

vuestra parte indica ignorancia vuestra en estos casos. Otros muchos médicos, y de los más autorizados, se han engañado, y sería larga la lista de los casos en que se ha tratado de falsos cánceres del estómago.

Me permitiré indicaros dos, porque son muy conocidos. Uno se refiere á Milne Edwards, el autor de las excelentes *Lecciones sobre la fisiología*, en el que á la edad de cuarenta años los maestros más eminentes afirmaron la existencia de un cáncer del estómago, lo que no impidió morir á Milne Edwards á la edad de ochenta años. Claudio Bernard, que sucumbió á fenómenos urémicos, fué considerado como afectado de un cáncer del estómago. Tened, pues, bien presente la idea de que el cáncer del estómago es una de las afecciones acerca de cuyo diagnóstico más fácilmente se puede uno equivocar.

No todo consiste en diagnosticar el cáncer del estómago; es necesario establecer el pronóstico, porque no olvidéis nunca que la familia del enfermo se ocupa poco del diagnóstico, sólo la interesa el pronóstico y la cura. ¿Qué pronóstico haréis en los casos de cáncer del estómago?

Del pronóstico.

El pronóstico del cáncer del estómago está basado por completo en las dos circunstancias siguientes: la naturaleza del cáncer y su asiento. Por desgracia poseemos conocimientos muy vagos respecto á la naturaleza del cáncer. Sabemos únicamente que ciertos cánceres evolucionan rápidamente, y que otros, por el contrario, marchan con lentitud extrema, y en su tesis sobre el cáncer precoz, Marc Mathieu ha indicado numerosos casos de estas formas de cáncer.

De las formas lentas.

Pero lo que importa conocer son las formas lentas. Existen cánceres atróficos del estómago cuya evolución puede ser larga, y que, cosa más curiosa todavía, pueden presentar alivios tales que haya que

descartar la idea de cáncer, y á este propósito puedo citaros la curiosa observación siguiente:

Recibimos en nuestro servicio una mujer que presenta los síntomas de un cáncer del estómago, y la presencia de un tumor nos permite afirmar el diagnóstico. Sometemos la enferma á un régimen alimenticio apropiado; su estado se alivia, recobra peso, sus funciones digestivas se reaniman y se mejoran de tal manera que creemos deber desechar la idea de cáncer. Este alivio dura cerca de un año; después las funciones digestivas se perturban de nuevo y entra otra vez en el servicio. Al día siguiente de su entrada es acometida de vómitos, de dolores muy vivos y sucumbe en pocas horas. En la autopsia encontramos un cáncer en la región pilórica, interesando únicamente el píloro: cáncer ulcerado con perforación del estómago.

Puedo además recordaros la interesante observación del enfermo que he visto en Saint-Denis con el doctor Leroy des Barres. Este enfermo seguía hacía diez años un régimen lácteo que se le había prescrito para una afección estomacal que se creía cancerosa. Vi á este enfermo, y en atención á la duración de la enfermedad, deseché la idea de cáncer. El enfermo murió poco después, y la autopsia permitió reconocer manifiestamente la existencia de un cáncer.

Pero lo que hace más difícil el diagnóstico es la posibilidad del desarrollo del cáncer en una cicatriz de úlcera redonda, y las observaciones de Hanot, de Debove, de Landouzy y de Muschir son en este sentido muy interesantes (1).

(1) G. Lyon, en su artículo, cita los casos siguientes:

Una enferma de sesenta años presentaba la mayoría de los signos funcionales del cáncer y un tumor situado en la región epigástrica. Se

hizo el diagnóstico de cáncer; á consecuencia del régimen lácteo el tumor desapareció y la salud se restableció; algunos años después se presentaron de nuevo los mismos síntomas y el tumor; el tratamiento

Del cáncer complicado la úlcera del estómago.

Del asiento
del
cáncer.

Si nuestros conocimientos acerca de la naturaleza del cáncer, bajo el punto de vista del pronóstico, son por demás sumarios, lo mismo ocurre respecto á los signos pronósticos sacados del asiento del cáncer. Se comprende, en efecto, fácilmente que una lesión muy poco extensa situada en el cardias ó en el píloro, pero que oblitere estos orificios, determine desórdenes funcionales tales que la muerte termine rápidamente semejantes desórdenes.

Del cáncer
del cardias.

De todos los cánceres del estómago, el más grave es seguramente el del cardias, porque hace imposible la alimentación, y el enfermo muere rápidamente

determinó otra vez la desaparición del tumor; se trataba verosíblemente de una úlcera simple que había determinado por su proximidad al peritoneo una peritonitis circunscrita bastante localizada para simular un neoplasma; había existido regresión de la peritonitis á consecuencia de la cicatrización de la úlcera.

