

ARTICULO VIII.

ÚLCERA SIMPLE DEL ESTÓMAGO.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Hemos creído deber referir casi por completo á este artículo cuanto en las ediciones anteriores se titulaba *Gastritis ulcerosa*. Nos ha parecido preferible emplear la expresion *úlcera simple* que tiene el mérito de no prejuzgar la cuestion en cuanto á la causa del padecimiento y de no estar supeditada á ninguna teoria médica; además esta expresion es hoy generalmente adoptada por los médicos que han tratado esta cuestion en Francia, Inglaterra y Alemania. Los nombres *úlcera simple*, *úlcera crónica* (Cruveilhier), *úlcera perforante* (Rokitansky), son sinónimos. Durante largo tiempo el cáncer y la úlcera del estómago se confundieron y fueron necesarias las minuciosas investigaciones de los anatómicos patológicos modernos para establecer la distincion entre ambas enfermedades. No hace mucho tiempo que se decia que los vómitos repetidos, la hematemesis, el tinte amarillo de la piel, la caquexia, el dolor fijo en el hueso epigástrico, eran los principales signos del cáncer del estómago; hoy se sabe que estos sintomas pertenecen lo mismo á la úlcera simple, y que el diagnóstico debe fundarse sobre los signos mas característicos. El cáncer es incurable; la úlcera, por el contrario, es susceptible de curacion.

A Rokitansky y á J. Cruveilhier es á los que corresponde el honor de haber determinado los caractéres anatómicos de esta enfermedad. En este estado J. Cruveilhier ha hecho la observacion de los sintomas á la cabecera del enfermo. No es posible mencionar aquí todos los autores que han tratado esta cuestion desde hace veinte años, pero indicaremos á J. Cruveilhier (1), Rokitansky (2), W. Brinton (3), Bennett (4), Luton, de Reims (5), Buy (6), Henoch, de Berlin (7), Cazeneuve, de Lille (8).

(1) J. Cruveilhier, *Revue medicale*, Febrero y Marzo, 1838. *Anatomie pathologique*, en fol. con láminas, entrega X. *Arch.-gen. de méd.*, Febrero, 1856.

(2) Rokitansky, *Archives generales de medecine*, 1839. *Bull. de la Soc. anatomique*, Paris, 1832.

(3) W. Brinton, *Britisch. méd.-chi. Review.*, Enero y Julio, 1856.

(4) Bennett, *Clinical Lectures*, Edimburgo, 1858.

(5) Luton, *Recueil des travaux de la Société medicale d'observation*, 1858, t. I. En este punto se encontrará una historia muy completa y un exámen crítico de la cuestion.

(6) Buy, *Essai sur l'ulcere simple de l'estomac.*, tésis de Paris, 1862, n.º 85.

(7) Henoch, *Klinik der Unterleibskrankheiten*, Berlin, 1863.

(8) Cazeneuve, *Ulceres simple de l'estomac.* (*Bull. med. du Nord de France*, 1862.)

§ II.—Causas.

Naturaleza. La enfermedad consiste en una ulceracion no cancerosa y susceptible de curacion. Esta ulceracion se ha comparado por algunos autores á las aftas que se forman en la boca ó á las ulceraciones intestinales de la fiebre tifoidea, de la disenteria ó de la enteritis crónica. Nada hasta ahora autoriza para creer que la alteracion de tejido tenga por causa una modificacion verificada en la naturaleza y la forma de los elementos anatómicos como en el cáncer. Rokitansky ha emitido la opinion que la afeccion es siempre resultado de una gangrena circunscrita sobrevenida sin causa conocida. Esta aplicacion es aplicable solo al mecanismo de la ulceracion pero no á su causa íntima. Carswell y Fager han visto en la úlcera la accion del jugo gástrico; esta teoria no se admite hoy. Se han citado entre las causas directas la accion de los venenos irritantes, pero en estos casos la causa es traumática y produce la enfermedad espontánea que estudiamos.

