

A pesar de todo, el enfermo enflaqueció cada vez más y sucumbió diez días después de la operación.

Desde el momento que el cirujano se ha cerciorado bien de que distingue claramente el estómago, lo coge con unas pinzas de curación y lo atrae al exterior. Para sujetarlo en esta posición, se le puede atravesar con dos agujas de acupuntura ó mejor con dos asas de hilo, ó también se le puede dejar cogido con dos pinzas hemostáticas. Antes de abrir la cavidad estomacal, se fija esta víscera á las paredes de la herida. Verneuil, que ha obtenido la primera curación, coloca alrededor de la herida una serie de hilos de plata, dispuestos en forma de corona y separados entre sí de 5 á 6 milímetros. La aguja atraviesa la pared abdominal, el peritoneo inclusive, y luego en dos puntos las tunicas gástricas; el asa del hilo se cierra por medio de los tubos de Galli ó simplemente por torsión. Después de esto se abre el estómago en la extensión de un centímetro. Howse ha aplicado una doble sutura formando dos círculos concéntricos, pero después ha renunciado á ello. Para asegurar más la adherencia, yo aplico en cierto modo dos círculos de sutura, pero se encuentran casi al mismo nivel. Atravieso la pared abdominal tirando un poco del peritoneo por medio de las asas de hilo con que lo he atravesado antes de sacar el estómago al exterior, y procuro que el peritoneo sobresalga un poco de los bordes de la herida. La aguja coge el peritoneo estomacal y lo pone en contacto con el peritoneo parietal. De este modo la herida abdominal queda en cierto modo guarnecida de un ribete de peritoneo. Con esto el estómago queda bastante sujeto para poderlo abrir sin temor. Después de abierto, aplico un segundo círculo de sutura subyacente al primero, pero no comprendiendo más que una parte del espesor de la pared abdominal y todo el espesor del estómago, haciendo de manera que se ranverse la mucosa estomacal hacia afuera, formando un rodete. Con esto me propongo obtener una exacta yuxtaposición de las dos hojas del peritoneo y en lo posible evitar á la herida el contacto del jugo gástrico evacuado por la herida.

Operación en dos tiempos.—Esta modificación consiste en hacer la operación como acabamos de decir, pero dejando transcurrir muchos días (Howse deja cinco y hasta diez días) antes de abrir el estómago. Soy poco partidario de este método, porque no le veo ninguna ventaja formal y en cambio tiene el inconveniente de retardar el momento de poder alimentar al enfermo. Howse, Hjort, Albert y Durham, partidarios de la operación en dos tiempos, objetan que el doble traumatismo estomacal y peritoneal agrava el pronóstico; pero analizando sus propias observaciones no parece que el estado de sus enfermos haya sufrido una agravación temporal el día en

que han practicado ulteriormente la abertura del estómago. Si la operación en dos tiempos cuenta al parecer mayor proporción de curaciones, debe tenerse en cuenta que será precisamente porque los operados ofrecerían aún bastante resistencia cuando se ha podido aplazar por muchos días la abertura del estómago y la alimentación por la fistula. La mayoría de los casos, sino todos los que han sido operados en un solo tiempo, lo han sido de urgencia por el estado de gravedad en que la inanición había colocado al enfermo; por consiguiente, no tiene nada de extraño que haya sido menos subida la proporción de curaciones.

Introducción de una cánula.—La mayoría de los operadores inmediatamente después de la operación han introducido en la abertura una cánula ó un tubo de drenaje. No soy partidario de este proceder; porque este tubo, obrando como cuerpo extraño, no puede hacer más que irritar el estómago, ocasionar vómitos, y por otra parte no es de temer que la abertura se cierre, porque sus paredes están formadas por la mucosa gástrica. Pero después de algunos días, es decir, desde el momento que se empieza á alimentar al enfermo, es indispensable la aplicación de una cánula que pueda cerrarse para evitar la salida de los alimentos introducidos en el estómago. Hasta ahora no se ha inventado á este fin ningún aparato perfecto; la dificultad estriba en que se hace necesario hacer presión á la vez por el lado de la pared interna del estómago y de la piel. Un tubo provisto de una camisa de caucho en su porción estomacal, camisa tubular que pueda dilatarse por la introducción de aire ó de líquido y una chapa metálica circular deslizándose á lo largo de la pared exterior del tubo y pudiendo sujetarse por la presión de un tornillo, me parece que podría llenar estas indicaciones.

