Año 1909 N.º 2083

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA GASTROSTOMÍA

EN LOS

SERVICIOS DE CIRUGÍA DE BUENOS AIRES

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CARLOS A. QUERENCIO

BUENOS AIRES
IMP. LIB. Y CASA EDITORA DE A. ETCHEPAREBORDA
359 TACUARÍ 359
—
1909

LA GASTROSTOMÍA

EN LOS

SERVICIOS DE CIRUGÍA DE BUENOS AIRES

Año 1909 N.º 2083

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA GASTROSTOMÍA

EN LOS

SERVICIOS DE CIRUGÍA DE BUENOS AIRES

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CARLOS A. QUERENCIO

BUENOS AIRES
IMP. LIB. Y CASA EDITORA DE A. ETCHEPAREBORDA
359 TACUARÍ 359
—
1909

Art. 162 del Reglamento de la Facultad. — La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

Dr. D. Eufemio Uballes

Vicepresidente

Dr. D. Pedro N. Arata

Académicos

Dr. D. José T. Baca
— Rafael Herrera Vegas
— Jacob de Tezanos Pinto
— Eufemio Uballes
— Pedro N. Arata
— Roberto Wernicke
— Pedro Lagleyze
— José Penna
— Luis Guemes
— Eliseo Cantón
— Enrique Bazterrica
— Antonio C. Gandolfo
— José M. Ramos Mejía
— Enrique del Arca
— Juan A. Boeri
— Horacio G. Piñero
— Daniel J. Cranwell

Secretario Académico

Dr. D. Daniel J. Cranwell

Académicos Honorarios

Dr. D. Eduardo Wilde
— Martín Spuch
— Telémaco Susini
— Emilio R. Coni
— Olhinto de Magalhaes

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón

Vicedecano

Dr. D. Enrique Bazterrica

Consejeros

Dr. D. Eliseo Cantón
— Luis Guemes
— Enrique Bazterrica
— Antonio C. Gandolfo
— José M. Ramos Mejía
— Baldomero Sommer
— G. Aráoz Alfaro
— José R. Semprún
— Abel Ayerza
— Eufemio Uballes
— Francisco Sicardi
— Telémaco Susini
— Nicasio Etchepareborda
— Eduardo Obejero
— Juan A. Boeri (suplente)
— Juvencio Z. Arce

Secretarios

Dr. D. Jonás Larguía (Consejo Directivo)
— Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología médica	Dr. Pedro Lacavera
Física médica	» Alfredo Lanari
Química médica	» Atanasio Quiroga
Botánica médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la medicina	» Pedro N. Arata
Histología	» Rodolfo de Gainza
Anatomía descriptiva	» Joaquín López Figueroa
— descriptiva	» José Arce *(en ejercicio)*
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología general y humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología	» Carlos Malbrán
Higiene pública y privada	» Ricardo Schatz
Materia médica y terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología externa	» Obdulio Hernández
Medicina operatoria	» Leandro Valle
Clínica ginecológica	» Enrique Bazterrica
— otorinolaringológica	» Eduardo Obejero
— dermatológica y sifilográfica	» Baldomero Sommer
— epidemiológica	» José Penna
— quirúrgica	» Pascual Palma
— neurológica	» José M. Ramos Mejía
— médica	» Luis Güemes
— médica	» Francisco A. Sicardi
— oftalmológica	» Pedro Lagleyze
Patología interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Clínica quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo
— médica	» Ignacio Allende
— obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología experimental	» Juan B. Señorans
Clínica pediátrica	» Ángel M. Centeno
— médica	» Abel Ayerza
— génitourinarias	» Pedro Benedit
— psiquiátrica	» Domingo Cabred
— quirúrgica	» Diógenes Decoud
— obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Roberto Wernicke
Juan R. Fernández

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedrát. extraordinarios
Física médica	Dr. Juan José Galiano
Anatomía patológica	» José Badía
Clínica ginecológica	» Alfredo Lagarde » José F. Molinari
— médica	» Patricio Fleming
— oftalmológica	» Teófilo A. Moret
— quirúrgica	» Daniel J. Cranwell » Avelino Gutiérrez
— dermatológica y sifilográfica	» Maximiliano Aberastury
— neurológica	» José A. Esteves » José R. Semprún
— psiquiátrica	» Benjamín T. Solari
— pediátrica	» Antonio F. Piñero
Medicina legal	» Domingo S. Cavia

