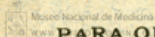


LA GASTROSTOMÍA

MEMORIA

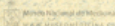


PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN LA FACULTAD DE MEDICINA Y FARMACIA

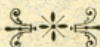
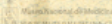
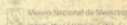
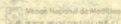


Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

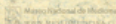
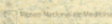
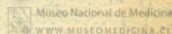
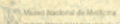


JAVIER RODRÍGUEZ BARROS



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



SANTIAGO DE CHILE

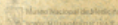
IMPRENTA, LITOGRAFÍA Y ENCUADERNACION BARCELONA

Calle Moneda, entre Estado y San Antonio



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



LA GASTROSTOMÍA

MEMORIA

PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN LA FACULTAD DE MEDICINA Y FARMACIA



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

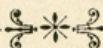
JAVIER RODRÍGUEZ BARROS



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

SANTIAGO DE CHILE
IMPRENTA, LITOGRAFÍA Y ENCUADERNACION BARCELONA
Calle Moneda, entre Estado y San Antonio

1901

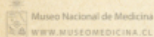


Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

LA GASTROSTOMIA

MEMORIA

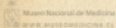
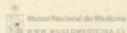
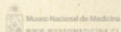


MEMORIA DE LA GASTROSTOMIA EN LA FACULTAD DE MEDICINA Y FARMACIA



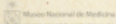
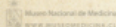
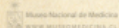
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



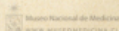
Museo Nacional de Medicina

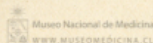
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



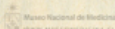
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



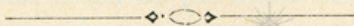
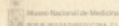
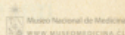
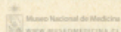


Museo Nacional de Medicina
Ata de Profesores de Clínica Quirúrgica
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

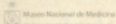
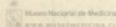
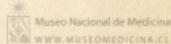
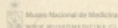


Dr. Manuel Barros Borgoño

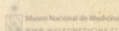
EL AUTOR

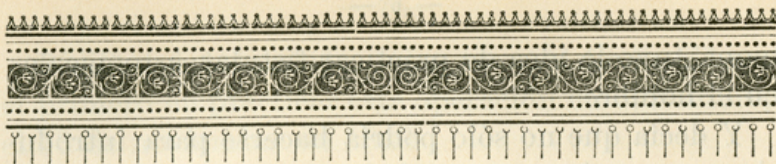


Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL





Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

LA GASTROSTOMÍA



NOCIÓN.—Sédillot dió el nombre de *Gastrostomía* (boca estomacal) á una operación que consiste en establecer en las paredes del estómago una abertura permanente, con el fin de producir una vía artificial para la alimentación, en aquellos enfermos condenados á morir de inanición por una estrechez completa del esófago ó del cardias.

HISTORIA

ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y ESTADÍSTICA. — A. Egeberg, médico noruego, fué el primero, en una memoria leída en la Sociedad Médica de Cristianía el 8 de mayo de 1837, que apoyándose en los casos clínicos de fístulas gástricas traumáticas y particularmente en el caso del conocido canadiense de Beau-



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

mont, tuvo la idea de practicar fístulas estomacales en el hombre.

Y decía que no sólo podría hacerse para introducir por esa vía una cantidad suficiente de alimentos, ya que los casos demostraban la posibilidad de esta alimentación y hacían ver que la saliva no era indispensable para que la digestión se hiciera en buenas condiciones, sino también para atacar por su parte inferior las estrecheces del esófago tal como se hacía con las estrecheces de la uretra.

Después, Blondlot en 1841, y Bassow en 1842, se sirvieron de fístulas gástricas hechas en perros, para estudiar la digestión estomacal, y, si es cierto que estos animales morían, poco después, de supuración y peritonitis, no era menos cierto que la operación era practicable.

En efecto, ya en 1844 la consideraba así Watson, quien aconsejaba hacer la incisión en la cara anterior del órgano y á igual distancia de sus extremidades, opinión de la que participaban poco después Monneret y Fleury.

Poco más tarde (1846) Sedillot en tres memorias presentadas á la Academia de Ciencias sobre lo que él llamaba la *gastrostomía fistulosa*, estudia las indicaciones de la operación y, después de experiencias en animales, concluye declarando que la *gastrostomía* es el sólo medio capaz de impedir la muerte por inanición en los enfermos atacados de estrecheces completas del esófago.

En ese mismo año Pétel propuso á la Sociedad Médica de Cambray hacer la gastrostomía en un enfermo que tenía una estrechez infranqueable del esófago, y la operación fué rechazada por la unanimidad de los presentes.

Sédillot fué también quien tuvo el honor de ser el primero en practicar esta operación en el hombre, el 13 de noviembre de 1849.

El enfermo tenía un cáncer del esófago, estaba muy debilitado y casi exánime, de modo que no sobrevivió sino algunas horas á la operación. Incindió crucialmente las paredes abdominal y estomacal, fijó el estómago al abdomen, puso una gruesa cánula y no hizo sutura alguna.

Sin desalentarse por este fracaso, tentó de nuevo la operación el 21 de enero de 1853, fijando esta vez los bordes del estómago á la herida abdominal é incindiéndolo sólo cinco días después. El enfermo tuvo vómitos, el estómago se desprendió y murió á los diez días á causa de una peritonitis.

Al año siguiente, Fenger, en Alemania, opera también á un individuo con estrechez cancerosa del esófago, haciendo una incisión á lo largo de las falsas costillas izquierdas y desde la punta del esternón al borde externo del recto izquierdo del abdomen (incisión de Fenger); atrae el estómago y lo fija á cada extremo de la herida y á la pared del abdomen con una aguja con hilo; lo incinde algunos días después y coloca una sonda á permanencia; este enfermo murió cincuenta y ocho horas después, de resultas de una peritonitis.

La serie de operaciones practicadas por más de veinte de los mejores cirujanos en el trascurso de los años desde 1858 hasta 1874, fué una continuada lista de fracasos, ya que todos perdieron sus enfermos en las primeras horas ó primeros días que siguieron á la operación.

No fué sino en 1875 cuando Sydney Jones pudo contar con el primer éxito; su enfermo no murió

sino después de cuarenta días, á consecuencia de bronquitis y hemorragias consecutivas á su cáncer esofágico. Hizo la incisión sobre una línea que iba del borde externo del mamelón izquierdo al borde de la espina del pubis, á cerca de dos centímetros del reborde costal y de seis á siete centímetros de largo. Como su enfermo podía aún pasar los líquidos, no principió la alimentación por la fístula sino al sexto día.