Alimentación.—A pesar de la conveniencia de alimentar lo más pronto posible á un enfermo que pasa por el suplicio del hambre, creo que es más conveniente esperar al menos un día ó mejor aún dos ó tres antes de introducir nada en el estómago. Para evitar la inflamación es conveniente dejar este órgano en el más absoluto reposo. Cuando la alimentación pueda empezarse, sobre todo en los primeros tiempos, será conveniente limitarla á lo más estrictamente necesario.

Cura.—Como que el contacto del jugo gástrico frecuentemente irrita los bordes de la herida, se podrá proteger las partes próximas cubriendo la piel con una capa de colodion. Por toda cura será suficiente aplicar al nivel de la fistula un pedazo de tafetán engomado sujetado por una compresa. Será bueno embadurnar de vaselina las partes inflamadas.

Resultados y apreciación.—Hé aquí lo que dije en mi última edición: «Fenger (1853), Habershon (1857), Sydney Jones (1855-1866), Jonon (1872), Smith, Mac Cornac, Legros Clarke (1872), Jacobi (1874), Cooper Forster (1858, 1859), Lowe, Bryant, Curling (1866), Van Thaden (1867), Troup (1867), Durham (1868), Maury (1869), Hjork (1874) y Sydney Jones (1875), han imitado el ejemplo de Sédillot, casi siempre (excepto en tres casos de estrechez traumática) por estrecheces del esófago cancerosas. Los veintidós operados murieron todos en un intervalo de tiempo que varía entre algunas horas y algunos días, lo cual contrasta desgraciadamente con las curaciones hasta ahora constantes en los diez casos de gastrotomía practicada para la extracción de cuerpos extraños. Esta diferencia en los resultados es de las más notables; ¿á qué puede ser debida? Me parece que en todos los casos de cuerpo extraño el éxito puede atribuirse á la circunstancia de que la presencia del cuerpo extraño habrá modificado la vitalidad del estómago y del peritoneo que lo cubre, modificación que le hará menos susceptible de inflamarse por causa de la incisión; al paso que en la gastrotomía practicada por una estrechez del esófago no existe semejante condición, y además la operación ha tenido lugar casi siempre en sujetos de edad avanzada y en organismos maleados por la caquexia cancerosa y muy debilitados por la inanición.»

Por lo que concierne á la *gastrotomía*, las cosas han cambiado por completo, debido por una parte á la circunstancia de que la operación se ha aplicado no tan sólo contra estrecheces cancerosas y enfermos debilitados, sino por estrecheces cicatriciales y en enfermos que ofrecían aún notable resistencia. He de añadir aún que en algunos de estos enfermos la operación ha sido prematura y hasta en alguno quizás hubiera podido prescindirse de ella. Sea como fuere, en lugar de 22 operaciones, en la Memoria de Marcel Cohen encontramos hoy día 207, de las cuales resultaron 61 muertos y 46 curados, ó sea una mortalidad de 29'4 por 100 y una sobrevivencia media de ochenta y dos días. Pero, para juzgar esta cuestión, es necesario separar las gastrotomías por cáncer de las que han sido practicadas por estrecheces no cancerosas del esófago.

Estrecheces cancerosas.—Difícilmente puede haber un espectáculo tan doloroso como el de un enfermo muriendo de inanición por causa de un cáncer del esófago, sobre el cual es muy difícil intervenir, aunque sea por la vía operatoria, que quizás se limite á retardar el momento de la muerte y aun en el caso de feliz resultado no proporcionará otra cosa que algunas semanas ó pocos meses de una vida miserable. Lo que puede haber inducido á practicar la gastrotomía, es la circunstancia de que esta operación, que pocos años atrás considerábamos poco menos que mortal, no

tiene la gravedad que antes se le atribuía. Por estos motivos he practicado yo la gastrotomía, pero no conviene practicarla sino cuando se tiene la casi certeza de que de otro modo la muerte sería próxima, y cuando el estado general del enfermo permite esperar, en caso de éxito operatorio, una sobrevivencia un poco larga. Lo que principalmente importa es no esperar que las fuerzas del enfermo estén totalmente agotadas, y precisamente porque casi siempre se ha operado en estas condiciones es que al principio eran tan numerosos y casi podríamos decir constantes los casos infortunados.