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos substitutos
Zoología médica	Dr. D. J. Greenway
Física médica	Vacante
Botánica médica	» Rodolfo Enríquez
Histología	» Julio G. Fernández
Bacteriología	» Juan Carlos Delfino
	» Leopoldo Uriarte
	» Alois Bachmann
Higiene médica	» Felipe Justo
Clínica ginecológica	» Jaime Salvador
— otorinolaringológica	» Eliseo V. Segura
Patología externa	» Carlos Robertson
	» Ricardo S. Gómez
Patología interna	» Ricardo Colón
	» Pedro Labaqui
Clínica oftalmológica	» Enrique Demaría
— quirúrgica	» Francisco Llobet
	» Marcelo Viñas
	» Marcelino Herrera Vegas
	» José Arce
— neurológica	» Mariano Alurralde
Medicina legal	» Pedro Barbieri
Clínica médica	» Luis Agote
	» David Speroni
	» Juan J. Vitón
— obstétrica	» Enrique A. Pardo
	» Enrique Zárate
	» Arturo Enríquez
	» Alberto Peralta Ramos
	» Faustino J. Trongé
— pediátrica	» Manuel A. Santas
	» Mamerto Acuña
	» Jenaro Sisto
— génitourinaria	» Bernardino Maraini
	» Joaquín Nin Posadas
— psiquiátrica	» José T. Borda

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; anatomía, fisiología comparada	Dr. Ángel Gallardo
Botánica y mineralogía	» Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
— orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognosia y posología razonadas	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica	» Julio J. Gatti
Química analítica y toxicológica (primer curso)	» Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	» J. Manuel Irizar
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» Ricardo A. Schatz

Asignaturas	Catedráticos substitutos
Farmacognosia y posología razonadas	Dr. Juan A. Domínguez *(en ej.)*

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y clínica obstétrica Parto distócico y clínica obstétrica .	Dr. Fanor Velarde

Asignaturas	Catedráticos substitutos
Parto fisiológico y clínica obstétrica. Parto distócico y clínica obstétrica..	Dr. Miguel Z. O'Farrell » Ubaldo Fernández » J. C. Llames Massini

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, fisiología, patología.....	Dr. León Pereyra
Cirugía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentarias, medicina legal	» N. Etchepareborda

Asignaturas	Catedráticos substitutos
Anatomía, fisiología, patología.....	
Cirugía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentarias, medicina legal	Dr. R. Erauzquin

PADRINO DE TESIS

DOCTOR JULIO MÉNDEZ

Á LA MEMORIA DE MI QUERIDO PADRE

Á LA MEMORIA DE MI HERMANA EMMA

Á MI MADRE

Á MIS CONDISCÍPULOS Y AMIGOS

DOCTORES AUGUSTO GOWLAND
MAURICIO JAMMES
LUIS PASTOR

SEÑORES ACADÉMICOS :

Ajustándome á las disposiciones reglamentarias, someto á vuestro elevado criterio este modesto trabajo sobre gastrostomía, en el que he tratado de consignar los distintos procedimientos empleados actualmente en los servicios de cirugía de esta capital, con sus correspondientes resultados.

Quiero dejar constancia de mi agradecimiento á todos mis maestros.

Al doctor JULIO MÉNDEZ, padrino de esta tesis, mi gratitud y cariño.

Al doctor RICARDO S. GÓMEZ, que me inspiró en el tema, mi reconocimiento.

HISTORIA

La gastrostomía definida por SÉDILLOT « es una operación que consiste en establecer sobre las paredes del estómago una abertura permanente con el objeto de proporcionar á la alimentación una vía artificial, en los enfermos á quienes una estrechez completa del esófago condena á morir de inanición ».

Esta definición es incompleta, porque si bien es cierto que generalmente su objeto es alimentar en los casos en que la intervención es de urgencia, cierto es también que puede servir excepcionalmente para atacar las estrecheces del esófago por su parte inferior (cateterismo retrógrado) como lo había predicho EGEBERG. Además, dejando en tranquilidad al esófago, irritado diariamente por el pasaje de los alimentos, cesa el espasmo que provoca dolor.

Por las razones expuestas, BRAQUEHAYE propone la siguiente definición:

« La gastrostomía es una operación destinada

á establecer una boca estomacal para nutrir los enfermos cuyo esófago no permite más el pasaje normal de los alimentos, para poner este conducto en reposo suprimiendo las causas de irritación debidas á la deglución diaria del bolo alimenticio y, en fin, cuando es posible, para atacar por abajo las estenosis esofágicas ».

Aunque la gastrostomía sea de data reciente, pasaremos por alto numerosos trabajos á los cuales ha dado lugar, y por el momento sólo nos ocuparemos de su estudio desde el punto de vista histórico.

Registramos en el transcurso del tiempo tres períodos :

En el primero no se admira en ella más que una tentativa audaz, pues no existiendo la antisepsia, morían todos los operados, hasta el punto que ALQUIÉ, en 1854, publica un artículo contra esta operación : « De certaines folies opératoires de notre époque ou de la ligature de l'aorte et de la gastrostomie ».

Con la era antiséptica, la operación se vuelve menos mortífera; pero si los enfermos sobreviven, lo hacen arrastrando una vida miserable, digeriendo su pared abdominal con el jugo gástrico que se derrama. Este constituye su segundo período.