Frecuencia. La frecuencia con que se presenta esta enfermedad puede variar segun los climas y los hábitos de los diversos paises. Se observa con frecuencia en Europa. Rokitansky en 1839 habia reunido 79 casos de úlcera del estómago; Jacksch contó 118 casos; Luton llegó á coleccionar en 1858 101 casos; Brinton presenta la siguiente estadística: De 7226 autopsias encontró 560 como de úlcera simple del estómago ó sea el 5 por 100; 190 en estado de úlcera actual y 170 cicatrizadas; Jacksch ha comparado las observaciones menos cópicas de 2530 cadáveres encontrando 57 úlceras y 56 cicatrices de úlceras curadas; lo que dá una úlcera ó cicatriz por 20 cadáveres.

«Segun las observaciones recogidas por mí, dice Bennett (1), en la enfermeria real de Edimburgo no me parece que sea aquí la úlcera simple del estómago una enfermedad frecuente. Es verdad que no he hecho ninguna estadística regular y nada puedo afirmar con certeza, pero creo que esta enfermedad no se encuentra mas de tres veces en 100 cadáveres, mientras en Copenhague y en otros hospitales de Alemania la proporcion es de 6 á 15 por 100. Hay lugar á creer que esta proporcion tan elevada puede reconocer por causa la intemperancia; haremos sin embargo observar que si esto fuera así, la enfermedad debiera estar muy estendida en Escocia donde está muy generalizado el abuso de los licores fuertes (Whisky), y esto no sucede.»

El sitio de las ulceraciones varia; por lo comun se observa en las inmediaciones del piloro hasta el punto de haberse considerado por los primeros observadores como el sitio de predileccion. Segun Brinton la úlcera existia de 220 casos, 22 veces solo en la estremidad pilórica. Luton indica las siguientes cifras: de 79 casos recogidos por Rokitansky, la úlcera ocupaba las inmediaciones del piloro 16 veces y

(1) Bennett, *Clinical Lectures*, 1858.

el duodeno 6 veces; de 101 casos de úlcera presentados por Luton, la lesion ocupaba 9 veces el piloro, sus inmediaciones 10 veces, el origen del duodeno 10 veces.

Rokitansky ha encontrado en 79 casos, 50 individuos de mas de 50 años de *edad*, 21 de menos de 50; los demás presentaban edades intermedias y 4 individuos solo tenían de 16 á 19 años.

Cazeneuve indica la edad mas frecuente la menor de 40 años.

En cuanto al *sexo*, encontramos en las observaciones de Rokitansky que de 79 casos habia 46 mujeres y 33 hombres. Si pudiera admitirse que en todos los casos la afeccion era completamente simple, esta proporcion sería muy notable, puesto que demostraria que una enfermedad representada por el efecto de irritaciones repetidas de la membrana mucosa del estómago, se observaba con mayor frecuencia en un sexo menos espuesto á estas causas.

Rokitansky ha visto acompañar á la enfermedad *flujos hemorroidales irregulares*, *menstruaciones anormales* y la *gota*, pero sin ninguna relacion con estas enfermedades.

Las *causas escitantes* serán, segun este autor, las *irritaciones repetidas de la membrana mucosa* que determinan una hipertrofia, un aumento en la secrecion de esta membrana y terminan por la produccion de la úlcera.

Segun Rokitansky las *fiebres intermitentes* acompañadas de alteraciones gástricas, tienen gran influencia en la produccion de la enfermedad.

J. Cruveilhier se limita á decir que la historia de estas causas de la ulceracion simple del estómago es oscura ó mas bien que esta enfermedad reconoce *todas las causas de la gastritis*.

Segun Virchow, la enfermedad comienza por una obliteracion de los vasos arteriales enfermos, determinando la mortificacion de la pared del estómago en la estension de las ramificaciones capilares de la arteria obliterada. El jugo gástrico reblandece y hace desprender la parte mortificada.

Segun Brinton, es menester apreciar con detencion las circunstancias siguientes: la vejez, las privaciones, la fatiga, las preocupaciones morales, la intemperancia. La aparicion de la pubertad en las jóvenes es tambien una causa ocasional de esta enfermedad. Este autor insiste mucho sobre esta causa; la clorosis va con frecuencia acompañada de úlcera simple del estómago y en semejante caso las alteraciones menstruales se elevan á su mayor grado.

