

UN FET CLÍNIC DE VALOR EXPERIMENTAL SÒBRE FONAMENT DE LA GASTROSTOMIA

per

JOAN PUIG SUREDA

En la consecució de la continència de la boca gàstrica en la gastrostomia, ideal d'aquesta operació, han seguit tots el cirurgians una mateixa orientació: crear un obstacle mecànic a la sortida del contingut gàstric. Uns cops aquest obstacle ha volgut ésser la creació d'una vàlvula, altres d'un esfínter mitjançant el muscle recte anterior de l'abdomen, altres en fi establir trajectes llargs i més o menys sinuosos, donant lloc cada una d'aquestes idees fonamentals o la combinació d'elles, a un nombre tal de procediments, que seria llarg d'enumerar. El sol fet de la seva quantitat és ja un argument seriós per a dubtar de la eficàcia de cap d'ells, si no, n'hi hagués un altre més expressiu com és el que, de mica en mica, se va veient la tendència a tornar als procediments més simples, que si bé s'analitzen, venen a reduirse (sobre tot al cap de poc temps de l'operació) en un mètode d'obertura directa, fiant-se la seva continència en l'inversa proporció del seu calibre. Em cridà sempre fortament l'atenció aquesta toçuderia de l'estómac gastrostomitzat de buidar part del seu contingut per la nova boca, tenint completament expedita la via pilòrica, sobre tot quan clínica i experimentalment és ben coneguda la tendència

que té l'estómac d'utilitzar la seva porta normal d'evacuació en els casos de gastroenterostomitzats quin píloro resta permeable. Llavors fou que vaig recordar-me dels experiments de M. Delbet per a l'estudi del curs de les matèries ingerides en casos de gastroenterostomies amb píloro sà. Delbet seccionava una nansa del budell i restablí la permeabilitat del tub intestinal; allavors fixava l'extrem superior a l'estómac i l'inferior a la pell. El resultat era sempre el mateix: l'estómac buidava el seu contingut cap al píloro i res per la nansa trasplantada i si per ella s'introduïen, amb sonda, líquids a l'interior de la cavitat gàstrica la continència era perfecta. Lo de Delbet era lo mateix que Tavel havia proposat fer en l'home en 1906, la anomenada gastrostomia per transplantació, però amb l'idea sempre igual de crear un obstacle mecànic amb la creació d'un trajecte llarg forrat de mucosa i semblant, a la seva manera, al procediment proposat per Depage. Els pocs casos publicats de operacions de Tavel han demostrat la seva bondat en quant la continència. La gastrostomia de Tavel indubtablement es la més continent. ¿Perquè?

Aquí vé precisament lo que segurament tothom contestaria de pensar-hi una mica i que és estrany que no s'hi hagi insistit abans: perquè l'obstacle oposat no és d'ordre mecànic sinó funcional. L'estómac se defensa ell mateix de la seva obertura artificial, i la falta de llibertat contràctil, de la víscera, consecutiva a casi tots el mètodes de gastrostomia, és la causa primera de la seva incontinència. *Quant més lliure l'estòmac tant més continent.* Vaig proposar-me fer un estudi experimental i al mateix temps vaig tenir ocasió de practicar quatre gastrostomies de transplantació; dos moriren de *shock* operatori (és l'única contraindicació potser la debilitat en que estan els malalts a qui s'ha de practicar una gastrostomia) i els altres

dos visqueren; d'un d'ells no he sapigut res fa un parell d'anys, havent donat un resultat magnífic en quant a contenir després de l'intervenció; l'altre fou per el procés que seguí d'un interès gran i adquirí el valor d'un experiment de laboratori i és lo que vinc a exposar a aquesta SOCIETAT.

Aquest malalt amb un càncer estenosant de càrdies, fou operat segons indiquen els adjunts dibuixos, de gastrostomia per transplantació (nansa transplantada d'uns 12 cm.). Resultat: continència absoluta inclòs en els esforços de la defecació immediats a l'introducció de líquids a l'estómac; a la radioscòpia, estómac contraient-se lliurement. Als dos mesos la nova boca no conté els líquids; a la radioscòpia estómac immobilitzat. Un mes i mig més tard morí el malalt sense que's pogués fer necròpsia.

Aquí sembla poder-se deduir de la successió dels fets, la dependència absoluta de la continència, de la mobilitat gàstrica, de sa lliure contracció i pendre's aquest cas com un argument en apoi de l'afirmació que sostinc de que quant més lliure l'estómac tant més continent.