Llega por fin el tercero, donde se busca de todos modos hacer la fístula continente, y es entonces que aparecen numerosas monografías que encierran procedimientos nuevos, con modificaciones

y perfeccionamientos, que son los que la han elevado á la categoría de las operaciones modernas.

Primer período

Un médico militar noruego, llamado EGEBERG, fué el primero que tuvo la idea de la gastrostomía, pero no alcanzó á practicar la operación, que que también había descripto el año 1837.

Experiencias hechas en animales (fístulas gástricas) prueban bien pronto que se podía abrir el estómago y mantenerlo abierto.

El 13 de noviembre de 1849, SÉDILLOT, célebre cirujano francés, es el primero que la practica en un enfermo de cáncer del esófago, sumamente debilitado, quien no sobrevivió más que algunas horas á la operación.

Más prudente en la segunda intervención, hecha el 21 de enero de 1853, la efectúa en dos tiempos: en el primero se reduce á la gastropexia, y cinco días después abre el estómago. Á pesar de esta operación más prolija, el enfermo muere diez días después por peritonitis.

FENGER, en 1854, en un cáncer infranqueable del esófago, hace una incisión á lo largo de las falsas costillas izquierdas, desde la punta del esternón hasta el octavo cartílago costal; fija el estómago por suturas; lo punciona unos días más tarde y deja una sonda permanente. Pierde su enfermo.

Los operadores que siguieron: COOPER FORSTER (1856), HABERSTON (1858), SIDNEY JONES (1860-66), TH. BRYANT, CURLING (1866), RUDALL, VON THADEN (1867), DURHAM (1868), MAURY (1870), J. LAVE (1871), SMITH, LEWIS, MAC-CORMAC, JOUON (de Nantes), LEGROS CLARK, TROUP, BRYANT, MASON, JACKSON (1872), LOWE, ROSE, JACOBI, HJORT, MÖLLER (1874), no obtuvieron resultados más satisfactorios.

Es el período desastroso de la gastrostomía.

Por fin en 1875 SIDNEY JONES, después de dos operados sin resultado, obtiene una sobrevida de veinte días en un tercero.

Este éxito relativo es suficiente para autorizar tentar la operación, aplicándole las ventajas de la antisepsia.

Segundo período

Gracias á la rigurosa antisepsia, VERNEUIL obtiene la curación de un enfermo, que no sucumbe sino diez y seis meses después de una tuberculosis pulmonar.

Á tan asombroso éxito y á su repercusión, sigue una comunicación de VERNEUIL á la Academia de Medicina el 31 de octubre de 1876; otra de RICHET á la Academia de Ciencias el 11 de marzo de 1877; y un mes más tarde, J. BÉCLARD presentaba una joven operada á sus alumnos del curso de fisiología.

Llegados aquí, ya se nota la frecuencia con que se pone en práctica la gastrostomía, seguida muy á menudo de buenos resultados.

Citaremos los casos de LANNELONGUE (de Bordeaux, 1877), de SCHONBORN (de Konisberg, 1877), de TRENDELENBURG (de Rostock, 1878), de HERFF (1879), de HOWSE (1879), etc.

En este periodo la preocupación esencial de los cirujanos es evitar á todo trance la infección peritoneal. De ahí que vemos á SCHÖNBORN que propone hacer la gastrostomía cuando el esófago es todavía permeable, con el objeto de atravesarlo por una sonda, terminada en su punta por un balón, el cual, inflado dentro del estómago, hace que sus paredes se distiendan y vengan á aplicarse sobre la pared abdominal.

HOWSE en Inglaterra indica como suyo el método en dos tiempos que ya había empleado en 1853 SÉDILLOT, y le atribuye á él los buenos resultados que le da la gastrostomía.

VERNEUIL hace notar en Francia que la seguridad operatoria reside, sobre todo, en el empleo de la antisepsia.

Tercer período

En este período queda comprobado que la gastrostomía es una operación legítima, perfectamente indicada en los que llevan una lesión cancerosa infranqueable del esófago, prolongándoles la vida

y evitándoles la desastrosa muerte por hambre y sed.

Á pesar de esto, los resultados operatorios están lejos de la perfección, pues ni los obturadores de Sédillot, Langenbeck, ni las sondas permanentes de Verneuil y Trendelenburg, han podido evitar que el líquido se derrame y digiera la pared.

Estas úlceras son, á veces, muy grandes y dolorosas. Bien conocido es el caso de una operada de BERGMANN que decía: prefiero morir antes de conservar la fístula.

Y es con el fin de evitar estas úlceras que han sido imaginados tantos procedimientos.

Se pensó primero que el asiento elevado de la fístula en la vecindad del cardias evitaría el derrame del jugo gástrico. Sobre este punto insistió LARGER, seguido más tarde por DELAGENIÈRE, HAHM, CECCHERELLI, HEUSNER.

