierra de esta manera. Esto ha sido el fundamento de los procedimientos de trayecto oblicuo.

Pero tienen dos grandes inconvenientes. Uno,

la gran extensión de pared gástrica que necesitan para la formación de un trayecto largo, lo cual no es posible realizar en muchos casos por hallarse el estómago retraído, y, otro, la larga duración de la operación. Hay mucha diferencia entre el tiempo que se invierte en practicar una simple fistulización directa y el necesario para desarrollar la técnica complicada de Marwedel, Wittel o cualquiera de los partidarios de esta clase de fistulización. Este no es un detalle insignificante si consideramos que esta clase de intervenciones se ejecutan frecuentemente sobre individuos cuyo estado general es bastante precario, y que una larga inacción no es la mejor preparación para un traumatismo quirúrgico importante.

¿Que diremos respecto del método de Halou, que comprime el estómago entre una especie de pinza formada por los cartílagos costales? A los inconvenientes de los anteriores procedimientos une las lesiones que en los cartílagos y en las costillas se producen. Von Haefler, que lo ha empleado dos veces, encuentra, en los dos casos, lesiones de los cartílagos. Otros muchos autores han observado que se desarrollan, al cabo de cierto tiempo, osteitis y necrosis que llegan hasta la eliminación.

Los procedimientos valvulares, tan fuertes en boca por Fontan y Poirier, tampoco están exentos de inconvenientes. El tiempo de abrir con el bisturí la mucosa gástrica es de difícil ejecución; no hallándose sujeta a ninguna pinza y siendo muy laxos sus medios de unión.

a la túnica sero-muscular, fácilmente escapa delante de la punta del bisturí y queda sin abrirse.

La falta de unión de la mucosa a la piel es causa de que la herida cutánea tienda continuamente a cerrarse, haciendo necesario un cateterismo frecuente. Esto, que no es un gran inconveniente cuando el enfermo se halla bajo la inspección del cirujano, tiene mucha importancia en los demás casos, pues los enfermos se cansan de practicar el cateterismo y lo abandonan, siendo preciso muchas veces, y Bryant cita un caso de estos (1), tener que volver a practicar la abertura de la fistula.

Exigen, además, una copa gástrica muy grande y ya hemos dicho las dificultades que muchas veces

(1) Arch. prov. de chir. Paris. 1898.

existen para obtener esto. Poirier (1) modificó el procedimiento de Fontan por haberse encontrado en un caso con un estómago incapaz de dar un cono gástrico suficiente. No obstante, tampoco su procedimiento está exento de este inconveniente.

Y, finalmente, no es probable que la válvula creada a expensas de la mucosa gástrica, permanezca mucho tiempo sin retraerse, por lo que este procedimiento no es de aplicación en los casos en que el enfermo puede verse obligado a elevar su boca gástrica durante mucho tiempo.

Y así llegamos al procedimiento por torsión del estómago, propuesto por Ullmann y Louigoux respectivamente

(1) Poirier. Bull. et mem. de la Soc. de Chím. Paris 1902.

mente en Alemania y Francia.

Es difícil formarse, actualmente, una idea exacta de la continencia que puede proporcionar la torsión del estómago.

Guinard, declara la continencia perfecta, Schwartz, presenta dos casos seguidos de éxito. M. Monod no cree en uno de ellos y dice que el enrojecimiento que se observa alrededor del orificio no puede explicarse por derrame de algunas gotas de leche, como dice Schwartz, y que bien pudiera ser que el jugo gástrico rebasara el orificio externo de la fistula. « Esto me hace pensar que la boca estomacal no es aquí absolutamente continente » (1)

La misma incertidumbre reina en cuanto

(1) Archiv. prov. de Chir. Paris. 1902.

mecanismo, gracias al cual la torsión produce la continencia. Laignon y Boënger piensan que las fibras musculares del estómago, así retorcidas, juegan el papel de esfínter y que toda distensión del estómago tiende a apartarlas y a adosarlas mutuamente. Poirier hace observar que la torsión así producida no es más que aparente, o, lo más, parcial. « Dada la facilidad con que se separan las túnicas mucosa y muscular, no será difícil que la torsión se reduzca únicamente a la túnica muscular. Así parece probarlo la facilidad con que se introduce una sonda blanda del n.º 18, cosa que no sería fácil si tuviera que seguir el trayecto espiral que representa una torsión de 210° ».

