

cer del estómago, en cuyo estado les es imposible reaccionar después de una operación tan larga y tan grave; en segundo lugar, la imposibilidad de afirmar que no existen otros tumores cancerosos en las partes profundas del abdomen. Estas son, repito, las condiciones que deben hacernos moderar el entusiasmo por la vulgarización de la gastrectomía.

Gastrostomía.

No sucede lo mismo con la gastrostomía; es decir, el establecimiento de una abertura permanente en las paredes del estómago, operación mucho más lógica y que ha dado numerosos éxitos. La gastrostomía puede practicarse de diferente manera en dos casos: cuando existe estrechez del esófago y del cardias ó cuando existe un obstáculo en el píloro.

En las estrecheces del esófago, cuando este conducto se hace impermeable, la gastrostomía es de imperiosa ejecución, y se comprende que de este modo se pueda sostener la vida por medio de una fístula gástrica. La curiosa observación del profesor Verneuil en Marcelino nos hace ver los beneficios de la gastrostomía; y si en las estrecheces fibrosas no da siempre tan buenos resultados, es porque se tarda mucho en intervenir, y el enfermo, extenuado por una abstinencia prolongada, no puede resistir á un traumatismo quirúrgico.

Creo esta operación perfectamente indicada en los casos de cáncer del cardias y del esófago. Hay, en efecto, afecciones cancerosas que se hacen graves, no por la extensión de su lesión, sino porque constituyen un obstáculo invencible para el funcionamiento regular de los órganos indispensables para la vida. Un cáncer de poca extensión situado en el píloro ó en el cardias determina la muerte por abstinencia, y como se comprende, se podrá prolongar por varios años la vida de los pacientes creando nuevas vías.

Cuando el obstáculo tiene su asiento en el píloro, la intervención quirúrgica es muy diferente, y la gastrostomía consiste en establecer una nueva boca para el estómago, no ya que comunique con el exterior, sino con una nueva asa intestinal. Ya Surmay (de Ham) (1) había propuesto practicar una boca en el duodeno, y llevado á cabo esta operación en mi clínica en una joven de veinticuatro años afecta de cáncer del píloro. La operación propuesta por Billroth constituye, á mi parecer, un notable progreso sobre el anterior.

Consiste en unir un asa intestinal, la más próxima posible del duodeno, á la pared del estómago y establecer en seguida una comunicación entre estas dos cavidades, constituyendo así un verdadero ano contranatural entre el estómago y el intestino. Esta operación, creando un nuevo píloro, impide perder la secreción, tan importante para la digestión de la bilis y del jugo pancreático, que continúa verificándose por el extremo superior del intestino.

Esta operación deberá practicarse siempre que exista un obstáculo pilórico casi completo, y por mi parte siento vivamente que en dos casos en los que diagnosticué una estrechez pilórica no se practicara, toda vez que la autopsia confirmó mi diagnóstico. Creo además que en ciertas formas de cáncer del píloro sin síntoma caquético esta operación puede

(1) Surmay ha indicado el manual operatorio que permite llegar sobre la tercera parte del duodeno, abrir esta porción y fijarla á las paredes del abdomen. Por esta boca se introducirán los alimentos peptonizados en el intestino. Esta operación ha sido practicada el 19 de junio de 1879 en una joven de vein-

tiséis años que presentaba un tumor canceroso movable en el píloro. La enferma sucumbió al día siguiente, 20, á las tres de la tarde. La autopsia permitió observar que la sonda introducida por Surmay se encontraba bien colocada en la primera porción del intestino delgado (a).

(a) Academia de Medicina, 1878.

ser propuesta, porque, dejando intacto el tumor, no da lugar á los graves desórdenes de la gastrectomía. Desgraciadamente, como en la estrechez del esófago, no proponemos esta operación hasta los últimos periodos de la enfermedad, cuando el enfermo no puede resistir sus consecuencias.

De todo lo que acabo de deciros se deduce en resumen que la intervención quirúrgica en el cáncer del estómago debe limitarse solamente á dos operaciones: la resección del píloro y la gastroenterostomía. De todos modos, la elección de la operación sólo podrá hacerse después de haber practicado previamente la laparotomía. Si el cáncer está limitado al píloro y no existen adherencias se puede hacer la resección del píloro y suturar el estómago al extremo que se ha hecho libre del duodeno; esta sería una cura radical; pero semejante operación rara vez es posible, y es necesario entonces recurrir á la gastroenterostomía, que como su nombre indica, y como ya os he dicho, quiere decir abocamiento y unión de un asa intestinal con el estómago.

Réstame todavía describir, para completar estas lecciones, el tratamiento del embarazo gástrico; pero aquí la escena gástrica ocupa el segundo lugar; hay un estado general muy á menudo febril, y me propongo hablaros de este tratamiento cuando me ocupe de la terapéutica de los estados mucosos (a).

Como veis, el tratamiento de las afecciones estomacales en general exige mucho por parte del médico; reclama de él conocimientos clínicos profundos, á fin de poder juzgar y agrupar los diferentes síntomas presentados por el enfermo y reconocer en ellos su origen y marcha; reclama también grandes nociones farmacológicas, con objeto de poder variar y

(a) Véase tomo III, *Tratamiento de las fiebres. Lección sobre la fiebre tifoidea.*

cambiar las diferentes medicaciones y apropiarlas á cada estado; reclama, en fin, un estudio completo y formal de la higiene, para establecer de una manera científica y razonada las bases de un régimen apropiado á cada una de las formas de dispepsia. Añadid á esto la persistencia, la energía y la paciencia indispensables para sostener la medicación ordenada, y comprenderéis cuánto saber, talento y arte le son necesarios al médico en la curación de las afecciones del estómago.

En otra serie de lecciones me propongo, señores, completar este estudio del tratamiento de las afecciones del estómago con el de la terapéutica de las enfermedades del intestino.