Mr. Landouzy ha citado la observación de un viejo de sesenta y tres años, completamente caquéctico, con vómitos y hematemesis, tenido por canceroso, que sucumbió de una úlcera del estómago situada al nivel de las arterias epiploicas.

Mr. Debove acaba de comunicar la observación de un joven que en el curso de una excelente salud había sido acometido súbitamente de hematemesis abundantes y síntomas anémicos consecutivos; el diagnóstico de úlcera se hizo en dos servicios en que permaneció, muriendo después de haber presentado ascitis en los últimos días; á la au-

topsia se observó un cáncer en sá-bana de la pequeña curvadura; estaba ulcerado en un punto.

Una enferma de Hanot, después de hematemesis abundantes y de crisis gastrálgicas con punto dorsal, fué curada por el régimen lácteo, pero tuvo una recaída, y, desde que entró en el hospital, presentó el cuadro clásico de la cloro-anemia más acentuada; las hematemesis habían reaparecido, y como era imposible encontrar en la región estomacal el menor indicio de tumefacción, ni aun resistencia, en presencia de estos síntomas y de su evolución Hanot no dudó en admitir la existencia de una úlcera profunda.

La enferma renovó el régimen lácteo y recobró pronto el apetito; insistía en volver á la alimentación ordinaria, cuando sucumbió á una hemorragia que tuvo lugar por el intestino; á la autopsia se encontró un cáncer ulcerado cerca del píloro (a).

(a) Muschir, *France médicale*, 1887.—Landouzy, *Gazette des hôpitaux*, 1886, pág. 1169.—Debove, *Société médicale des hôpitaux*, noviembre de 1889.—Hanot, *Archives générales de médecine*, 1884, tomo XIII, pág. 483.—G. Lyon, *Diagnostio du cancer de l'estomac* (*Gaz. des hôp.*, 22 de febrero de 1890).

á consecuencia de un autofagismo progresivo y rápido. En este caso, el diagnóstico es generalmente fácil; la edad del enfermo, su estado caquéctico, la presencia de ganglios indurados en la región supraclavicular, en fin, el examen directo por la sonda esofágica, os suministrarán indicaciones precisas.

Como gravedad; en cuanto al pronóstico, viene después el cáncer del píloro. Los síntomas locales son aquí inversos de los del cáncer del cardias; en tanto que, en esta última afección, el estómago se atrofia hasta el punto de desaparecer casi por completo, y que la masa intestinal misma experimenta una retracción progresiva, dando así al vientre un aspecto tan excavado que la columna vertebral aparece en la superficie abdominal, en el cáncer del píloro, por el contrario, si existe atrofia del paquete intestinal, el estómago adquiere un gran desarrollo.

No solamente existe dilatación del estómago, sino también engrosamiento de sus capas musculosas, y en estos casos se ven dibujar á través de las paredes abdominales los movimientos automáticos del estómago. El enfermo tiene vómitos raros, pero muy abundantes, en los que se encuentran los alimentos ingeridos después de varios días. Por último, es posible encontrar, en la región del píloro, una induración correspondiente al punto afectado, sobre todo si se tiene cuidado de hacer respirar ampliamente al enfermo, de manera que se haga descender el hígado y el píloro mismo.

Como se ha demostrado que el estómago podía absorber los líquidos y hasta las peptonas, se comprende que la duración de la enfermedad, en los casos de cáncer del píloro, sea más larga que en los cánceres del cardias. Pero esta es también una forma muy grave, á pesar de la conservación, en ciertos casos, de las glándulas de pepsina. No olvidéis, sin

Cáncer
del píloro.

embargo, que frecuentemente tiene lugar, como lo ha demostrado Albert Mathieu (a), una atrofia de la mucosa coincidente con el cáncer, y que la atrofia de las glándulas de pepsina aumenta además los trastornos funcionales ocasionados por el cáncer del píloro, aun cuando sea poco extenso.

Cáncer en masa. Viene después el cáncer que comprende la totalidad, por decirlo así, del estómago; cáncer en masa ó en sábana, que es en ocasiones compatible con la conservación aparente de las funciones estomacales. Esta es una forma latente del cáncer, cuya presentación se observa á menudo en los viejos (1).

Cáncer de la curvadura menor. En fin, bajo el punto de vista del pronóstico, el menos grave de los cánceres del estómago es el que interesa la curvadura menor sin obliterar el cardias ni el píloro. Es asimismo el cáncer más difícil de diagnosticar, puesto que, en este caso, es imposible percibir el tumor. Es igualmente el que más á cubierto está de las perforaciones.