El *sexo* goza de importancia entre las causas predisponentes de esta afeccion, y las mujeres parecen mas predispuestas que los hombres. Brinton dá las siguientes cifras: de 654 casos de úlcera del estómago, fueron 440 en mujeres y 214 en hombres. Durante el período en que florece la menstruacion y en la época ménstrua, es cuando están mas espuestas; antes y despues de esta época la proporcion es igual en ambos sexos.

Edades. Segun Brinton, en 226 casos ha habido de 0 á 10 años, 2 casos; de 10 á 20 años, 18 casos; de 20 á 30 años, 45 casos; de 30 á 40 años, 59 casos; de 40 á 50 años, 58 casos; de 50 á 60 años, 52 casos; de 60 á 70 años, 15 casos; despues de 80 años, 5 casos.

§ III.—Sintomas.

No es raro encontrar la úlcera simple del estómago en el cadáver de personas que no habian presentado durante su vida ningun sintoma en esta viscera. La enfermedad era completamente *latente*.

En los casos en que la enfermedad se presenta con los signos que le son propios, hé aqui lo que se observa segun el autor que acabamos de citar: *pérdida completa ó perversion del apetito*, *tristeza pertinaz*, *digestion laboriosa*, *malestar ó dolor sordo en el epigastrio*, y algunas veces *dolor epigástrico* sumamente vivo durante la digestion y aun sin haber ningun alimento en el estómago. Lo que se esplica en el primer caso por la accion de los alimentos escitantes ó por la del jugo gástrico que es ácido.

»El dolor epigástrico ó mas bien xifoideo ó sub-esternal, suele estenderse algunas veces, añade Cruveilhier, al punto correspondiente de la columna vertebral, y he visto algunos enfermos que se quejaban mas del punto raquidiano que del epigastrio. *El enflaquecimiento* mas ó menos rápido, el *estreñimiento*, las *náuseas*, los *vómitos* despues de la ingestion de los alimentos, en fin, la *hematemesis* ó el *vómito negro*, hé aqui el conjunto de sintomas que presentan los individuos atacados de úlceras simples del estómago, y es fácil echar de ver que ninguno de estos sintomas puede considerarse como signo patognomónico, pues entre estos sintomas unos son comunes á la úlcera simple y á la gastritis crónica, y otros á la úlcera simple y al cáncer.» (J. Cruveilhier).

Al apreciar estos sintomas J. Cruveilhier, no ha hecho mencion de las relaciones de la enfermedad con la *gastralgia*, y sin embargo, esta es la afeccion que tiene mas puntos de contacto con la que acabamos de describir.

Segun Bennett y Niemeyer, los tres sintomas caracteriscos de la úlcera crónica del estómago son: el *dolor* que se aumenta por la presion, los *vómitos despues de la ingestion de los alimentos*, y la *hematemesis*. De estos tres sintomas el mas importante bajo el punto de vista del diagnóstico es la hematemesis porque su aparicion dá certeza de lo que hasta entonces solo eran conjeturas. Sin embargo, la enfermedad puede existir sin que se afecten los vasos en cuyo caso no existe la hemorragia. Como quiera que sea, cuando los sintomas de la *dispepsia crónica* con vómitos despues de las comidas y dolor persistente en hueco epigástrico persisten por mucho tiempo, dán lugar á pensar en la úlcera del estómago é inducirnos á un tratamiento apropiado.

La siguiente descripción ha sido casi testualmente tomada de la excelente memoria publicada por Brinton.

En los casos mejor caracterizados se deduce la úlcera del estómago por los síntomas siguientes: la enfermedad comienza por alteraciones de la digestión estomacal; primero molestia y dolor epigástrico, después náuseas y vómitos ó regurgitación con espulsión de alimentos ó de líquidoroso ó ácido. En este periodo de la enfermedad puede sobrevenir á veces una brusca perforación del estómago seguida de peritonitis mortal. Si no sobreviene este accidente los fenómenos dispépsicos se complican con hemorragia estomacal, á veces hay pérdida repentina y considerable de sangre, lo que es un gran peligro, ó lo que es mas frecuente una especie de filtración lenta. La anemia producida por estas hemorragias va por lo comun seguida de caquexia que parece ser completamente independiente pero que es un efecto de la inanición producida por los vómitos repetidos de las sustancias alimenticias y de la destrucción de la mucosa gástrica que impide las normales funciones del órgano.