Al año siguiente, L. Labbé obtuvo otro éxito haciendo una gastrostomía para extraer un cuerpo extraño; y este mismo año Verneuil, ayudado de una antisepsia rigurosa, hace la operación en un enfermo de diecisiete años que tenía una estrechez cicatricial, y su operado no muere sino dieciséis meses después, á consecuencia de una tuberculosis pulmonar.

Desde este momento las operaciones llegan á ser muy frecuentes y muy á menudo son seguidas de buen resultado: el enfermo de Lannelongue (1877) dura veintiséis días y muere por perforación de los bronquios; el de Trendelenburg dura más de dos años; el de Bradley (1878) veintiocho días; el de Studsgaard sobrevive seis meses y, por fin, Herff este mismo año (1879) obtiene la curación de una estrechez cicatricial, después de haber practicado la gastrostomía.

En esta época, el doctor L. H. Petit, en su trabajo sobre la gastrostomía: *Traité de la gastrostomie*, reúne cincuenta y seis observaciones, entre las cuales hay cuarenta por estrecheces cancerosas, catorce por estrecheces cicatriciales y dos por estrecheces sifilíticas.

En las estrecheces cancerosas treinta y cinco de



los operados murieron al cabo de uno á catorce días; en los otros cinco, la operación tuvo éxito, pero los enfermos han muerto de su cáncer, de diecisiete días á seis meses después. En las catorce estrecheces cicatriciales, seis enfermos han muerto de uno á cuatro días después, pero ocho han sobrevivido desde veintiocho días hasta dos años y más, como el del caso citado poco antes de Trendenburg. De los operados por estrecheces sifilíticas murieron, el uno á los catorce días y el otro á los seis días.

Desde esta época la operación entra de lleno en la práctica quirúrgica y las observaciones se multiplican tanto, que ya en 1833, Blum podía reunir una estadística de ciento treinta y un casos, de los cuales ochenta y cinco han muerto antes del vigésimo día, es decir, probablemente á consecuencias de la operación, y los treinta y ocho restantes han sobrevivido un tiempo que varía entre varios meses hasta dos años, lo que da una mortalidad de cerca de un sesenta y cinco por ciento.

Esta considerable mortalidad, mayor aún en los cancerosos, se debía principalmente á las lesiones avanzadas del hígado, riñones, etc., ya que casi todos estos enfermos estaban antes de la operación agotados por la inanición y la caquexia y, por consiguiente, con escasísimas fuerzas en su organismo para resistir la más insignificante de las complicaciones.

Las estadísticas de estos últimos años han cambiado por completo el pronóstico operatorio de la gastrostomía. Así aunque Cohen que en 1885 sobre 53 casos por estrecheces cicatriciales observa una mortalidad de 54.7 por ciento y Zézas sobre 162 operaciones encuentra 113 muertos, es decir 76.5 por ciento, la estadística de Karl Johansen nos da sólo



una proporción de 47.2 por ciento y últimamente la de Guérin, en 1896, basada en 74 casos, nos da una mortalidad de poco más de 37.5 por ciento y la de Barozzi sólo 31.4 por ciento.

Estas estadísticas se han mejorado aún enormemente con los cuidados de la antisepsia, los métodos operatorios mejores, y la indicación de operar temprano, tanto que ya el 96 la estadística de Guérin nos probaba la poca gravedad de la operación, pues la mortalidad operatoria no era sino de 9.5 por ciento para las estrecheces cicatriciales.

Fuera de esta excesiva mortalidad causada por la operación, los resultados operatorios eran también muy poco alentadores ya que los enfermos quedaban con fistulas incontinentes, eritemas, escoriaciones y aún úlceras de la pared abdominal que les hacían sumamente molesta la vida.

Estos accidentes son los que han dado motivo á los numerosos procedimientos de gastrostomía que actualmente se conocen, cada uno de los cuales lleva un objetivo propio y marca un nuevo adelanto en el mejoramiento de la técnica, hasta llegar á los ingeniosos y variados procedimientos modernos que hacen de la gastrostomía una operación sencilla y práctica, la cual, efectuada en buen tiempo, es decir, en individuos en buenas condiciones y asépticamente, tiene una mortalidad casi nula.

Inútil, por demás, cansado y fuera del objeto y dimensiones de este trabajo, sería la descripción del sinnúmero de estos procedimientos, muchos de los cuales no son sino ligeras variantes de los otros.

Describiremos por lo tanto sólo aquellos que tienen alguna importancia y que se diferencian entre sí por algun detalle de valor. Como casi todas las va-



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

riedades son debidas á la cuestión de obtener una fistula continente, los autores se han ingeniado de diversas maneras para conseguir este objeto y de aquí es que varían los procedimientos y, unos hacen la oclusión por medio de esfínteres, otros tratando de formar una válvula, otros haciendo una especie de esfago artificial, y por último, otros lo consiguen por combinación de estos diversos medios, ó métodos mixtos. Hay, por fin, algunos operadores que hacen siempre la operación en dos tiempos, siguiendo alguno de los anteriores medios respecto á la oclusión de la fistula.

PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS

PROCEDIMIENTO DE VERNEUIL.—Á uno ó dos centímetros por dentro del borde costal, y paralelamente á él, hacia Verneuil una incisión de cinco centímetros que terminaba inferiormente al nivel de una línea ficticia que reuniera las extremidades de las novenas costillas. Seccionaba capa por capa los diferentes planos musculares, y hecha una perfecta hemostasia de la herida por medio de ligaduras de los vasos con catgut, debridaba el peritoneo é iba en busca del estómago separando el epiplón con los dedos. En seguida llevando el estómago á la herida, lo cogía con pinzas de bordes planos y, manteniéndolo así herniado, lo fijaba con dos agujas colocadas paralelamente; suturaba la pared abdominal á la estomacal con hilo de plata, comprendiendo todo el espesor del estómago y toda la pared abdominal; una vez así fijado el órgano, quitaba las dos primeras agujas y lo abría en una extensión de un centímetro

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



cuadrado, colocando en la abertura así hecha una sonda blanda de cauchue rojo, que retenía sobre los bordes de la herida con hilo de plata.

Este procedimiento no da una fístula continente y al atravesar todo el espesor de las paredes estomacales, con las agujas que colocaba al principio, y después con las suturas de fijación mismas, se producía por esos puntos la filtración y contaminación del peritoneo por el jugo gástrico, y de aquí procedían flegmones y peritonitis mortales.