Otros han pretendido obtener un orificio continente, haciendo en el estómago un pequeño ojal (BRYANT, LUCAS CHAMPIONNIÈRE), y suturando la mucosa del estómago á la piel (TERRIER, BERGER, HARTMANN, DOYEN).

PONCET es el partidario del método en dos tiempos. Estos son procedimientos simples que no tienen otra ventaja que la rapidez sin llegar á la perfección de métodos más complicados. Estos dividen las operaciones en grupos: unos buscando fuera del conducto la causa de la oclusión (esfinterianos); otros llegando al mismo objeto por la

formación de válvulas (valvulares); y, por fin, un tercer grupo haciendo fístulas á trayectos más ó menos largos y más ó menos sinuosos (fistulosos largos y oblícuos).

La esfinterización encierra diversos procedimientos. Puede ser ósea: cuando la oclusión se obtiene haciendo seguir á la fístula un trayecto intercostal (HAHN, CECCHERELLI, HEUSNER); muscular: cuando es el músculo gran recto del abdomen que es atravesado por el canal nuevo y encargado de obturarlo (GIRARD, VON HACKER, JABOULAY), ó cuando las fibras lisas del estómago forman un anillo contráctil (GOLDING-BIRD, FISCHER, TERRIER).

La valvulación se obtiene invaginando sobre sí misma todo el espesor de la pared gástrica (KADER, FONTAN. HELFERICH); ó la mucosa solamente (PÉNIÈRES, FORGUE, POIRIER), para formar una verdadera válvula.

Los fistulosos largos y oblícuos hacen seguir un trayecto largo y acodado bajo la piel, á veces vertical (SABANEJEF. LINDER, FRANK, VILLAR, KOCHER otras horizontal (JABOULAY, HARTMANN); el trayecto es peritoneal con ciertos cirujanos (LÉONARD, BIDWEL, SCHWARTZ); otros crean un trayecto oblícuo sobre la pared estomacal (WITZEL), ó bien entre la musculosa y la mucosa (MARWEDEL, FISCHER, SCHNITZLER, BAROZZI).

Pueden citarse entre el grupo los procedimientos de torsión ó en jareta (ULLMANN, STAMM, SENN,

von Noorden, Greig Smith, Souligoux, Guillot).

Veremos más tarde de estos procedimientos los más frecuentemente usados.

Dijimos en la segunda definición que la gastrostomía, además de servir para alimentar, podía prestar servicios para atacar y curar ciertas estrecheces no cancerosas del esófago. Y en efecto, esto se hace por el cateterismo retrógado y por la electrolisis (Krüger, sobre once casos curados). Esta dilatación por vía gástrica ha sido empleada solamente en el extranjero.

Tales son las diversas fases por las cuales ha pasado la gastrostomía.

MÉTODOS OPERATORIOS

Creados para evitar el derrame del contenido estomacal, su número en la actualidad es bastante crecido.

Para hacer una exposición ordenada de los principales sistemas, voy á clasificarlos en las tres categorías en que los divide el tratado de técnica operatoria de MONOD y VANVERTS, dejando para otro capítulo la enumeración de los sistemas empleados en cada uno de los servicios de cirugía, con sus correspondientes resultados.

Previamente paso á describir el procedimiento ordinario, que consiste en la creación de una fístula gástrica directa.

Primer tiempo. — Laparotomía.

Esta puede hacerse de dos maneras: por incisión oblícua ó por incisión vertical.

Incisión oblícua: paralelamente al reborde costal izquierdo se incinde la piel á dos centímetros por debajo de él, y en una extensión de seis á siete centímetros, comenzando adentro, á cinco

centímetros de la línea media, con el objeto de respetar la mayor parte del músculo recto, y terminando afuera, al nivel del noveno cartílago costal ó de la articulación del noveno y décimo cartílago.

No olvidar el detalle importante de hacer la incisión á dos centímetros por debajo del reborde costal, para evitar que la retracción cutánea lo haga caer sobre dicho reborde.

Incisión vertical: es hecha sobre el reborde externo del músculo recto ó á través de él, presentando las mismas ventajas que la incisión oblícua y aun más, del punto de vista de la reconstrucción de la pared.

Segundo tiempo. — Investigación del estómago.

Es este uno de los casos que presenta ciertas dificultades para encontrarlo, por el hecho de haberse retraído, debido al vacío obligado y constante en que se mantiene durante el mayor tiempo de la enfermedad.