En los jóvenes hay por lo comun otro síntoma, y es la amenorrea mas ó menos completa, ligada á un estado anémico ó á otro caquéxico ó ambos á la par, ó en otros términos esta amenorrea puede depender de la ulceración y de la hemorragia.

El aumento gradual de todos estos síntomas conduce la enfermedad en un tiempo variable á un periodo desde el cual veremos deslizarse los síntomas hasta la terminación. En cuanto á los fenómenos que producen la muerte, perforación, hemorragia, vómitos, empobrecimiento resultante del progreso de la ulceración, pueden actuar cada uno por separado ó dos á la par.

En otros casos una cesación espontánea de estos síntomas en el orden inverso de su presentación anuncia el restablecimiento de la salud; este resultado suele producirse con una medicación afortunada. En cierto número de casos estos síntomas continúan sin grandes alteraciones durante una época variable; sin embargo esta uniformidad se altera de cuando en cuando por exacerbaciones en la intensidad de los fenómenos. A veces estos movimientos en el curso de la afección son perfectamente intermitentes y dan lugar á suponer si lo que se experimenta es simplemente una remisión ó si se ha verificado una cicatrización. En algunos casos la continuación de estos síntomas durante muchos años consecutivos vienen á confundirse, por decirlo así, con la debilidad de las facultades digestivas que resulta de la aproximación de la vejez. Resulta de la reunión de ambas circunstancias una causa directa de muerte en la que es difícil apreciar de un modo exacto la influencia real.

Pero los síntomas que acabamos de enumerar varían de un modo tan notable en algunos casos, que reclaman un estudio especial.

Dolor. Es el primer síntoma que aparece y es á la par el mas constante y característico de todos. Dudamos que falte nunca cuando la

enfermedad recorra todos sus periodos. En efecto, se han citado casos de úlcera del estómago terminados por perforación sin que á este fatal accidente haya precedido ni hubiese sido anunciado por el dolor. ¿Pero quién nos asegura que los enfermos no hubiesen omitido la referencia de este síntoma, sobre todo cuando solo se les interroga ó se les observa en el momento de la agonía? Puede suceder en algunos casos en que la muerte se verifica, que el fenómeno dolor no aparezca sino cuando se desenvuelven las últimas alteraciones; llegando el término funesto en pocos dias á consecuencia de una perforación rápida.

El dolor tiene caracteres particulares. Solo escepcionalmente suelen referirle agudo, lancinante. Al principio de la enfermedad suele no ser mas que una molesta sensación de peso, á veces tensión, y el enfermo dice que los alimentos hacen estancia en el estómago. Después sobreviene sensación de quemadura, de comezon y aparecen las náuseas.

El momento en que se presentan estos accesos tiene tambien algo de característico. En la gran mayoría de los casos, después de dos á diez minutos de la ingestión de los alimentos se presentan estos síntomas durando una ó dos horas, esto es, durante el tiempo que corresponde al periodo de digestión gástrica y después de terminada esta función desaparecen poco á poco. Cuando hay vómito, que es muy frecuente, cesa el dolor cuando el estómago se desembara de su contenido. En algunos casos el dolor sigue inmediatamente á la deglución en lugar de esperar algunos minutos. Entonces hay motivos para creer que la estremidad del estómago es la que está enferma; cuando hay dificultad en la deglución puede asegurarse que la enfermedad reside en el esófago. En algunos casos el dolor se parece al que se presenta en la forma mas ordinaria de la dispepsia, es decir, que aparece á la media ó una hora ó aun después de la comida. En fin, cuando la enfermedad es muy estensa ó muy antigua el dolor pierde sus caracteres; se hace continuo durante los intervalos de las comidas, dura dias y aun semanas enteras sin interrupción, y parece que la vacuidad del estómago le aumenta que su repleción le calma.