Para evitar estos inconvenientes Schede aconsejó lavar el estómago inmediatamente después de haberlo incindido.

Langenbuch con este mismo objeto practicaba varias suturas no penetrantes y sólo una penetrante que hacía con seda fenicada y abría en seguida el estómago algunos días después por medio de una pequeña incisión.

Este mismo procedimiento hecho también en dos tiempos se conoce en Alemania con el nombre de *Procedimiento de Trendelenburg*.

Howse, que fué el primero en operar en dos tiempos, fijaba el estómago á la pared abdominal por dos filas de suturas: una con seda que sólo tomaba la serosa, la musculosa del estómago y la pared abdominal, quedando estos hilos fuera en el extremo de una sonda, y la otra que hacía con hilo de plata ó seda y que comprendía todo el espesor de la pared estomacal y la piel.

Colocaba en seguida un vendaje y apósito fenicado y después de cinco días abría el estómago con un fino tenótomo, en el centro de la segunda fila de suturas, dejando un pequeño tubo de caucho para permitir la alimentación.



Más tarde, viendo la dificultad para practicar las dos filas de suturas, fijó el estómago con pinzas de presión guarnecidas de caucho, abriéndolo diez días después cuando las adherencias se habían hecho suficientemente firmes.

Poncet, viendo que con sólo la fijación del estómago la disfagia desaparece, no abre el estómago hasta que ésta vuelva á aparecer.

Fisher opera también de la misma manera, pero una vez que fija el estómago, lo deja por tres días en ese estado, recubriendo la herida con un apósito con yodoformo. Pasado este tiempo, en vez de punccionar el estómago con un instrumento cortante, se sirve de una aguja de Pravaz é inyecta de treinta á sesenta gramos de leche en el estómago. Todos los días hace una nueva punción con una aguja cada vez más gruesa, y para no extraviarse en el sitio de la punción anterior fricciona cada vez la herida con un poco de yodoformo.

Froelich, que sigue también este procedimiento en dos tiempos, viendo que la herida abdominal, al cerrarse, aleja el estómago de la pared y hace difícil y peligrosa la incisión (tanto que Monod y Schwartz han abierto equivocadamente la cavidad posterior de los epiplones) sutura primero la piel y el peritoneo parietal para crear un canal por donde pasará el estómago que en seguida sutura á este canal por seis puntos profundos y también á la piel por otros tres puntos, dejando un hilo que marcará el punto en que se quiere hacer más tarde la incisión.



PROCEDIMIENTOS DE ESFINTER

PROCEDIMIENTO DE TERRIER.—Consiste en una incisión de seis á siete centímetros que principia por dentro á cinco centímetros de la línea media y por fuera casi corresponde á la novena costilla, paralela al reborde costal izquierdo y como á dos centímetros de distancia. Cogido el estómago y atraído fuera es fijado por seis ú ocho puntos de sutura con seda en forma de U, que toman la serosa y la muscular gástrica por una parte, de modo que las ramas de la U queden en la serosa parietal.

Coloca cuatro á seis asas de hilo paralelas á los bordes de la incisión y dos en las extremidades que toman el estómago y los labios de la herida. El resto de la herida se cierra por encima y por debajo con puntos separados.

Se tiene así un rodete transversal formado por el estómago, sobre el cual se hace una incisión tan pequeña como sea posible y que siga el eje de la herida, cortando primero la sero muscular y después la mucosa, teniendo cuidado de fijar siempre bien esta última, pues se desprende fácilmente y huye bajo el bisturí. Incindida la mucosa y ligeramente invertida hacia afuera, la sutura á la piel para evitar la retracción.

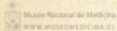
Como la pequeña sonda que dejaba en la herida ensanchaba luego la abertura y la piel se escoriaba por la salida del jugo gástrico, suprime actualmente la sonda y no la usa sino en el momento necesario.

Este procedimiento es bastante bueno y lo siguen gran número de cirujanos; las autopsias han demostrado que el orificio interno de la fístula así consti-



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL





tuida es aún difícil de encontrar, pues se halla en el fondo de un infundíbulo formado por los pliegues de la mucosa.

Hahn, en vez de obtener la oclusión por medio de un esfínter muscular liso, como en el procedimiento anterior, llega al mismo objeto tratando de formarlo por medio de un reborde óseo. Para esto una vez llegado al estómago, por medio de la incisión clásica de Fenger, lo trae al exterior á través del octavo espacio intercostal, donde lo fija. Hace la operación en uno ó dos tiempos.

Según su autor, este procedimiento permitiría fijar más fácilmente los estómagos pequeños y retraídos, ya que es más corto el trayecto hacia el octavo espacio que hacia la región subcostal. De este modo la fijación es bien sólida y la oclusión del estómago se hace sin necesidad de obturador, pues el tubo queda comprimido con una pinza por los cartílagos costales.

Von Hacker opone á este procedimiento la objeción de que se producen con mucha frecuencia osteitis y necrosis de los cartílagos costales por la acción de los jugos digestivos. Este cirujano es también autor de un procedimiento, en que llega á la formación de un esfínter por medio de las fibras del músculo recto izquierdo del abdomen, separando á cada lado dos bandas disociadas.

PROCEDIMIENTOS DE VÁLVULA

PROCEDIMIENTO DE FONTÁN.—Hace la incisión de Fenger de ocho centímetros de largo, atrae con una pinza de dientes de ratón un punto de la cara ante-



rior del estómago, vecino á la pequeña curvadura, formando así una hernia cónica de vértice superior donde está la pinza; la base de este cono es fijada á los labios peritoneales de la herida parietal por una corona de doce á quince puntos de sutura hechos con erin de Florencia.

Concluído esto, rechaza adentro el cono hasta entonces saliente, formando así un fondo de saco en dedo de guante, cuyo eje ocupa la pinza, que forma á cada lado un pliegue al nivel del cual la serosa se junta á sí misma y que se fijan con una sutura serosa de catgut.

Retirada la pinza, queda entre las dos porciones suturadas un canal, en el cual se desliza un bisturí que punciona el fondo, introduciendo en seguida apretadamente una sonda roja que se fija al estómago con un punto de catgut. Se suturan en seguida los tegumentos al rededor de la sonda sin dejar ninguna parte cruenta. Este procedimiento es excelente y goza de gran reputación en Francia en donde lo usan gran número de cirujanos con muy buen éxito.