El procedimiento de Laignon debe ser cons-

derado bajo otro punto de vista: el tiempo que se invierte en la operación. Es indudable que, los tiempos de la primera torsión y primera sutura y la segunda torsión y segunda sutura, alargan notablemente la operación.

Aquí, como en los procedimientos valvulares, que de objetarse la dificultad de la abertura de la mucosa, de cual el mismo Swartz lo reconoce, y la gran ex de pared gástrica que es preciso emplear.

Por este sencillo resumen podemos apreciar que no hay un procedimiento que no cuente con fracasos. Desde el mas simple hasta el mas complicado, todos ellos presentan inconvenientes y desventajas que aumentan o disminuyen según las condiciones especiales del sujeto.

Volvemos, pues, a insistir en lo que decíamos al prin

ejemplo de este capítulo. Ni adoptemos ni rechazemos sistemáticamente un procedimiento. Cada uno presenta sus ventajas en determinados casos; estudiemos con detenimiento estas la oportunidad de aplicación de cada método, y los resultados que obtengamos serán, indudablemente, satisfactorios. Modifiquémoslos según las circunstancias particulares del sujeto, combinemos varios de ellos si es preciso, como se ha hecho en los casos clínicos que a continuación relatamos, y el éxito coronará la intervención, la continuidad será perfecta.

Observaciones.

— " —

Observación I (Del Dr. Lozano).

Estudiando nosotro Clínica Quirúrgica, ingresó en la Clínica de Enfermedades de la Infancia, el día 1.^o de Abril de 1903, Pilar Cantín, natural de Tardienta, de 3 años de edad, la cual el día 2 de Enero del mismo año había bebido una disolución concentrada de soda caústica. Después de los síntomas intestinales que siguieron al traumatismo, notó una disfagia moderada que le permitía tragar los alimentos líquidos. Repentinamente el 26 de Marzo se le presenta una obstrucción completa que le impedía ingerir la leche, el caldo y el agua. El estado de la enferma era grave a causa de la inanición a que estaba sometida durante seis días consecutivos; no tenía fuerzas para levantar

tar la cabeza mientras su madre la tiene en brazos; sequedad en todas las mucosas, tinte terrroso de la piel, hipotermia y un constante lamento pidiendo agua o que le diesen pan completaban el cuadro clinico. Accediendo a los ruegos del Sr. Borolio fue operada el dia 2 por el Dr. Soriano. La anestesia se hizo por raquicocainización con un centigramo de cocaina. Se practicó la gastrostomía segun el procedimiento de Frauch-Kocher-Berrier. Se le administró una taza de leche en la misma sala de operaciones a través de la fistula, se le colocó una gasa con colodión sobre la herida abdominal, dejando descubierta la fistula para poder darle taza de leche o caldo, alternando, cada tres horas.

Resultados post-operatorios - Los puntos de sutura se quitaron a los siete dias. A los quince abandona el lecho y

ella misma pide a la mujer encargada de la sala que le dé alimentos. Hace una buena convalecencia y engorda. En el mes de Junio se cierra la Clínica y la enferma sale de ella completamente restablecida. En el mes de Octubre del mismo año se abre la clínica nuevamente y la niña reingresa, porque la escasez de recursos impide a su madre atenderle convenientemente. Durante su estancia en la clínica adquiere permeabilidad su esfago y la niña llega con el transcurso del tiempo a trabajar la comida ordinaria del Hospital.

El día 29 de febrero de 1903 se le opera nuevamente para cerrar la fistula gástrica. La herida cicatriza por primera intención y es dada de alta. Noticias posteriores confirman la completa curación de esta enferma.

Observación II (Del Dr. Lozano).