El sitio del dolor ofrece tambien importantes caracteres. El sitio en que aparece primeramente ó en el que se manifiesta con mayor intensidad corresponde al centro del epigastrio ó en la línea media al nivel de la punta del apéndice sifoides. La porción de la región epigástrica que ocupa el dolor, forma un área circular que alcanza algunas pulgadas de diámetro y á veces menos... El dolor se produce á veces en el ombligo inclinándose mas ó menos á derecha é izquierda de la línea media.

El dolor dorsal, indicado por la primera vez por J. Cruveilhier, constituye un síntoma importante de la úlcera del estómago. Si nos referimos á nuestra propia experiencia, aparece en general este dolor

algunas semanas ó meses despues del dolor epigástrico. Este dolor se percibe por la comunicacion entre las dos escápulas.

¿Existe alguna relacion entre el sitio del dolor y el asiento real de la lesion? Algunos casos parecen probar que existe esta relacion; por ejemplo un dolor en la region umbilical indica que la lesion existe al nivel de la curvadura mayor del estómago. El dolor en el hipocondrio izquierdo indica á veces la localizacion de la lesion en el cárdias; á la derecha indica que el punto lesionado es el píloro.

El dolor aumenta siempre á la presion. Este es un signo muy importante. La menor presion provoca á veces un dolor insoportable. Esta presion sobre el epigastrio hace aparecer no solo el dolor epigástrico sino el dorsal. Las mujeres en tal caso no pueden soportar el corsé. Esta sensibilidad no puede compararse á la que existe en el caso de peritonitis. Aunque este signo tenga un carácter especial por decirlo así y propio de la enfermedad, y que puede considerarse como constante, existen algunas observaciones en las que se presenta sin predominio y en débil grado.

La posicion que afectan los enfermos puede, unida al dolor de estómago, presentar algo de característico; unos se inclinan adelante, otros solo encuentran alivio en el decúbito dorsal. Parece que el sitio de la úlcera influye en la posicion que adopta el enfermo; así se inclina adelante, la úlcera existe en la parte posterior del estómago, mientras que el decúbito dorsal corresponde mas bien á la úlcera de la pared anterior. Tambien pueden adquirirse por la aptitud que toman los enfermos al andar prevenir algo sobre el asiento de la ulceracion.

El *vómito* es uno de los caracteres principales de la úlcera del estómago; sobreviene por lo comun en el momento del paroxismo del dolor y es como la *crisis del ataque*. Cuando ha comenzado el vómito es raro que se detenga antes que se arrojen los alimentos. Los primeros vómitos no aparecen en general antes que el dolor, que es el primer sintoma de la enfermedad, no le preceda algunas semanas.

La naturaleza de las sustancias arrojadas varía segun la época en que se producen los vómitos. Si es inmediatamente despues de la ingestion de los alimentos, estos son los que se arrojan; si es despues de algun tiempo, los materiales tienen un sabor ácido del que se quejan los enfermos. A veces los vómitos son biliosos. Cuando el vómito sobreviene en ayunas, al despertarse los enfermos, los vómitos son glerosos alcalinos. A veces solo hay náuseas. En general el vómito es tanto mas frecuente cuanto mas antigua y mas grave es la lesion, y cuando el estómago tiene adherencias con los órganos inmediatos. Estos vómitos son peligrosos por la fatiga que produce su violenta sacudida y por la *inanicion* que resulta de la vuelta constante de los alimentos.

La hemorragia es un accidente de suma gravedad capaz de producir el aniquilamiento rápido. La teoria de la hemorragia es sencilla.

Si se compara la úlcera del estómago á otra cualquiera, se verá cuán difícil es que los vasos pequeños eviten la ulceracion que invade los tejidos, existiendo una congestion inflamatoria; además, despues de una comida copiosa es cuando por lo comun sobreviene la hemorragia, esto es, cuando el estómago está estimulado y la sangre acude á él con abundancia. Brinton cree que esta hemorragia puede reconocer muchos orígenes, ya sean los pequeños vasos submucosos, ya los vasos de las paredes ó aun los de los órganos inmediatos afectados por la ulceracion.