Sabaneef consigue esta válvula por medio del siguiente procedimiento: hace una incisión paralela al reborde costal izquierdo que comienza á un centímetro por dentro de la octava costilla y que termina al nivel de la décima. Encontrado el estómago y atraído fuera en forma de cono, sutura la herida abdominal y la base del cono extraído al peritoneo parietal.

Paralela á esta incisión y á cuatro centímetros por encima hace una segunda incisión, separa las partes blandas, comprendidas entre las dos incisiones y constituye así una especie de puente cutáneo



debajo del cual atrae el estómago, lo fija al nivel de esta segunda incisión y crea la fístula.

Frank, de Viena, usaba este mismo procedimiento, en la clínica de Albert, en la misma época y sin tener conocimiento del método del autor ruso.

PROCEDIMIENTOS DE VÁLVULA Y ESÓFAGO ARTIFICIAL



PROCEDIMIENTO DE WITZEL.—En este procedimiento su autor trata de obtener una fístula contiguamente formando un canal que se abra en el estómago, como el uréter en la vejiga, es decir, formando una especie de válvula que permita la entrada pero no la salida de los alimentos del estómago.

Hace una incisión paralela al reborde costal, corta verticalmente el músculo recto y transversalmente el transverso del abdomen, quedando estas tres incisiones dispuestas en forma de estrella, lo que servirá más tarde para apretar el tubo de caucho. Atraído el estómago entre los labios de la herida, hace sobre la pared anterior del órgano dos pliegues longitudinales y paralelos, formando así una especie de gotera oblicua hacia abajo y á la izquierda, donde coloca un tubo ó sonda de caucho; suturando los pliegues uno á otro y por sus bordes, queda completamente formado un canal cuyo fondo ocupa la sonda. Este canal, que debe tener unos cuatro centímetros de largo y cerca de dos de ancho, se incinde en su parte inferior y se hace penetrar por ese punto en el estómago el extremo de la sonda. Se sutura en seguida la porción del estómago que corresponde al orificio de salida de la sonda por una corona de puntos de sutura.



A este procedimiento, que es también bastante bueno ya que su autor ha tenido éxito en los cuarenta y cinco casos que lo ha practicado, le objeta Mikulicz, que lo sigue, el que después de cierto tiempo, el trayecto oblicuo se hace directo y la continencia de la fístula se hace más difícil.

Marwedel tiene un procedimiento que es simplemente un derivado del anterior: se diferencia en que este cirujano fija primero el estómago á la piel por puntos de catgut y uno ó dos días después incinde en una extensión de cinco centímetros la serosa y la muscular de la porción fijada del órgano, y teniendo á la vista la mucosa intacta en toda esa extensión, pero un poco desprendida de las otras túnicas, la abre en la parte inferior de la incisión sero muscular por medio de una pequeña incisión transversal y coloca una pequeña sonda que fija con un punto de catgut.

Las túnicas serosa y muscular del estómago se reúnen por encima de la sonda, quedando así constituido un canal en el espesor mismo de las paredes del órgano.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

PROCEDIMIENTOS MIXTOS

Se conocen varios, pero en conformidad con lo que nos hemos propuesto, sólo mencionaremos aquí, para describirlo más tarde, el método de Kocher, en que se añade al canal ó esófago artificial, que da el procedimiento de Witzel, un nuevo trayecto intraparietal.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

ELECCIÓN DE UN PROCEDIMIENTO

CONSIDERACIONES SOBRE LA TÉCNICA.—Vamos á estudiar ahora la conveniencia y practicabilidad de estos diversos procedimientos. ¿Á cuál de ellos recurrir en un caso dado? ¿Cuál presenta mayores ventajas y hace más probable el éxito?

Podemos desde luego decir que ninguno de ellos es infalible; con casi todos se han visto fracasos y cualquier procedimiento puede llegar á dar fístulas incontinentes, siendo á veces los procedimientos más simples los más eficaces, siempre que se tenga por norma practicarlos antes que esté comprometida la resistencia de los sujetos. Aun con el procedimiento de Fontán se ha observado incontinencia de la fístula, como la comprueban un caso citado por Gross y dos citados por Vautrin.

En general deben rechazarse todos aquellos procedimientos que ya podemos llamar anticuados porque no dan una fístula continente, que dejando salir espontáneamente el jugo gástrico y una parte de los alimentos ingeridos, producen eritemas, escoriaciones y úlceras de la pared abdominal extraordinariamente molestas para los enfermos.

Todos los medios para impedir estos accidentes y remediar estos inconvenientes, son de poca utilidad, como las cánulas especiales, las láminas de caucho alrededor de la sonda, como aconsejaba Trendelenburg las aplicaciones de cuerpos grasos, de óxido de zinc, sub-nitrato de bismuto, carbonato de magnesia y el gran número de obturadores conocidos y especialmente recomendados.

Últimamente M. Montaz ha aconsejado, para estos

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

casos, el empleo del *esteresol*, de Berlioz, que es un barniz adhesivo compuesto de goma laca doscientos setenta partes, benjuí y tolú, diez partes de cada uno, ácido fénico cien partes, esencia de canela y sacarina seis partes de cada una, y alcohol en cantidad suficiente para enterar un litro de mezcla.

Los procedimientos que tienen por objeto la formación de un canal más ó menos largo, de modo que la mucosa forme varios pliegues, dan generalmente una fistula continente.

Los procedimientos de válvula ó de esfínter son también bastante buenos, sobre todo cuando se combinan con aquellos en que existe un trayecto intraparietal; á pesar de que se presentan entonces dificultades operatorias, ya que por regla general se debe contar siempre con encontrarse con estómagos pequeños y atróficos.

Así Routier y Schwartz creen que el procedimiento de Sabaneef-Frank es un procedimiento de excepción por lo largo y laborioso, más aún si se trata de enfermos débiles y enflaquecidos.

La cuestión de resolver la conveniencia de hacer la operación en dos tiempos y de si debemos dar preferencia á los procedimientos en un solo tiempo, es punto hasta ahora no resuelto y tema todavía de discusión en los Congresos de Cirugía. Los procedimientos en dos tiempos son mucho más cortos; evitan los peligros de infección peritoneal por las adherencias que impiden el paso de los jugos á la cavidad del vientre; permiten operar relativamente temprano cuando la deglución de los líquidos es aún posible; y, cuando más tarde sea necesario hacer la segunda parte de la operación, ésta es de lo más sencillo.