Durante el curso de 1902-03, ingresó en una de las salas de Clínica quirúrgica, de Zaragoza, Domingo C., natural de Alhara, de 31 años de edad, y dedicado a las faenas del campo. Seis meses antes de ser operado notó que no podía tragar los alimentos. Paulatinamente fue aumentando su disfagia hasta que le obligó a ingresar en la clínica. Los días que estuvo en observación tragaba leche, caldo y agua, pero solamente en algunas ocasiones y prescribiendo que fuese siempre en pequeñas cantidades; la mayoría de las veces regurgitaban dichos líquidos cuando habían transcurrido dos o tres minutos de su ingestión.

Reconocido con la sonda nº 2 de la escala de

apreció una estrechez situada profundamente en el tercio inferior del esófago.

Presentaba gran decaeración, y se quejaba de la intensa sed que sufren siempre estos enfermos.

Fue operado el 23 de Marzo de 1903 previa la anestesia por raquíscainización. La operación practicada fue una gastrostomía a lo Frank-Kocher-Ferrier.

Se administró un vaso de leche inmediatamente que la operación estuvo terminada. Desde aquel se le dio leche, caldo y agua cada tres horas, alternando las tres sustancias.

En el mes de Mayo comenzó a tragar leche y caldo sin dificultad alguna a través del esófago. Sin embargo se le prohibió en absoluto la ingestión de alimentos

por la boca, para evitar que la obstrucción se reprodujera.

El día 14 de Junio abandonó la clínica por haberse cerrado esta oficialmente.

El curso siguiente volvió a ingresar en la clínica completamente curado, operándosele nuevamente para cerrar la fistula.

Observación III (Del Dr. Bravo).

Se trata de una mujer joven que en el mes de Setiembre, de 1903, bebió por equivocación una gran cantidad de lejía creyendo que era vino. Como es natural, la lejía produjo quemaduras extensas y profundas del esófago, y después

de haber pasado la esofagitis tóxica conigruente, vino la curación, y con ella la cicatrización de las lesiones ulcerosas del esófago y su estrechez cicatricial, que, habiendo empezado por impedir el paso de los alimentos sólidos, concluyó por no permitir ni la ingestión de los líquidos.

Por encima del punto estrechado se formó una dilatación donde se depositaban los alimentos ingeridos hasta que eran expulsados al exterior por las contracciones espasmódicas de las paredes del esófago. La enferma presentaba un acentuado estado de caquexia.

Decidido la operación se le practicó una gastrostomía a lo Kocher, pero con una modificación, cual es la de practicar la laparotomía media y no lateral.

El resultado fue excelente; la continuación de la fis-

tula perfecta. Se instituyó inmediatamente la alimentación por la boca gástrica. Poco a poco se hizo permeable el esófago permitiendo el paso de alimentos líquidos, primero, y después de papillas y sustancias de poca consistencia.

Observación IV (Del Dr. Guada).

A. R. de 31 años de edad, casada, natural de Bribiesca (Burgos), ingresó en la clínica del Dr. Guada el 29 de Mayo de 1904.

El 23 de febrero último ingirió equivocadamente una copa de pegia, sobreviniéndola en seguida vómitos, acom-

pariados de grandes dolores y fuertes cólicos. Durante algún tiempo le fue imposible deglutir normalmente los alimentos sólidos, practicándosele, sin éxito, el cateterismo. Finalmente le presentó dificultad e imposibilidad de pasar los alimentos líquidos.

En un estado de caquexia extrema y llevando ya 15 días sin alimentación bucal ninguna, ingresó en la clínica.

Colocada en la mesa de operaciones y anestesiada, con grandes precauciones, por el éter, se le practicó una gastrostomía por el procedimiento de Hartmann.

A los dos días se inició la alimentación por la fistula, tolerándola bien la enferma.

Después de 20 días, y cuando el estado de la enfer-

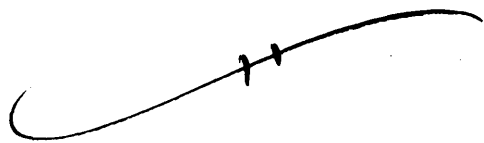
nia era satisfactorio, se intentó el cateterismo directo, no siendo posible realizarlo.