Con todo, antes de apelar á este recurso, ¿podemos con alguna esperanza de éxito ensayar otros? La esofagotomía interna al menos, si no es más peligrosa que la gastrotomía, en caso de feliz éxito no ofrece las ventajas de esta última operación. Pero puede ensayarse el empleo del tubo esofágico permanente, método terapéutico nuevo aún y por consiguiente no bien comprobado por la práctica, pero que parece tener grandes ventajas.

Estrecheces no cancerosas.—Algunas de éstas son sifilíticas, pero la mayor parte son consecutivas á la ingestión de una sustancia cáustica. Marcel Cohen en un importante trabajo sobre este particular ha reunido 53 observaciones, en las que se encuentran 24 curaciones y 29 muertos, ó sea una mortalidad de 54 por 100. En estos 29 casos, la muerte únicamente doce veces ha sido la consecuencia directa de la operación, pero debemos añadir á estos otros siete operados muertos de inanición ó por agotamiento en un período de catorce horas á veintiocho días. Como se ve, aún así resulta una mortalidad bastante elevada.

Estas 24 curaciones merecen ser atentamente examinadas, porque, como veremos luego, la vida se halla en inminente peligro cuando la alimentación se efectúa exclusivamente por la fistula estomacal, y, sea directamente, sea por la disminución de la resistencia vital, enfermedades de naturaleza diversa han llegado á producir la muerte de casi todos los enfermos dentro de un período de tiempo más ó menos prolongado. No tenemos ningún detalle acerca del caso de Satzensko, quedándonos por consiguiente 23 enfermos curados y de los cuales conocemos algo su historia consecutiva. Nueve de estos casos han muerto ulteriormente; tres murieron de tisis: el de Verneuil quince días después; el de Patzelt después de cincuenta y cinco días; el de Rupprecht después de siete meses. Los dos operados de Trendelenburg sucumbieron el uno por caries del peñasco cuatro años después, y el otro por accesos febriles ocho meses después. Los operados de Pye Smith y de Langenbeck murieron de pulmonía, el primero diez y ocho meses después, el segundo después de doscientos diez días. Ignoro

cuál fuese la causa de la muerte en el operado de Langenbeck, que falleció tres meses más tarde.

Merece especial mención el operado de Howse, que curó y pudo cerrarse la herida veinte meses después; pero la estrechez reapareció, el enfermo enflaqueció y murió sin que se le hubiese podido operar segunda vez.

Quedan, pues, 14 operados, en los cuales parece que la curación haya sido permanente ó á lo menos bastante duradera para que los observadores no hayan podido reconocer la realidad de la muerte. Pues bien, hay un hecho sobremanera notable y sobre el cual llamo vivamente la atención, y es que en diez de estos casos la permeabilidad del esófago se había restablecido en diverso grado. Un oncenavo caso pertenece á un negro operado por Staton, que no introducía los instrumentos por la fístula hasta después de haberlos masticado é insalivado. La observación de Whitehead carece de detalles, y los enfermos de Albert y Dupont habían conservado la impermeabilidad del esófago.

En 5 operados la permeabilidad del esófago se restableció sin operación; los de Davies Colley y de Bryant podían tragar la carne picada; los de Herff, Jones y Mac Namaura tragaban su saliva, este último con bastante dificultad y la observación no continúa más allá de los tres meses.

En otros 5 operados la estrechez fué curada quirúrgicamente: Albert y Schattauer emplearon la dilatación; Hjort la electrolisis y Schedé la esofagotomía previa. Bergmann, por una estrechez que ocupaba el cardias, notando por la fístula que la oliva del dilatador introducido en el esófago no estaba separada del estómago más que por una delgada capa de tejidos, mortificó éstos por la compresión y así restableció la permeabilidad del esófago.