Sin embargo, poseemos procedimientos en un



tiempo que nos dan tanta seguridad como los anteriores respecto al peligro y gravedad de la operación: el enfermo operado oportunamente y en un tiempo, no tiene que sufrir una alimentación insuficiente sólo por medio de líquidos y, por consiguiente, resiste más, y una vez hecha la cicatrización de la herida, la abertura del estómago se hace difícil con los procedimientos en dos tiempos y nacen de aquí inconvenientes graves que pueden producir aún casos fatales, como lo sucedió Monod y Schwartz que introdujeron los alimentos en la cavidad de los epiplones.

Los procedimientos de Kader y Fontán, este último muy recomendado en Francia, son excelentes.

El de Marwedell es también de los mejores, pero su ejecución es larga y difícil; el de Terrier, en el cual M. Montaz en seis gastrostomías por cáncer del cardias obtiene seis curaciones, y el de Witzel y sus derivados, todos se usan invariablemente y se disputan la preferencia en la opinión de los más célebres cirujanos.

Esta operación ha sido practicada en Chile según nuestras informaciones en sólo cuatro ocasiones; la primera por el profesor de clínica quirúrgica doctor Manuel Barros Borgoño, el 9 de junio de 1897, en un individuo con una estrechez del tercio inferior del esófago y de causa desconocida. Siguió el método de Frank, hecho por primera vez en la clínica de Albert, en Viena, y que como hemos visto, no es sino el de Salbaneef. El éxito operatorio fué tan completo en este caso, que mes y medio después el enfermo salía de alta muy aliviado.

El profesor Ventura Carvallo, siguiendo también el método de Frank, operó en el mes de noviembre de 1899 un individuo con cáncer de la porción infe-



rior del esófago y a pesar del buen resultado de la operación y de la continencia perfecta de la fístula, el enfermo murió once días después á causa de lo avanzado de su afección cancerosa. La autopsia comprobó el pésimo estado en que se operó este enfermo, pues en el páncreas había un grueso tumor metastático probablemente; infarto general de todos los ganglios mediastinales y mesentéricos y degeneración grasosa avanzada del hígado y riñones.

Los otros dos casos observados en Chile han sido dos enfermos con cáncer del esófago también, y operados con completo éxito por el doctor Barros Borgoño, siguiendo el procedimiento de Witzel, modificado por Kocher, y que el deseo de darlos á conocer nos ha inducido á hacer este trabajo.

Antes de relatar estas observaciones y de exponer el manual operatorio que en ellas se siguió, voy á tratar de algunos puntos importantes de la técnica de la operación en los cuales los autores no están de acuerdo.

Uno de ellos es la anestesia. Para evitar los efectos del cloroformo, ya que generalmente los enfermos están en estado de caquexia, se ha empleado gran variedad de anestésicos; el éter que emplean algunos, no tiene grandes ventajas, pues predispone á las congestiones pulmonares sumamente frecuentes en estos enfermos; la aplicación local de éter que emplea Kocher, el cloruro de etilo, las inyecciones de cocaína como usa Reclus, no son tampoco muy aceptadas. Se ha operado aún sin anestesia, como lo hace Gritti, y últimamente Braquehayre recomienda las inyecciones de nirvanina.

Otro punto importante y que desde muy antiguo ha preocupado á los cirujanos, es el que se refiere





á la investigación y extracción del estómago, cuestión que no es tan sencilla como á primera vista parece y que constituye uno de los tiempos más importantes de la operación.

Con el objeto de hacer esta investigación más fácil, han recurrido muchos cirujanos á hacer la dilatación previa del órgano, introduciendo unos una sonda con un balón, que se insuflaba como lo hacía Schömborn, ó con un tubo de caucho en comunicación con un globo con éter al baño maría, como aconseja Felizet. Otros como Jacobi hacen tomar una mezcla de ácido tártrico y bicarbonato de sodio, y Fowler que da ácido clorhídrico y bicarbonato, etc., etc.

Todos estos procedimientos no tienen razón de ser, las más de las veces, como pasa siempre que la estrechez esofágica sea un poco pronunciada, ó llegan á ser inútiles, cuando esta estrechez es franqueable, porque entonces el estómago conserva un tamaño más ó menos regular.

Respecto á la extracción y más aún la distinción del estómago de los órganos vecinos, ha sido objeto de gran número de procedimientos, ninguno de los cuales es, sin embargo, infalible; ya que el aspecto de su pared, su superficie de color blanco rosado, la ausencia de abolladuras, su consistencia especial ó la falta de tractos fibrosos longitudinales y la forma especial de sus vasos, todos son caracteres que se han dado como patognomónicos y que son insuficientes ó engañosos.

Paul Segond, en la sesión de abril de 1885 del Congreso Francés de Cirugía y refiriéndose á este asunto dice: «Estoy convencido que el mejor punto de reparo en la investigación del estómago es, como lo ha dicho Sédillot, el borde inferior del hígado, y



caso que no se presente el estómago bajo este borde es preciso seguir el consejo de Farabeuf: El índice izquierdo en contacto y serpenteando el borde inferior del lóbulo hepático izquierdo se hunde hasta la columna vertebral, donde puede sentir la aorta á través del delgado epiplón gastro-hepático. Si se lleva un poco á la izquierda, quedando siempre en la profundidad, y arriba hacia el diafragma encuentra una corbata más ó menos espesa, la curvatura menor del estómago, fuera de la cual con una larga pinza inofensiva se puede coger la cara anterior del órgano y sacarlo fuera». Esta manera de proceder es la que siguen actualmente la mayoría de los operadores.

El otro punto que deseaba tratar es el que se refiere á dos complicaciones frecuentes después de la operación, la peritonitis y el choc. Sabido es que la primera es generalmente debida á la infección ya, por los gérmenes de la pared abdominal ya por los instrumentos ó manos del operador, el desgarró de las suturas y paso del contenido estomacal, etc., etc., y que la segunda es un estado nervioso especial debido á la excitación de los nervios sensitivos que reaccionan sobre los distintos órganos del cuerpo y que se presenta en aquellos individuos que han sufrido una operación más ó menos seria y con mayor frecuencia en los operados en el vientre y debilitados, inconveniente que en mucha parte se evitaría gastrostomizando estos enfermos en buenas condiciones.