La hemorragia se reconoce fácilmente por el vómito, pero puede suceder que el vómito no se produzca y quede oculta la hemorragia. En semejante caso se reconocerá la sangre en las escreciones ventrales. Esta sangre está alterada por lo comun, desconocida para el enfermo, aunque no debe serlo para el médico. Existen casos de hemorragia muy considerables hasta el punto de distender notablemente el estómago y los intestinos, en cuyo caso puede sobrevenir rápidamente la muerte sin que la haga preveer ningun signo exterior. Fácilmente se comprenden los grados que pueden presentar este accidente. La anemia y la caquexia son su consecuencia inevitable.

La *perforacion* es un accidente que sobreviene con frecuencia á consecuencia de la úlcera del estómago. Da lugar á fenómenos característicos; dolor excesivamente intenso en el epigastrio, signos de peritonitis, alteracion de la fisonomia, timpanitis, etc. (Véase mas adelante artículo PERFORACION). El enfermo no sobrevive apenas veinticuatro á treinta y seis horas á este accidente. Niemeyer (1) ha llamado la atencion sobre los sintomas de *gastritis crónica* que se unen casi siempre á los de la úlcera del estómago, sobre los sintomas de *glositis*, caracterizada por lengua roja, hendida, las láminas epiléticas parecen disueltas por los ácidos que ascienden á la boca y arrojadas luego por el vómito. El *estreñimiento* es habitual.

El *estado general* es el que se observa en casi todas las caquexias, adelgazamiento, debilidad, palidez.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

Se distinguen un *curso rápido* y un *curso lento*; el último es el que con mas frecuencia se presenta á la observacion. Pero lo que es sobre todo notable durante el curso de la enfermedad, son los periodos de suspension mas ó menos largos, en los cuales el enfermo se encuentra mucho mejor y hasta se puede creer curado. Es de pensar que en cierto número de casos esta suspension es debida á la cicatrizacion de la úlcera existente.

La *duracion* de la enfermedad es muy variable; puede prolongarse por espacio de uno ó muchos años.

(1) Niemeyer, *Element de pathol. interne*, trad. Culmann y Ch. Sengel. 1863, T. I, p. 582.

La *terminacion* es á veces fatal. La curacion se observa con frecuencia (Niemeyer). A los hechos reunidos por Cruveilhier y Rokitanski, es preciso añadir algunos otros observados por Louis y Caze-neuve.

¿Cómo se verifica la cicatrizacion? Se produce sin la intervencion de ningun tratamiento, á lo menos en la quinta parte de los casos, segun Brinton. La perforacion no tiene lugar sino en la octava parte de los casos próximamente. No es solo por la cesacion de los síntomas morbosos por lo que deducimos la cicatrizacion. Numerosas autopsias han revelado úlceras cicatrizadas en individuos que algunos habian sido tratados por mas ó menos tiempo antes de su muerte por úlceras del estómago. Esta cicatrizacion afecta diferentes formas, segun el sitio y segun el grado de la ulceracion. Así los progresos de la ulceracion pueden, destruyendo la pared del estómago, producir una adherencia con los órganos inmediatos; cuando se verifica la cicatriz se forman bridas fibrosas que modifican la forma del estómago y dificultan sus funciones. Estas modificaciones consecutivas á las cicatrices del estómago se han estudiado especialmente por Luton (*Loc. cit.*). Determinan estrecheces del piloro que han sido confundidas á veces con cánceres de esta region. En efecto, estas estrecheces pueden dar lugar á muchas de las alteraciones y cambios mecánicos que se observan en el cáncer del piloro. Lo mismo se ha observado en las estrecheces del cárdias que han dado lugar á la creencia de un cáncer de esta parte ó de la porcion inferior del esófago. Esta terminacion se ha designado por Niemeyer con el nombre de *curacion incompleta*.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Unas veces existe una sola úlcera que penetra á mayor ó menor profundidad en las paredes del estómago, y otras hay una perforacion completa, acerca de la cual volveremos á hablar mas adelante.