Del tratamiento. Tal es, en resumen, el pronóstico del cáncer del estómago. Réstame, para terminar esta lección, hablaros del tratamiento; porque aun con la seguridad de un diagnóstico irreprochable, os es preciso tratar á vuestros cancerosos, y como además es siempre posible el error de diagnóstico, se han visto en cier-

(1) Chesnel ha estudiado las formas clínicas del cáncer latente del estómago; ha demostrado que el cáncer completamente latente era cosa rara, y no ha podido recoger más que seis observaciones de él. La forma dispéptica será la más frecuente, y el enfermo, en estos casos, no presentará más que trastornos gástricos. Por último, en otros casos el cáncer del estómago toma formas diferentes: puede simular una enfermedad de Bright (forma hidrópica), una tuberculosis (forma torácica), una enfermedad del corazón (forma cardíaca) (b).

(a) Albert Mathieu, *Archives générales de médecine*, abril y mayo de 1889.

(b) Ferd. Chesnel, *Etude clinique sur le cancer de l'estomac*. Tesis inaugural, París, 1877.

tos casos curar algunos enfermos hasta con la terapéutica más extraña.

Puedo recordaros la observación, hoy día clásica, de un maestro de coches de los más conocidos de París, que fué curado de un pretendido cáncer del estómago, especialmente por la extraña medicación de las camisas de color, por de contado con un régimen apropiado. No se debe desesperar nunca de la curación de un canceroso: si triunfáis, es que os habéis engañado; si fracasáis, es que vuestro diagnóstico era cierto.

El tratamiento comprende varias partes: un tratamiento general, que se dirige contra el cáncer cuando no interesa los orificios, y un tratamiento especial á cada una de las variedades que os he indicado, cáncer del cardias y cáncer del píloro. Relativamente á las primeras indicaciones, es preciso citar aquí la antisepsia estomacal y ordenar un régimen apropiado.

La antisepsia estomacal tendrá por base el salicilato de bismuto y el naftol ó el salol. Los prescribiréis bajo la forma de sellos medicinales, que se tomarán antes de cada comida, y usaréis las fórmulas siguientes, que tan frecuentemente os he indicado:

Fórmula núm. 1.

Salicilato de bismuto.	} aa. 10 gramos.
Magnesia inglesa.	
Bicarbonato de sosa.	

En treinta sellos medicinales.

Fórmula núm. 2.

Salicilato de bismuto.	} aa. 10 gramos.
Naftol.	
Carbón.	

En treinta sellos medicinales.

Antisepsia estomacal.

Fórmula núm. 3.

Salicilato de bismuto.	} aa. 10 gramos.
Salol.	
Bicarbonato de sosa.	

En treinta sellos medicinales.

Analgesia.

Otra indicación que tenemos que satisfacer es la de calmar los vivos dolores que tan á menudo existen. Para esto pueden emplearse todas las medicaciones opiáceas. Usaréis, pues, bien las gotas negras inglesas, bien el elixir paregórico, bien las píldoras de opio, y en particular las inyecciones de morfina, que asociaréis á la atropina, inyectando, por ejemplo, una jeringa entera de la solución siguiente:

Clorhidrato de morfina.	10 centigramos.
Sulfato neutro de atropina.	10 miligramos.
Agua esterilizada.	20 gramos.

Si las inyecciones de morfina tienen el grave inconveniente de producir la morfínomanía, este peligro no es de temer en los carcinomatosos, y en las afecciones incurables y dolorosas la morfina nos presta servicios incomparables.

Régimen alimenticio.

Después instituiréis un régimen, régimen que será absolutamente vegetariano. Existe, en efecto, una regla de terapéutica que establece que se deje descansar al órgano enfermo; el estómago es un órgano que no se puede dejar descansar; pero lo único que se puede hacer es reducir á su *mínimum* el trabajo digestivo, tanto más cuanto que en la mayoría de los casos de cáncer existe una disminución en la actividad digestiva del jugo gástrico, y conseguiréis este resultado utilizando el régimen vegetariano. Ya os he hablado de este régimen y no insistiré más sobre él, pero os indico la utilidad de su aplicación en semejantes casos. Voy á ocuparme ahora de los casos en que el cáncer está limitado al cardias ó al píloro.

Cuando el cáncer tiene su asiento en el cardias, nos encontramos con las mismas indicaciones que para la estrechez del esófago, es decir, que fuera de los procedimientos quirúrgicos, sobre los cuales insistiré, nos es preciso alimentar al enfermo con sustancias líquidas ó semilíquidas. Así, pues, en estas circunstancias nos prestan muy importantes servicios los polvos de carne.