Fenton B. Turk de Chicago ha recomendado recientemente, en el Congreso Internacional de Cirugía del año pasado, y para evitar la infección peritoneal por los gérmenes patógenos que contiene la



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL





piel del abdomen, recubrir éste lo mismo que las manos con un revestimiento impermeable de caucho.

Para evitar el choc recomienda este mismo autor introducir en la cavidad peritoneal sacos de caucho que contengan agua calentada á 48° y abandonarlos allí media ó una hora, estimulando así la vida orgánica por el calor artificial. Según sus observaciones, los animales así tratados han recobrado la salud sin que se hubiese manifestado ningún síntoma de choc ni de infección a pesar de haber sido inoculados con diferentes gérmenes, estos mismos medios le han dado siempre muy buen resultado en el hombre.

Creemos podría ensayarse este método en lugar de las compresas empapadas en agua caliente que se usan actualmente.

OBSERVACION I

Domingo Silva, de 54 años, soltero, minero, nacido en Ligua. Reside en Antofagasta. Ingresó á la clínica quirúrgica del doctor Barros Borgoño el 26 de mayo de 1897.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.—El padre murió de una afección que por los datos que da el enfermo hace pensar en un cáncer del estómago.

La madre murió de 92 años por agotamiento.

Ha tenido ocho hermanos; casi todos han muerto de enfermedades agudas.

ANTECEDENTES PERSONALES.—Siempre sano y robusto, no recuerda haber sufrido ninguna enfermedad en su niñez; en la juventud tuvo una blenorragia que curó sin complicaciones seis meses después.



HÁBITOS.—Alcohólico.

ENFERMEDAD ACTUAL.—Se le declaró á principios de 1896, con vómitos alimenticios media hora después de las comidas y pirosis constante; atendido por un profesional, estos accidentes cesaron dos meses después.

Pasados veinte días en buena salud, comenzó á sentir dolor al tragar los alimentos sólidos; este dolor estaba situado al nivel del cuerpo del esternón y fué aumentando paulatinamente hasta llegar á ser tan agudo que le impidió toda alimentación, por medio de sólidos, á principios del presente año. Hasta la fecha de su ingreso ha persistido esta disfagia para los alimentos sólidos; notaba que los alimentos no llegaban sino hasta el punto en que sentía el dolor.

Al examen de este enfermo se constata: individuo de buena constitución, algo debilitado por la escasa alimentación, musculatura bien desarrollada, panículo adiposo en regular cantidad.

Introducida una sonda esofágica, se reconoció una estrechez casi completa del esófago y situada á 0.25 centímetros de la arcada dentaria. El enfermo siente un dolor constante, pero no muy agudo, al nivel del cuerpo y apéndice del esternón, sólo puede diglutir sustancias líquidas y á pequeños sorbos.

DIAGNÓSTICO.—Estrechez del tercio inferior del esófago de causa difícil de precisar.

TRATAMIENTO.—La gastrostomía por el procedimiento de Frank, el 9 de junio.

Á cuatro centímetros del apéndice xifoides y dos á la izquierda de la línea media se hizo una incisión de diez centímetros de largo, separando las fibras del músculo recto anterior del abdomen dividiendo



su envoltura posterior. Por esta abertura se sacó el estómago en una porción de ocho á diez centímetros; la base del cono formado por esta porción se suturó á la pared abdominal.

En seguida se separó la piel hácia la izquierda en un espacio de seis centímetros y se hizo aquí una nueva abertura por donde se llevó la extremidad de la porción estomacal, después de pasarla por debajo de la cutis despegada. Al nivel de esta nueva abertura se abrió el estómago, suturando la mucosa á la piel.

La operación duró hora y cuarto.

Día 9 en la tarde.—El enfermo está bien. Tiene 66 pulsaciones y 36° 9 de temperatura. Los días siguientes continúa lo mismo.

El día 12, cuatro días después de operado, pudo tomar perfectamente la leche por la boca.

El día 15 se le pasó una sonda por la fístula y se le introdujeron cien gramos de leche. Tres días después se sacaron las suturas y se siguió administrando por la vía gástrica cien gramos de leche con cuatro gramos de sintonina Navarrete varias veces en el día.

El día 1.º de julio pesaba dos y medio kilogramos más que antes de la operación. Pocos días después este enfermo se levantó. Aprendió á introducirse la sonda y así pudo alimentarse satisfactoriamente.

Por la boca puede también pasar algunos alimentos, pero en pequeñas cantidades á causa de los dolores.

Sale de alta muy mejorado el día 31 de julio del mismo año.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

OBSERVACION II

Pantaleón Briceño, de 52 años, gañán, casado, nacido en San Fernando. Entró al servicio de la Clínica Quirúrgica del doctor Barros Borgoño el 20 de febrero de 1900.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y PERSONALES.—Sin valor.

ENFERMEDAD ACTUAL.—Le principió hace más o menos dos años por dificultad para deglutir alimentos sólidos y dolor en la parte posterior del tórax y por detrás del cuerpo del esternón. La disfagia ha ido aumentando día por día, siéndole á la fecha imposible la ingestión de alimentos sólidos y muy difícil la de los líquidos. Hace como un año *la voz se le ha hecho afona* y de seis meses á esta fecha sufre con frecuencia de cefalalgias que le toman todo el lado izquierdo y que son muy intensas.

EXAMEN OBJETIVO.—Individuo de constitución débil, nutrición general mala y con escaso panículo adiposo.

A la inspección del tórax se nota una ligera tumefacción, del tamaño de un huevo de paloma, con rubicundez de la piel y situada al nivel de la articulación del mango con el cuerpo del esternón. Esta tumefacción es dolorosa á la presión y sub-mate á la percusión; la auscultación de la misma no revela nada de particular.

Los ganglios de las partes laterales del cuello están ligeramente infartados.

La introducción de la sonda esofágica de menos calibre es muy difícil y provoca hemorragias.

DIAGNÓSTICO.—Estrechez esofágica por un tumor



(probablemente carcinoma) situado en el tercio medio del esófago.

TRATAMIENTO.—Gastrostomía, por el método de Witzel modificado por Kocher el 30 de marzo de 1900.

Mantenido en ayunas el enfermo la mañana de la operación y habiéndosele hecho una desinfección previa del abdomen el día antes y colocando en seguida un vendaje con solución de formalina, se volvió á hacer una prolija desinfección con alcohol y sublimado. El día de la operación se le dió 20 gramos de bromuro de etilo y se siguió la anestesia con el cloroformo.