En aquest sentit he començat una sèrie experimental i per de prompte puc afirmar que una gossa operada segons la tècnica descrita s'ha passejat, com alguns dels presents han pogut veure, durant uns dos mesos amb la més perfecta continència del seu estómac, malgrat la més complerta permeabilitat de la nansa intestinal transplantada. Queda per fer la 2.^a part, reproduint lo que verosímilment passà en el cas clínic exposat: fixar l'estómac a la paret i veure si sobrevé incontinència i és això lo que'm propono fer per a dar-ne més endavant coneixement an aquesta SOCIETAT.

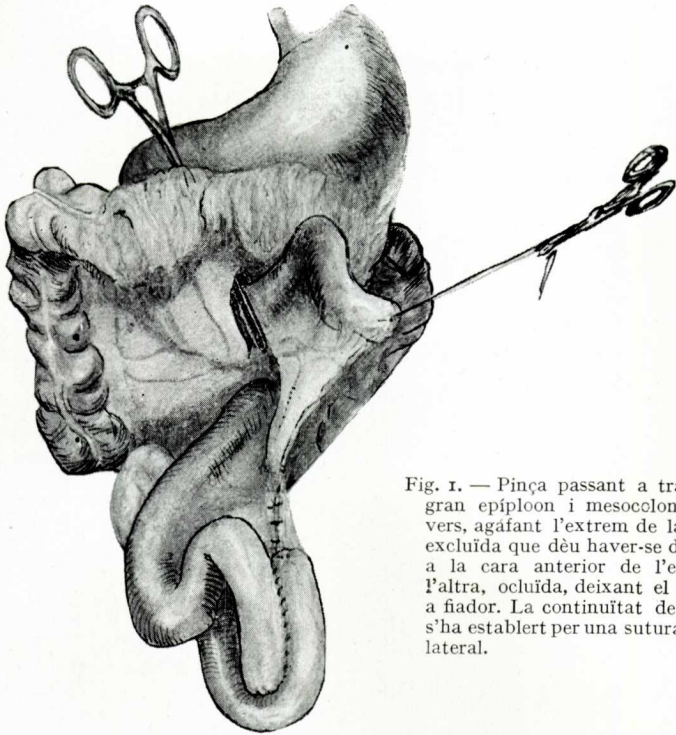


Fig. 1. — Pinça passant a través del gran epíploon i mesocolon transvers, agafant l'extrem de la nansa excluida que deu haver-se d'abocar a la cara anterior de l'estómac; l'altra, ocluida, deixant el fil com a fiador. La continuïtat del budell s'ha establert per una sutura làtero-lateral.

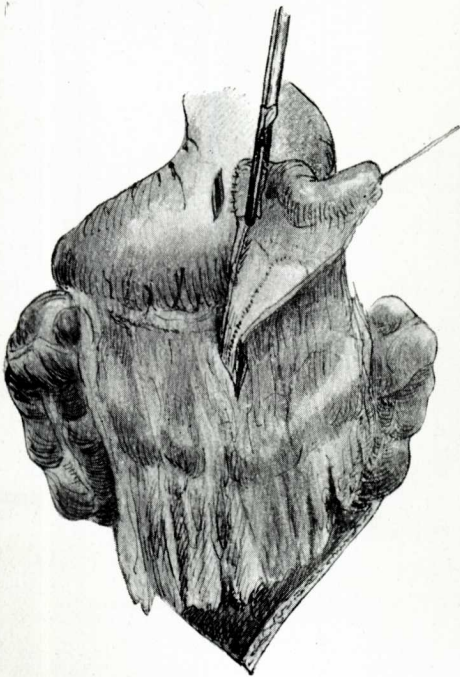


Fig. 2. — La nansa excluida ha atravesat l'epíploon major i mesocolon quin orifici atravesa el seu pedicle vascular.

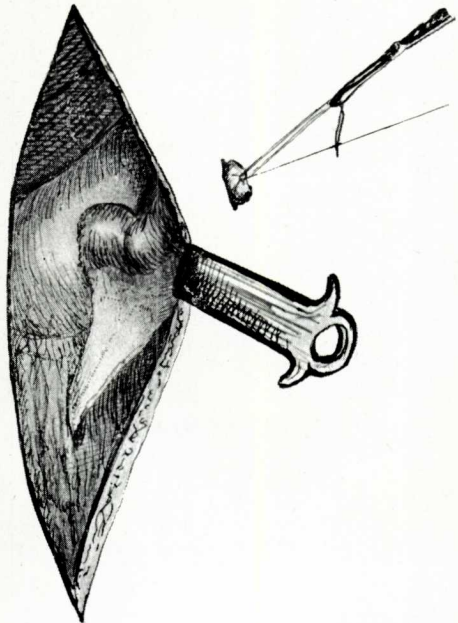


Fig. 3. — L'extrem perifèric ha atravesat la paret abdominal a través del muscul recte anterior.