El cáncer del píloro, cuando va acompañado de dilatación, puede ser tratado por el lavado del estómago; no es que este lavado cure el cáncer, sino que permite hacer una cura de la mucosa, desembarazarla de los productos icorosos secretados por la neoplasia y hasta calmar en algunas ocasiones los dolores estomacales provocados por la ulceración. Podréis emplear los lavados con agua naftolada al 1 por 1.000 de naftol, ó también las mezclas de salicilato de bismuto y de salol, de que os he hablado.

Respecto á la cuestión quirúrgica, encuéntrase planteada ante un cáncer del píloro ó un cáncer del cardias. Relativamente al primero se ha propuesto la ablación del píloro, la gastrectomía, que practicada por primera vez por Pean ha sido intentada por varios cirujanos; pero se ha abandonado rápidamente á causa de los graves desórdenes á que da lugar semejante operación. Billroth ha propuesto la operación mucho más lógica de establecer una comunicación entre el estómago y un punto del intestino próximo del duodeno. Perfeccionó así la operación propuesta y ejecutada por primera vez en mi servicio por Surmay (de Ham), que practicaba en estos casos una boca en el duodeno.

Tratamiento quirúrgico.

En cuanto al cáncer del cardias, además del cateterismo, bien permanente, como ha propuesto Krishaber, bien pasajero, por verdaderos entubamientos del esófago, recientemente aconsejado por Berger,

además de la electrolisis preconizada por Fort, los cirujanos han propuesto hacer la gastrostomía, es decir, alimentar al enfermo directamente por el estómago (1).

Todos estos procedimientos quirúrgicos, cualquiera que sea la habilidad de los cirujanos, no han dado más que insignificantes resultados cuando se ha tratado de cáncer del estómago, porque no se pueden indicar tales operaciones sino en períodos avanzados de la enfermedad. El enfermo se encuentra entonces en la imposibilidad de resistir al traumatismo quirúrgico, y cuando resiste sólo consigue frecuentemente una prolongación de vida de unos meses ó de unas semanas; porque, como lo ha demostrado la anatomía patológica, el cáncer del estómago raramente está aislado, y en un gran número de casos se encuentran cánceres en otras vísceras cuya marcha progresiva determina la muerte del enfermo (2).

(1) Krishaber introduce por la nariz una sonda de cautchuc, ó bien una sonda de goma. Cuando la estrechez es de muy pequeño calibre, empieza primeramente por introducir la sonda de goma que es resistente; pero al cabo de algunos días la retira y la reemplaza inmediatamente por la sonda blanda de cautchuc.

Además está demostrado que el esófago tolera una sonda permanente indefinidamente, y ha indicado por una serie de observaciones casos de cáncer del esófago en los que esta sonda permaneció co-

locada durante trescientos cinco, ciento sesenta y cinco y doscientos cincuenta y un días (a).

(2) Güssenbauer y Winiwarter han demostrado que de 903 cánceres del estómago se han encontrado 542 limitados al píloro. De este número, 223 sin infartos gástricos y 172 sin adherencias á las partes vecinas. Leddherose ha hecho una estadística análoga. En 60 casos de cáncer del estómago, 39 veces el cáncer estaba limitado al píloro, 7 casos solamente estaban aislados, 25 veces existían nódulos cancerosos en otros órganos (b).

(a) Krishaber, *De la sonde œsophagienne à demeure* (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1882, y *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1881).

(b) Güssenbauer, *Arch. de Langenbeck*, Bd. XIX, pág. 347.

Tales son las consideraciones que quería presentaros. Creo que os serán de alguna utilidad, y paso al estudio de una enfermedad que se parece por muchos conceptos al cáncer del estómago. Me refiero á la úlcera de esta víscera.

(1) Krishaber introduce por la nariz una sonda de cautchuc, ó bien una sonda de goma. Cuando la estrechez es de muy pequeño calibre, empieza primeramente por introducir la sonda de goma que es resistente; pero al cabo de algunos días la retira y la reemplaza inmediatamente por la sonda blanda de cautchuc.

Además está demostrado que el esófago tolera una sonda permanente indefinidamente, y ha indicado por una serie de observaciones casos de cáncer del esófago en los que esta sonda permaneció co-

(2) Güssenbauer y Winiwarter han demostrado que de 903 cánceres del estómago se han encontrado 542 limitados al píloro. De este número, 223 sin infartos gástricos y 172 sin adherencias á las partes vecinas. Leddherose ha hecho una estadística análoga. En 60 casos de cáncer del estómago, 39 veces el cáncer estaba limitado al píloro, 7 casos solamente estaban aislados, 25 veces existían nódulos cancerosos en otros órganos (b).

(a) Krishaber, *De la sonde œsophagienne à demeure* (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1882, y *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1881).

(b) Güssenbauer, *Arch. de Langenbeck*, Bd. XIX, pág. 347.