El sitio de esta úlcera es siempre la mitad pilórica del estómago. Solo una vez la ha hallado Rokitanski en el fondo menor. Las mas veces la úlcera se encuentra en medio de esta parte del estómago que acabamos de indicar, con mas frecuencia aun en la pared posterior que en la anterior, y siempre cerca de la corvadura menor y con frecuencia en la misma, y mas rara vez se vén las úlceras cerca del piloro (Rokitanski).

La magnitud de la úlcera varia entre la de un cuarto á la de un duro, y aun algunas veces adquiere una estension dos ó tres veces mayor: ordinariamente no se encuentra mas de una sola, y esto es lo que ha notado Rokitanski sesenta y dos veces entre setenta y nueve casos. En los demás habia dos, cuatro ó cinco úlceras.

La *forma* de la úlcera es circular en su origen, mas tarde se hace elíptica, y mas adelante aun irregular, lo que es debido algunas veces á la reunion de dos úlceras por sus bordes inmediatos. Su estension es generalmente trasversal (Niemeyer).

Rokitanski cree que ha existido primitivamente una escara que por su caída produce la úlcera de que se trata; pero este es un hecho que no está perfectamente probado.

Estas úlceras pueden terminarse por *cicatrizacion*. Entonces se encuentra una superficie blanca, lisa y deprimida á la que vienen á terminar algunos pliegues radiados que anuncian cierta contraccion de los tejidos. Cuando es muy estensa y profunda la úlcera cicatrizada, esta contraccion de los tejidos puede llegar hasta el punto de disminuir considerablemente la capacidad del estómago.

En fin, cuando la enfermedad ha atacado á todas las tunicas de la viscera, se encuentra en su centro una *perforacion* por lo comun de mediana estension, de lo que resultan en los órganos inmediatos desórdenes de que volveremos á hablar.

Los *bordes* se hallan tumefactos y cortados perpendicularmente; el aspecto del fondo de la úlcera es agrisado y denso; Cruveilhier ha indicado la forma en zona circular, en los casos que la úlcera ha invadido el piloro. Pero en lo que principalmente ha insistido es en las diferencias que existen entre las úlceras simples del estómago y las cancerosas. Este punto es demasiado importante para que podamos dispensarnos de referir aquí el pasaje que le dedica.

«La úlcera simple del estómago, dice Cruveilhier, solo tiene una grosera semejanza con la cancerosa, á pesar de que siempre se la ha confundido con esta. La base que la sostiene no presenta ninguno de los atributos del cáncer duro ni del blando. Ni aun se encuentra en ella esta hipertrofia circunscrita que acompaña ordinariamente al cáncer, y que se ha tomado por la misma degeneracion cancerosa.»

Segun Rokitanski, la úlcera perforante de que se trata acompaña con bastante frecuencia al cáncer; pero ¿no se debe mas bien decir que en estos casos la úlcera cancerosa desde el principio no ha cambiado de naturaleza tomando la forma perforante?

J. Cruveilhier ha reconocido además un estado de la superficie de las úlceras que esplica la hematemesis y el vómito negro. Examinando debajo de una capa de agua, á simple vista ó por medio de un lente de mucho aumento, la superficie de la úlcera, ha visto una multitud de orificios vasculares, unos obliterados y otros no.

«En muchos casos, la *úlcera se cura* antes de perforar todas las membranas del estómago. Si la pérdida de sustancia se limita á la mucosa ó al tejido submucoso, se reemplazan estos por granulaciones, los pezones carnosos se trasforman en tejido inodular que se retrae y aproxima los bordes de la úlcera; de esta manera observamos en la cara interna del estómago una cicatriz radiada de diverso tamaño. Si la úlcera ha profundizado mas, si destruye la capa muscular, al retraerse el tejido conjuntivo de nueva formacion retrae tambien el peritoneo, cuya cara interna puede ser arrastrada al interior del estómago en forma de pliegue. Si la úlcera ha sido muy grande, su curacion puede dar lugar á una estrechez del diámetro trasversal del