Sin embargo, hay reglas perfectamente establecidas que, á base de relaciones anatómicas, hacen infalible su encuentro. En efecto, guiándose por el borde anterior y la cara inferior del hígado, que es el mejor jalón, se introduce el índice izquierdo hasta la columna vertebral, donde puede sentirse la aorta á través del delgado epiplón gastrohepático. Una vez allí, se desvía el índice un poco hacia la izquierda, pero siempre al mismo nivel profundo y en dirección al diafragma, donde

se encuentra una corbata medianamente espesa, que es la pequeña curvatura del estómago, fuera de la cual, con una larga pinza inofensiva, se puede tomar la cara anterior del órgano (FARABEUF).

No podrá nunca confundirse el estómago con el intestíno, del que se distingue claramente por su pared espesa, carnosa y muscular y por su superficie blancarrosada, que no presenta bultos ni *tractus* de fibras longitudinales.

Explicado el caso más difícil, ya nos será fácil hallar el estómago en el caso que no haya retracción. Basta con levantar el borde anterior del hígado y bajar el epiplón y colon transverso.

Tercer tiempo. — Gastropexia.

Siendo reconocido el estómago, se tratará de traer hacia la herida una porción aproximada al cardias, lo que se consigue por medio de una sencilla maniobra efectuada con dos dedos unidos de cada mano, que dejan deslizar entre ellos, de arriba á abajo, la cara anterior de la víscera.

Si se nota cierta resistencia, debe evitarse todo esfuerzo para vencerla, pues de lo contrario pueden producirse desgarraduras que son siempre serias dentro de la cavidad peritoneal.

El cono estomacal formado fuera de la herida, siendo de un largo determinado, es confiado á un ayudante, que lo mantiene fijo afuera, ya sea con los dedos ó con una pinza de ramas chatas ó de dientes cortos.

Fijación por el procedimiento de Terrier.—La fijación del estómago á los labios de la herida se efectúa por seis ú ocho puntos de sutura en U al catgut mediano ó seda fina, de los que cuatro ó seis son paralelos al gran eje de la herida, y dos (puntos extremos) le son perpendiculares.

Cada punto se hace de la manera siguiente: cargada la aguja, debe atravesar en su espesor la pared estomacal, respetando la mucosa, es decir, interesando la serosa y musculosa, y deslizándose entre ésta y la mucosa en una extensión de un centímetro aproximadamente.

Cada una de las extremidades de esta asa debe atravesar en los labios de la herida el peritoneo parietal y la parte profunda de la capa muscular.

Todos los puntos se anudan y se cierran por arriba y abajo de la herida en todo el trecho que reste de incisión, por medio de suturas que cargan á un tiempo la serosa y gran parte de la capa muscular. En estas condiciones, la cavidad peritoneal queda absolutamente cerrada, y sólo se ve en medio de la herida retraída una pequeña eminencia, formada por la porción chica de estómago comprendida entre suturas.

Cuarto tiempo. — Gastrostomía propiamente dicha.

Con un bisturí estrecho se incinde la pared estomacal en un largo de un centímetro, más ó menos, ya sea directamente ó por transfixión. La músculoserosa únicamente cortada, se retrae y

circunscribe un pequeño espacio, en cuyo medio la mucosa aparece y debe, á su vez, ser cortada.

Esta abertura tiene que ser tan pequeña como fuere posible. Llegados á esta altura, la fístula ya está establecida, pero con tendencia á estrecharse y aun cerrarse si no fueran los cateterismos repetidos, necesarios para la introducción de alimentos.

Ha sido aconsejado para evitar la tendencia á la estrechez, como para ponerse al abrigo de toda acción ulcerativa, fijar á la piel los bordes del orificio por una serie de suturas de catgut ó seda fina, comprendiendo exclusivamente la mucosa ó aún la totalidad de las túnicas viscerales. Pero parece que la experiencia, no tan sólo considera este detalle como inútil, sino que, lejos de ello, le parece que abre camino á la incontinencia.

Hecho esto, la incisión parietal es cerrada por arriba y abajo de la fístula ; luego se polvorea la herida con carbonato de magnesia ó bicarbonato de soda para neutralizar la acción del jugo gástrico que se derrame, y se termina por un vendaje ordinario.

Gastrostomía en dos tiempos

Consiste esta operación en hacer sencillamente en el primer tiempo la gastropexia por el método arriba indicado, dejando para más tarde, cuando cicatrice la herida, la gastrostomía propiamente dicha, con el objeto de evitar la infección perito-

neal, reduciendo los dos tiempos á uno solo. Este es el procedimiento de HOWSE. PONCET la hace también en dos tiempos, siendo el primero la gastropexia como en el anterior, pero el segundo lo posterga hasta que la disfagia haga imposible la alimentación por las vías naturales. Para realizar este segundo tiempo se sirve de un fino tenótomo ó simplemente de un trócar.

Hay quien deja un punto en falso para no errar en este segundo tiempo. Pero á pesar de esta precaución, ha sucedido que el intrumento, en vez de penetrar al estómago, ha perforado solamente el peritoneo y se han inyectado alimentos en plena cavidad abdominal. Este inconveniente y la incomodidad de los dos tiempos, han hecho que este procedimiento se abandone, tanto más, cuanto que por el primero no hay peligro ninguno de derrame de líquido si se hace con toda corrección.