En esta fecha, la enferma pasaba algunos alimentos por la boca, aunque en forma de papilla. Posteriormente aumentó la permeabilidad del esófago permitiendo hasta el paso de trozos de carne.

Fue dada de alta, quedando en volver a la clínica con objeto de cerrar la fistula.

185

11. Conclusiones 17



Conclusiones.

- 1.^a La disfagia, en los casos de estrechez cicatricial del esófago, es producida por: 1.^o las alteraciones anatómicas, 2.^o por un elemento espasmódico.
- 2.^a El elemento espasmódico es producido y mantenido por las lesiones anatómicas de esofagitis crónica.
- 3.^a El cateterismo no debe practicarse, como medio de curación, en las estrecheces cicatriciales del esófago. Es difícil de realizarlo en muchas ocasiones, peligroso por e' inútil frecuentemente.
- 4.^a En las estrecheces cicatriciales del esófago se presentan dos indicaciones que cumplir: 1.^a, Alimen-

tar al enfermo; 2^a, poner al estómago en condiciones favorables para su reintegración orgánica.

5^a La gastrostomía es el único procedimiento que cumple ambas.

6^a La gastrostomía es una operación racional y está formalmente indicada cuando el estómago es, o, mejor, amenaza hacerse impermeable.

7^a Debe ponerse en práctica en seguida que el diagnóstico está formalmente establecido.

8^a La creación de una boca estomacal precoz es una operación benigna. Practicada en un periodo avanzado de la enfermedad es muy grave.

9^a En la mayor parte de los procedimientos de gastrostomía la oclusión de la fistula se produce

la superposición, provocada o accidental, de los pliegues de la mucosa gástrica.

10.^a No existe un procedimiento de aplicación universal pues las condiciones del sujeto varían notablemente. Es aquí los numerosos fracasos.

11.^a Estudiando estas distintas condiciones del Reflexo y modificando, según ellas, los procedimientos para cada caso particular se llegará a obtener mayores y más frecuentes éxitos.

Madrid 21 de Junio de 1904

González de Olivares y Segura



« Bibliografia »

71

Bibliografía.

- Barozzi. Considerations sur la gastrostomie en général et sur le procédé de Marnwedel en particulier. Thèse. Paris. 1898. — Berger. Thèse pour le doctorat en médecine. Paris. 1899. — Billroth et Winwarther. Pathologie et thérapeutique chirurgicales générales. — Duplay et Boeckus. Tratado de cirugía. — Fébal. Disposition de l'œsophagisme après la gastrostomie. Thèse. Paris. 1900. — Fergues et Boeckus. Traité de thérapeutique chirurgicale. 1899. — Force. Contribution à l'étude de l'œsophagisme. Thèse. 1900. — Le Dentu. Tratado de cirugía clínica y operatoria. — Lozano Monrion. La Clínica moderna. 1903. — Mauclair. Bull. de la soci. de anat. 1899. — Nicaise. Gaz. des hôp. 1892. — Paulow. Le travail des glandes digestives. 1901. — Petit. Traité de gastrostomie. Paris. 1899. — Postel. De la gastrostomie. Thèse. 1902. — Sedillot. Gaz. med. de P.

bourg. 1859. — Ferrier et Hartmann. Chirurgie de l'estomac. Paris 1899.
— Festut. Tratado de anatomia humana. — Fellau. Traité de chirurgie
clinique. — Archives prov. de chir. años 1892, 1893, 1898, 1900, 1902 y 1904. — Bull
et mem. de la soci. de chir. Paris. años 1896, 1897, 1898, 1899, 1900 y 1902. —
Revista de medicina y cirugias prácticas. Madrid. años 1900 y 1901. — Revue de
chirurgie. Tomo 28.

Verifico el ejercicio del grado de Doctor
y se le calificó de Aprobado

Madrid 1.º de Julio de 1904

al Presdente

Manuel de los Rios
Municipal

Antonio de los Rios
Herrero

Antonio de los Rios

el secretario
J. J. Molina