Cuando se leen las observaciones de gastrostomías publicadas, llama la atención el hecho de que, en algunos casos, la operación habría podido evitarse si se hubiesen practicado mejor los ensayos de dilatación. La vida no parece asegurada si no se puede en lo sucesivo restablecer la permeabilidad del esófago, y esto es, por consiguiente, lo que se deberá procurar; por esto conviene insistir en la dilatación más de lo que generalmente se hace. Téngase en cuenta, no obstante, el hecho de que la gastrostomía puede considerarse á veces como una operación de urgencia, que se practica para evitar la muerte por inanición y proporcionarse tiempo suficiente para procurar más adelante la dilatación de la estrechez. Me atrevo á asegurar que, haciendo aplicación de mi procedimiento de dilatación inmediata progresiva por medio de las candelillas cónicas con conductor, muchas veces se evitará la necesidad de abrir el estómago.

Siete años atrás, mi malgrado colega Sarazin me mandó un

enfermo de estrechez cicatricial en el que se habían frustrado todas las tentativas de dilatación y hacía cinco días que no había podido tragar ni una sola gota de agua. Empleé mi procedimiento y dilaté el esófago lo bastante para que el enfermo pudiese tragar caldo mezclado con yemas de huevo; continué el tratamiento y dilaté completamente el esófago estrechado en su parte media.

El enfermo, que era campesino, regresó á su casa provisto de candelillas. Continuó aplicándose él mismo el cateterismo del esófago y siete años después continuaba en perfecto estado de curación.

IV.—Resección parcial del estómago

En mi última edición (1877) empecé este capítulo diciendo: «Veinte años atrás, cuando queríamos divertirnos á costa de la candidez y buena fe de un principiante, le contábamos que tal cirujano, conocido por sus excentricidades en las prácticas operatorias, había llegado á extirpar un píloro canceroso. En una de las más formales revistas los *Archivos de Langenbeck*, un cirujano alemán, Gußenbauer, estudia formalmente los procedimientos aplicables á la resección parcial del estómago canceroso. Por ahora, únicamente se ha practicado esta resección en perros; pero la marcha que desde algún tiempo sigue la cirugía del otro lado del Rhin, me inclina á creer que no tardaremos en ver aplicada esta operación en alemanes »

No fué en un alemán, sino en un francés y por un operador francés (Péan), que se practicó esta operación por vez primera el 9 de abril de 1879. En lo sucesivo, se han multiplicado estas operaciones, y en la actualidad son bastantes en número para que, aun limitándonos á las que Hahn ha reunido en su trabajo, podamos formar juicio sobre el valor de esta operación. Veamos ante todo cómo ha sido practicada.

Billroth practicó la incisión sobre el tumor mismo; Rydigier aconseja practicarla sobre la línea blanca; se le da una extensión de 10 á 15 centímetros y se la practica con las precauciones indicadas para todas las laparotomías. Cuando se ha llegado al estómago, es preciso desprenderlo y aislarlo en la parte enferma. Se desprende en seguida el epiploon gastro-cólico en toda la extensión que deberá researse y se le secciona entre dos ligaduras para evitar la hemorragia.

La sección del estómago siempre expone á la caída de su contenido dentro de la cavidad abdominal. Rydigier cierra el estómago y el duodeno con dos pinzas; Billroth se limita á confiar esto al cuidado de un ayudante experimentado provisto de esponjas.

Siendo el calibre del estómago muy superior al del duodeno, con el cual deberá reunirse, una vez seccionado el estómago se cierra con puntos de sutura, que necesariamente serán numerosos, la parte de la sección estomacal que quedará aislada, y únicamente se conserva la que deberá corresponderse con el duodeno. En sus dos primeras operaciones, Billroth había unido el duodeno á la parte inmediata de la corvadura menor; pero como su segundo enfermo sufriese repetidos vómitos que no tenía antes de la operación, creyó Billroth, y no sin motivo, que el fondo de saco que de este modo se formaba en la corvadura mayor se oponía al fácil paso de los alimentos al duodeno y por esto en lo sucesivo ha procurado que este intestino desembocase en la corvadura mayor suturando las partes del estómago correspondientes á la corvadura menor. Los hilos de la sutura no se cortan hasta el final de la operación y sirven para sujetar el estómago.

Después de esto, es necesario aislar la parte que corresponde al duodeno; se secciona el intestino y se une al estómago por medio de las mismas suturas que se emplean para unir los dos cabos del intestino dividido. Ya no falta más que cerrar el abdomen con las condiciones que son de rigor en las laparotomías.