Clasificación de Monod y Vanverts

Procedimientos esfinterianos.		Simple. De Hartmann (submuscular). De Jaboulay (subcutáneo).
Procedimientos valvulares. .		De Fontan. De Poirier.
Procedimientos á trayectos fistulosos.	Epiroides. . .	Souligoux. Guillot.
	Largos y oblícuos.	Sabanejef, Frank. Marwedel, Barozzi. Witzel.
	Tapizados por mucosa. . . .	Tavel, Lambotte (mucosa intestinal). Depage, Fœderl (mucosa gástrica).

Gastrostomías esfinterianas

Para formar un esfínter alrededor de la fístula (característica de este grupo), se hace pasar el pliegue estomacal á través del músculo recto previamente incindido. Para asegurar aún más la continencia de la boca gástrica, se puede hacer describir al trayecto fistuloso, en el espesor de la pared, un camino flexuoso.

a). — GASTROSTOMÍA ESFINTERIANA SIMPLE

La incisión de la pared abdominal se hace á través del músculo recto y paralelamente á sus fibras. Se llega á la cavidad abdominal, se extrae

la parte del estómago correspondiente y se fija por puntos en U á la hoja posterior de la vaina del músculo recto, y luego se abre el estómago, como ha sido dicho más arriba.

b). — GASTROSTOMÍA ESFINTERIANA CON CANAL FISTULOSO SUBMUSCULAR (HARTMANN)

Se hace una incisión cutánea vertical de diez centímetros de largo, y á dos centímetros y medio á la izquierda de la línea media; se secciona el tejido celular subcutáneo y la hoja anterior de la vaina del recto; se inclina hacia afuera este músculo para descubrir la hoja posterior de su vaina dentro del borde interno, y se incinde ésta y el peritoneo sobre la línea media.

Se fija luego el estómago (del que se toma la túnica músculoserosa) á la hoja parietal fibroserosa por algunos puntos de sutura. Inmediatamente se disocia con una sonda acanalada en dos ases el músculo recto, entre los cuales se hace pasar el cono estomacal. Sutura músculoserosa de éste á los labios de la hoja anterior de la vaina del recto. Finalmente, pequeña incisión del vértice del cono estomacal y sutura de la mucosa á la piel. Sutura del resto de la pared.

c). — GASTROSTOMÍA ESFINTERIANA CON CANAL SUBCUTÁNEO (JABOULAY)

Una vez hecha la laparotomía vertical lateral á través del músculo recto, el colon estomacal atraviesa el músculo y se desvía hacia la línea media entre el tejido subcutáneo para salir á dicho nivel por una incisión hecha sobre los tegumentos, y á los cuales se fija.

Gastrostomías valvulares

Todos los procedimientos incluídos en esta categoría consisten en crear al nivel del orificio fistuloso una válvula destinada á impedir la salida del jugo gástrico; la idea le corresponde á PÉNIÈRES.

PROCEDIMIENTO DE FONTAN. — Siendo el cono estomacal extraído como de ordinario, pero de tal modo que haya bastante túnica, se fija la base del pliegue á los labios de la herida parietal por medio de suturas no perforantes. Se incinde la músculoserosa estomacal sobre el vértice del cono y luego la mucosa, después de haberla desprendido un poco para favorecer la formación de la válvula. Una sonda Nélaton se introduce á frotamiento en el orificio creado. Con pinzas se rechaza entonces adentro la porción de estómago saliente, constituyéndose de este modo un fondo de saco cónico, de superficie interna serosa, del

que ocupa su eje la sonda; después se fija á la piel la base del cono por puntos no perforantes hechos al catgut. La herída abdominal se cierra arriba y abajo.

Procedimiento Poirier. — La diferencia entre éste y el precedente está en que aquí se invagina solamente la mucosa. En el vértice del cono, la músculoserosa se divide hasta la mucosa exclusivamente. Se toma ésta con una ó dos pinzas; se desprende hasta la base del cono y luego se incinde. Esta mucosa desprendida y flotante es la que constituye la válvula.

Gastrostomías fistulosas

Procedimiento á trayecto espiroide (Souligoux). — Tomando con una pinza la pared anterior del estómago se saca afuera. El cono así formado, se tuerce en un arco de círculo de 90 grados, y se fija en esta posición por un *surjet* de cuatro centímetros que une los pliegues. Tirando siempre con la pinza del vértice del cono se le hace sufrir una nueva torsión de 120 grados, que se fija también por un *surjet*. Manteniendo siempre la tensión con la pinza, se cose el estómago á los labios de la herida parietal como de ordinario. En otro tiempo se abre el vértice del cono y se sutura la seromusculosa estomacal á la aponeurosis abdominal y la mucosa á la piel. La sonda se introduce exclusivamente en los momentos de las comidas.