Se hizo una incisión de cerca de ocho centímetros siguiendo el reborde costal izquierdo y que interesaba la piel y la aponeurosis superficial del músculo recto del cual se separó.

Se llevó hácia afuera el lado interno del músculo y se incindió en seguida la aponeurosis profunda del mismo, en una extensión de cerca de cinco centímetros, comprendiendo el peritoneo. Por esta incisión se introdujeron dos dedos y siguiendo el borde del hígado se sacó fuera el estómago, atrayéndolo hasta que apareció la pequeña curvadura.

Á pesar de estar el estómago pequeño y retraído, esta extracción se hizo sin gran dificultad.

Mantenido el estómago fuera por medio de una pinza sin dientes, se le fijó á la pared abdominal por medio de una sutura continua de seda, que comprendía la aponeurosis y el peritoneo, por una parte, y las tunicas serosa y muscular del estómago, por otra.

Hecho esto, se procedió á la colocación de una sonda roja, delgada como un lápiz, en la cara anterior del estómago, como lo aconseja Witzel, forman-



do un pliegue á cada lado de la sonda con la pared del órgano y cosiéndolos por encima de la sonda en una extensión de dos centímetros con sutura continua, no tomando sino la serosa y sólo una capa de la muscular.

En el extremo inferior del canal así formado se practicó una abertura pequeña con bisturí y se introdujo por ese punto la sonda unos seis centímetros en el interior del estómago y cosiendo por encima la serosa en toda la porción descubierta de la sonda.

Se suturó en seguida el estómago á la abertura cutánea alrededor de la sonda y en su extremo superior, concluyendo por suturar los bordes de la incisión abdominal por encima del estómago.

La cicatrización de las suturas se hizo *per primam* y se quitaron los puntos el día 6 de abril.

Kocher aconseja prestar siempre una atención especial á los dos puntos siguientes: á la sutura circular de la base ó porción de estómago que se saca fuera de la pared y que llama *sutura profunda de fijación*, para evitar la peritonitis, y á la unión perfecta de la sonda tanto al estómago como á la pared ó *sutura superficial de fijación*.

Este enfermo fué alimentado desde los primeros días por la sonda, dándole 150 gramos de leche cada tres horas.

El día 15 de abril se le retiró la sonda con el objeto de colocarla sólo en los momentos que lo requería la alimentación, pero á causa de las molestias que causaba cada vez esta maniobra, el enfermo prefirió se la dejaran á permanencia.

La capacidad del estómago de este individuo en posición vertical y sin sonda era de setecientos cincuenta gramos.



El peso de este enfermo, que era de 49½ kilogramos el día 15 de abril, fué aumentando poco á poco y en la siguiente proporción:

26 de mayo	pesó	kls.	51,750	gramos.
17 de junio	»	»	52,000	»
21 de »	»	»	55,000	»
27 de »	»	»	53,150	»
12 de julio	»	»	50,750	»

Al salir de alta este enfermo, el 29 de julio, estaba un poco más enflaquecido y sólo podía alimentarse por medio de su sonda gástrica. Esto era cuatro meses después de la operación.

OBSERVACION III

Cayetano Gallegos, de 45 años, empleado, casado, nació en Talca. Entró al servicio de la Clínica Quirúrgica del doctor Barros Borgoño el 18 de mayo de 1900.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y PERSONALES.—Sin valor.

ANTECEDENTES PERSONALES.—Fuera de una blenorragia y una disenteria que tuvo hace como trece años, sólo recuerda haber sufrido de un golpe en el lado izquierdo del tórax en que se le fracturaron la segunda y tercera costillas.

Hace más ó menos tres años, después de ingerir una comida muy caliente, tuvo un fuerte dolor en el esófago.

ENFERMEDAD ACTUAL.—Hace como diez meses que empezó á notar dificultad para tragar los alimentos

sólidos. Dos meses después la deglución se le hizo difícil también para los líquidos.

El enfermo sentía que los alimentos pasaban por la faringe y parte superior del esófago sin dificultad, pero se detenían en su parte inferior, dilatando el conducto y sin pasar al estómago, teniendo que arrojarlos por vómitos al poco tiempo.

La disfagia ha ido aumentando poco á poco hasta hacerle actualmente imposible la ingestión de líquidos si no lo hace á pequeños sorbos. Dice que ha enflaquecido mucho con esta enfermedad, tanto que su peso primitivo de 73 kilogramos y medio se había reducido á poco más de 53 en el mes de mayo del presente año.

EXAMEN OBJETIVO.—El enfermo tiene un tinte terroso en la piel de la cara y se encuentra en un estado de enflaquecimiento extremo.

Si se le hace tomar un poco de agua, ésta queda en el esófago y lo dilata teniendo que arrojarla inmediatamente.

En el lado izquierdo del tórax y al nivel de la séptima y octava costillas se nota un ligero abombamiento.

No se pudo hacer el examen del jugo gástrico, pues la estrechez esofágica era completa.

DIAGNÓSTICO.—Estrechez cancerosa del tercio inferior del esófago (cardias).

TRATAMIENTO.—A pesar del mal estado de este enfermo, como un medio paliativo y para poder alimentarlo, se le hizo el 12 de junio la operación de la gastrostomía por el procedimiento de Witzel, modificado por Kocher, que había dado tanto éxito en el caso anterior.

Durante la operación se comprobó un tumor del





cardias que se insinuaba sobre la curvadura mayor del estómago del tamaño de una pequeña naranja y que era el que producía la estrechez.

La temperatura fué de 36°8 después de la operación y días siguientes. La cicatrización se hizo *per primam* y los puntos de sutura se quitaron ocho días después. La capacidad del estómago era sólo de 450 gramos.

El peso de este enfermo, que era ya de 50½ kilogramos el día antes de la operación y que venía disminuyendo día por día, era de 50 kilogramos un mes después de operado.

Salió de alta el 19 de julio; la fístula era perfectamente continente y se alimentaba con 200 gramos de leche cada tres horas.

Siendo de una gran importancia evitar los vómitos que siguen á la anestesia y que podrían hacer desgarrar las suturas, aconsejan muchos autores la administración de hielo en pequeños trocitos, con lo cual creen combatir al mismo tiempo la sensación de sed de que se quejan con frecuencia los operados del vientre.