Resultados y apreciación.—La Memoria de Hahn contiene todas las observaciones publicadas hasta 1883, comprendiendo el período de manía de la resección del estómago. Habían sido operados treinta enfermos y en otros dos, Czerny y Lauenstein, al ver la grande extensión del cáncer, no pasaron adelante la operación. Czerny cerró de nuevo el vientre, y Lauenstein dejó establecida una fistula gastro-intestinal y el enfermo murió.

Para que la operación pueda hacerse con algunas mayores probabilidades de éxito por los que la aceptan, sería necesario que se pudiese tener certeza absoluta en el diagnóstico, al menos por lo que se refiere á los límites del cáncer y á la falta de adherencias con las partes vecinas; porque las observaciones han demostrado que la resección de una parte del páncreas era una formal contraindicación. Pues bien, nada permite establecer en estos términos semejante diagnóstico. Así es que en la observación de Lucke (1881) el tumor estaba completamente movable, y se encontró en el acto de la operación que estaba adherido al páncreas. En la de Krölein (1881) el tumor, que parecía muy movable y del tamaño de un huevo de paloma, tenía el volumen del puño y para aislarlo debía desinsertarse el epiploon mayor en una extensión de diez centímetros, y en la autopsia se vió que el hígado había sido invadido.

Pero, para formar juicio de la operación, debemos atenernos á sus resultados. De los 30 operados, 24 murieron de la operación misma, lo cual nos da la espantosa mortalidad de 80 por 100 ó sea 4 por 5.

Una vez el enfermo murió sin que despertara del sueño clorofórmico; éste al menos no se sintió morir (Fort); á las tres horas (Richter), á las cuatro horas (Berns), á las cinco horas (Weinlechner), á las seis horas (Bardenhauer, Kitajewski, Kohler), á las siete horas (Caselli), á las diez horas (Lucke), á las catorce horas (Southam), á las diez y seis horas (Gussenbauer), en el mismo día (Rydgier, Billroth, Nicolaysen, Jurié, Krönlein, Langenbech), al día siguiente (Bardenhauer), al tercer día (Billroth), al quinto (Péan), al séptimo (Hahn), al octavo (Billroth, Bardenhauer, Lauenstein).

Esto aún sería conseguir algo si al lado de esta mortalidad operatoria, tratándose de una enfermedad fatalmente mortal, pudiésemos colocar seis casos de curación; pero debemos desde luego eliminar las dos observaciones de Rydgier y de Van Kleef, porque en la primera se trataba de una enferma de 30 años y en la segunda de una mujer de 37, habiendo padecido ambas de úlcera simple del estómago. Estas enfermas tuvieron la suerte de no sucumbir á la operación y sobrevivían aún la una á los siete meses y la otra á los dos meses; quizás vivan todavía; ¿pero es aceptable que por una enfermedad que no es esencialmente mortal, que puede curar á beneficio de cuidados médicos bien dirigidos, se practique con todo conocimiento de causa una operación que cuenta con una mortalidad de 80 por 100?

Quedan, pues, cuatro enfermas curadas; la una, la primera que operó Billroth, murió de recidiva á los cuatro meses, lo cual no es en verdad un resultado que compense los peligros de la operación. Quedan, pues, tres enfermas curadas, una operada por Wöfler, contaba la edad de 52 años, tenía un cáncer del píloro y un año después de la operación vivía aún. De las otras dos, la una operada por Czerny tenía un cáncer coloides y vivía aún siete meses después; la otra, operada por Billroth, tenía un cáncer glandular y vivía aún cinco meses después; ahora bien, la primera tenía 28 años de edad, la segunda 36, que no es la edad propia del cáncer; además, ni la una ni la otra nunca tuvieron ni vómitos de sangre ni deposiciones sanguinolentas, ni melena. ¿Qué suerte les cupo después? Lo ignoro, y en estas condiciones he de manifestar mis dudas acerca de la naturaleza del tumor reseado.

No he de repetir el concepto general que sobre estas operaciones he manifestado en la introducción de este volumen; me limitaré á decir que considero la resección del estómago canceroso como una detestable operación que la rechazo con toda energía.