Procedimiento de Guillot. — Este, en lugar de efectuar la torsión sobre todo el pedículo, lo hace solamente sobre la mucosa. Siendo incindida la músculoserosa y desprendida la mucosa como en el procedimiento de Poirier, pero en una mayor extensión, se divide el cono mucoso y se le hace entrar para hacerle sufrir una torsión de 180 grados y fijar á la piel los bordes de la abertura.

GASTROSTOMÍAS Á TRAYECTOS LARGOS Y OBLÍCUOS

Por este procedimiento, las paredes del trayecto se adosan espontáneamente ó bajo la presión de un vendaje para impedir el derrame del jugo gástrico. Este trayecto se forma en el espesor de la pared abdominal (procedimientos ya citados de Hartmann y Jaboulay) ó de la pared gástrica ó por adosamiento de dos pliegues gástricos.

Trayectos subcutáneos. — (Sabanejef, Frank, Lindner, Villar). — El cono estomacal es sacado fuera y fijado como procede Fontan. Á dos traveses de dedo por encima de la incisión cutánea se hace otra segunda paralela que sólo interesa la piel y tejido celular. Desprendiendo la piel por debajo para comunicar estas dos incisiones, se forma un puente, por debajo del cual se hace pasar el cono estomacal para fijarlo al vértice de la segunda incisión, suturando esta si se considera grande. Se incinde el vértice del pliegue estomacal para el pasaje de una sonda, y se cierra el resto.

Procedimiento de Marwedel, Barozzi. — (Trayecto formado en el espesor de la pared gástrica). — La incisión de la laparotomía es aquí oblícua, como ha sido anteriormente descripta. Se hace sobre el estómago un grueso pliegue alargado, paralelo al gran eje de la herida y mantenido en sus extremos por dos pinzas Chaput. Este pliegue se une por suturas seromusculares al peritoneo y á la cara muscular profunda de la pared, de tal manera, que la porción de estómago tomada mida siete centímetros de largo por tres centímetros de ancho. Sobre esta porción se incinde la pared seromuscular hasta la mucosa exclusivamente y paralelamente á la herida en un largo de seis á siete centímetros; se desprenden después los dos labios seromusculares de la incisión en una extensión suficiente para que, vueltos á suturar, puedan contener en su interior una sonda Nélaton número 17 á 19. Hecho esto, se punciona la mucosa en el ángulo inferior de la gotera formada por los dos colgajos seromusculares y se introduce la sonda por este orificio á una profundidad de tres centímetros, más ó menos. Se extiende la sonda en el surco mucoso y se suturan por encima los dos colgajos seromusculares. La herida parietal se cierra por sutura de la capa muscular y de la piel. Se deja la sonda durante seis ú ocho días, para no colocarla en adelante sino en los momentos de la comidas.

Procedimiento de Witzel. — (Trayecto for-

mado por adosamiento de dos pliegues gástricos). — En un pequeño orificio que se hace sobre la pared visceral se introduce una sonda Nélaton número 14, que se fija al órgano por un *surjet* en jareta. La porción de sonda inmediata al orificio que queda afuera se recuesta sobre el estómago y se la encierra en un largo de seis á ocho centímetros, entre dos pliegues de la pared gástrica, los que se reunirán por un *surjet* seromuscular, comenzando por debajo del orificio creado. Finalmente, se fija el estómago á la pared en la extensión correspondiente á la parte plegada.

Gastrostomías á trayectos tapizados por mucosa

a). — Procedimiento de Tavel, Lambotte (Mucosa intestinal). — Este procedimiento consta de dos tiempos:

1.° Sacar un asa intestinal de diez centímetros de largo, munida de su mesenterio, y restablecimiento de la continuidad de los dos cabos intestinales por una enterorrafia circular. Ejecución como para una gastroenterostomía.

2.° Pasar el asa obtenida á través del mesocolon transverso y el gran epiplón para llevarla delante del estómago. Fijar el cabo distal de ésta á la pared anterior del estómago, y el cabo proximal á la pared abdominal. Curioso artificio de creación de un nuevo esófago con su peristaltismo estomacópeto.

b). — Procedimiento de Depage (Mucosa gástrica). — Una porción del estómago es separada de la cavidad peritoneal por una sutura continua, uniendo la pared del órgano á los bordes del peritoneo. Á expensas de la pared estomacal se talla un colgajo á base superior (Fœderl lo hace á base inferior), de cinco centímetros de ancho, que se invierte levantándolo. Con una sutura continua en dos planos se unen los bordes de pared gástrica dejados por el colgajo levantado, y luego reune á los dos de éste en la misma forma, transformando así el colgajo en un canal que puede fijarse en el ángulo superior de la herida de la pared abdominal, ó si es suficientemente largo, puede ser llevado hasta la proximidad del apéndice xifoide á través de un túnel intraparietal.