Actualmente la mayoría de los cirujanos recomiendan en estos casos la abstinencia absoluta de líquidos en el estómago, después de laparatomías, con lo que se evitan por regla general los vómitos.

Otros autores hacen respirar oxígeno á estos enfermos, ó lo que es también muy fácil, colocan paños empapados en vinagre por delante de la boca, como se practica con frecuencia en la Clínica Ginecológica del doctor Körner.



Si la sensación de sed es muy grande, se aconseja hacer más bien un lavado rectal de cien á doscientos gramos de agua caliente y que se puede repetir.

La alimentación en los operados de gastrostomía y siempre que la intervención no se haga en un caso extremo, debe hacerse mejor al día siguiente de la operación, dejando los primeros días la sonda á permanencia, con el objeto de que se ensanche el trayecto, pues este cateterismo es al principio difícil.

El mismo cirujano ó una persona competente debe pasar la sonda para alimentar al enfermo hasta que éste aprenda á hacerlo por sí mismo. La introducción de los alimentos se puede hacer por medio de un embudo de vidrio ó una jeringa.

Conveniente es en los primeros días no introducir sino alimentos líquidos, leche, huevos ó soluciones de carne y sólo más tarde añadir otros que pueden ser á gusto del enfermo y masticados é insalivados por él mismo, como lo hacía el enfermo de Trendelenburg.

CONCLUSIONES

Si hay algún punto en esta operación en el cual todos los autores están de acuerdo, es seguramente respecto á sus indicaciones.

Mediante los progresos de la técnica y los éxitos obtenidos, éstas han aumentado considerablemente.

En los casos de estrecheces del esófago tanto cicatriciales, por ingestión de líquidos cáusticos, potasa, ácidos minerales, amoníaco, etc., como en los producidos por inflamaciones ó á consecuencia de quemaduras siempre que la dilatación progresiva haya

sido tentada sin éxito, se obtienen grandes ventajas con esta operación que no sólo es un excelente medio paliativo que permite alimentar los enfermos mejor y hace cesar á veces el espasmo que podía haber impedido el paso de una sonda dilatadora, sino que aún puede llegar á ser curativa, permitiendo ya hacer la dilatación retrógrada de las estrecheces como la practicaba Gissler en Alemania el 92, y Franks y Wolsley en Inglaterra, ó ya hacer la electrolisis linear, como lo ha aconsejado J. A. Fort que la ha empleado con muy buen éxito en gran número de casos, y tanto en las estrecheces simples como en las orgánicas.

En las estrecheces congénitas que son excepcionales pero existen, en las bolsas diverticulares ó en las fístulas traqueoesofágicas, ó lo que es más raro en tumores que obstruyen el lumen del esófago, la gastrostomía tiene también su indicación perfectamente justificada, pues aceptada una mejor alimentación de los enfermos y sin los peligros que estas afecciones acarrearán, se les prolonga la vida no sólo por algunos meses, como pasa con el cáncer, sino por largos años.

La esofagotomía tanto interna como esterna y la esofagostomía misma hecha por debajo de la estrechez, son operaciones graves y de una mortalidad harto más subida que la gastrostomía.

Por último, y de acuerdo con la mayoría de los cirujanos actuales, creemos que siendo actualmente esta operación de una mortalidad operatoria casi nula gracias á la antisepsia y á las modificaciones que en la técnica han traído los nuevos procedimientos, está también perfectamente indicada y es el mejor tratamiento en los casos de estrecheces can-

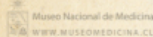
cerosas de la extremidad inferior del esófago, siempre que se haga en buenas condiciones de resistencia de los enfermos, y en un período en que no esté ya comprometida la existencia de los sujetos por los progresos de la enfermedad, pues en estos casos:

1.º Alivia enormemente los enfermos permitiéndoles saciar el hambre y la sed.

2.º Suprime las causas de irritación y, por consiguiente, el desarrollo rápido del neoplasma que provoca el paso de los alimentos, y por último,

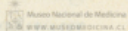
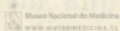
3.º Como consecuencia de una alimentación mejor, resisten por más tiempo á la caquexia que tarde ó temprano concluirá con ellos si no lo ha hecho antes alguna de las múltiples complicaciones que trae consigo enfermedad tan temible.

Marzo 6 de 1901



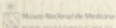
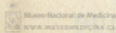
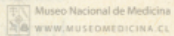
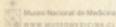
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



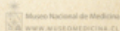
Museo Nacional de Medicina

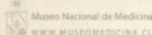
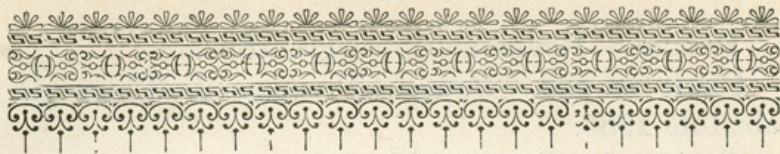
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



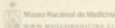
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL





Museo Nacional de Medicina
BIBLIOGRAFÍA
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



L'Année Chirurgicale.—Chirurgie de l'Estomac et duoden pág. 1178.

ALBERT BLUM.—Archives Générales de Médecine, año 1883.

E. ALBERT.—Chirurgie clinique et médecine opératoire. Vol. IV.

Congreso Internacional de Cirugía en París, agosto 3 de 1900.

Congreso de la Sociedad Alemana de Cirugía en Berlín, abril de 1895.

Congreso Francés de Cirugía en París.—Octubre de 1896 y de 1897.

HOWSE.—Am. Journal of. Med. Science, abril de 1883.

FROELICH.—Revue médicale de l'Est, 1896.

KOCHER.—Tratado de operaciones.

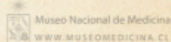
LARGER Y M. MONTAZ.—Congreso Francés de Cirugía, abril de 1885 y octubre de 1894.

M. POIRIER.—Société de Chirurgie, mayo de 1900. Revista de Cirugía.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

PONCET.—Revue de Chirurgie, 1893.

PAUL SEGOND.—Congrès Français de Chirurgie.
abril de 1885.

Revista de Cirujía.—Mayo de 1900.

TERRIER ET HARTMAN.—Chirurgie de l'Estomac.

SÉDILLOT ET LEGOUEST.—Traité de Médecine
Opérative.

TRENDELEMBURG.—Archives Générales de Méde-
cine. Año 1879, pág. 615.

VERNEUIL.—Sesión de la Academia de Medicina
octubre de 1876.