Procedimiento del doctor José Arce. — *Primer tiempo.* — Se hace una laparotomía lateral transmuscular á través del recto anterior izquierdo del abdomen, incisión vertical de seis á siete centímetros en la porción más alta del epigastrio.

Segundo tiempo. — Sutura de un punto, el más vecino al cardias y á la pequeña curvatura, de la túnica seromusculosa de la cara anterior del estómago al peritoneo parietal solamente, dejando accesible en el fondo de la herida un área de pared estomacal de uno á dos centímetros.

Tercer tiempo. — Abertura de la pared del estómago en el centro de esa superficie accesible,

justa, suficiente, para el paso de una sonda Nélaton número 18 ó 20.

Cuarto tiempo. — Reunión músculoaponeurótica y cutánea en dos planos, dejando el espacio suficiente para el paso de la sonda.

MÉTODOS EN LOS HOSPITALES

Hospital de Clínicas. — En este servicio se emplea actualmente el método de los tres autores, como le llama el doctor Gandolfo, que es el de Frank, Sabanejef, Villar. Á juicio del doctor Gandolfo, este es un procedimiento que le ha dado buenos resultados, del punto de vista de la continencia.

El doctor Cranwell ha hecho, á veces, el procedimiento de Terrier - Gosser.

Hospital San Roque. — El doctor Decoud se ha servido en un principio del método de Sabanejef, que hoy lo ha dejado porque, en su concepto, es algo complicado y no presenta las ventajas de continencia del von Witzel, que es el que utiliza hoy día.

En el servicio del doctor Palma se hace solamente von Witzel con satisfactorios resultados.

Hospital Rivadavia. — En este establecimiento el doctor Caballero hace el esfinteriano simple á través del músculo recto, y consigue una buena continencia.

Á veces suele hacer, con excelentes resultados, un procedimiento mixto, que no es más que una combinación del esfinteriano simple con el valvular de Fontan.

El acodado de Hartmann lo emplea poco.

El doctor MOLINA hace el esfinteriano simple, consiguiendo con él continencia.

El doctor GÓMEZ ha operado por Hartmann como por Arce y procedimiento ordinario.

Ha visto ulcerarse por Hartmann y por el ordinario, teniendo, en cambio, buenos resultados con el procedimiento de Arce.

Hace notar la gran tendencia que tiene éste á estrecharse, hasta el punto de recurrir, á veces, á la sonda acanalada para abrirse paso á través del esfínter.

HOSPITAL RAWSON. — El médico interno de este hospital, doctor COPPELLO, ha hecho Terrier-Gosser con muy buenos resultados.

He visto un enfermo que permanece aún en el hospital, con fístula continente, operado por este cirujano hace ya más de un año.

HOSPITAL DE FLORES. — Fl doctor J. ARCE, por su procedimiento antes descripto, obtiene buenos resultados. Por este método la fístula tiende á estrecharse, siendo ésta una excelente condición para la continencia.

Insiste, sobre todo, el doctor ARCE en el importante detalle de no suturar la mucosa á la piel, para evitar las ulceraciones y la consiguiente

incontinencia. Y dice: lógico es pensar que la mucosa allí adherida (á la piel), no tan sólo atrae al jugo gástrico por capilaridad, sino que esa misma porción lo segrega. Y termina diciendo que debe tomarse como sistema para procedimientos en general *no suturar la mucosa á la piel.*

Hospital Español. — El doctor Gutiérrez emplea con preferencia el procedimiento de Frank-Villar, pero haciendo una fístula sumamente estrecha, para lo cual emplea un bisturí de hoja muy fina. El éxito de todas estas fístulas lo basa en la estrechez de su abertura.

Reconoce un buen procedimiento el valvular de Fontan, coincidiendo en esta opinión con el doctor Arce, que también le reconoce sus bondades.

Carlos A. Querencio.

Septiembre 13, 1909.

Buenos Aires, septiembre 13, 1909.

Nómbrase al señor consejero doctor NICASIO ETCHEPAREBORDA, al profesor titular doctor JOSÉ ARCE y al profesor suplente doctor RICARDO S. GÓMEZ, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen sobre la presente tesis, de acuerdo con el artículo 4.° de la Ordenanza sobre exámenes.

ENRIQUE BAZTERRICA.

R. S. GÓMEZ.

Secretario.

Buenos Aires, septiembre 16, 1909.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 2083 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

ENRIQUE BAZTERRICA.

R. S. GÓMEZ.

Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Resultados operatorios de la gastrostomía.

N. Etchepareborda.

II

Indicaciones de la gastrostomía, contraindicaciones de la misma y operaciones que pueden reemplazarla.

J. Arce.

III

¿Cuál es el mejor procedimiento de la gastrostomía á juicio del autor?

R. S. Gómez.