

duracion (1) ha sido de cuatro meses en los veintitres casos en que se ha fijado la atencion con cuidado en ella, y el máximun de cuarenta y dos meses ó tres años y medio. En algunas ocasiones es muy difícil fijar esta duracion de una manera exacta, porque suele ser infiel la memoria de los enfermos; pero en los casos que acabamos de citar se tomaron todas las precauciones para llegar á obtener un resultado seguro, y á lo menos no debemos dudar de la mucha variedad que pueden presentar los diversos casos de cáncer del estómago, respecto á la duracion. Entre los sugetos de que acabamos de hablar, siete han estado enfermos por espacio de mas de un año, tres han sucumbido un año despues de la invasion y todos los demás (quince) murieron antes de este tiempo. Estos hechos, á los que es de desear que se agreguen otros tan exactos como ellos, manifiestan que aunque el cáncer del estómago sea una enfermedad esencialmente crónica, sin embargo, no se debe esperar que se prolongue la vida mucho mas de un año cuando los síntomas son bien manifiestos. Por último, en cuanto al término medio general de la duracion ha sido en estos casos de quince meses y una fraccion.

En las demás observaciones cuya analisis acabamos de dar, se ha terminado la enfermedad por la muerte. ¿Se deberá considerar al cáncer del estómago como una enfermedad esencialmente mortal? Muchos autores creen lo contrario, y hay algunos que han citado ciertos hechos que al parecer vienen en apoyo de su opinion. Hace muy poco todavía que Barras se ha esforzado en demostrar la curabilidad de esta enfermedad; pero es menester decir que los hechos citados por este autor y por los que le han precedido, están lejos de ser concluyentes. En semejantes casos es cuando se deberian referir las observaciones con los mas estensos pormenores, y precisamente las que se han citado en favor de su opinion no tienen los caracteres necesarios para convencer. En un caso se dice que Dupuytren reconoció por el tacto un infarto del piloro; pero ya se sabe cuán difícil es reconocer el estado del piloro cuando no hay ningun tumor circunscrito, y nada prueba que en este caso, que por lo demás no se hallaba caracterizado más que por dolores lancinantes y vómitos inmediatamente despues de haber comido, el piloro presentase verdaderamente un tumor canceroso. En otro sugeto se encontró un tumor hácia el fondo mayor del estómago, lo que no es lo mas comun; pero aun admitiendo que este tumor perteneciese al estómago, este hecho nada probaria en favor de la curabilidad, puesto que no hubo curacion sino un simple alivio que ha podido muy bien no ser mas que pasajero. En suma, podemos decir que de ningun modo se halla demostrado que el cáncer del estómago se haya terminado nunca por la curacion.

Con mucha frecuencia á una flegmasia de las vias aéreas viene, como se ha dicho ya, á apresurar la terminacion fatal.

(1) Hemos hallado un caso en que la duracion ha sido solo de dos meses; pero no nos ha parecido que se halla bien fijada la época de la invasion.

§ V.—Lesiones anatómicas.

En la abertura del abdómen se encuentra el estómago *estrechado*, y mas particularmente en la region pilórica que es la única que está algunas veces contraida de suerte que parece que el estómago se halla estrangulado en el cárdias y el piloro. Pero hay casos por el contrario en que su volúmen se halla muy aumentado; y estos casos son los que hemos tenido tantas veces ocasion de citar, y hemos descrito con el nombre de *dilatacion del estómago*; por lo cual es inútil volver á hablar de ella aqui. En muy pocos individuos (en efecto, de treinta y dos observaciones solo se ha encontrado así en tres), se presenta con sus dimensiones y figura normales.

Si se trata de comunicar movimientos á este órgano, se nota con bastante frecuencia que ha contraido *adherencias* con algunos de los órganos inmediatos; así sucedió en nueve de los casos que hemos analizado: casi siempre estas adherencias se verifican con el hígado ó con el páncreas, y aun con ambos á la vez. Cuando aquellas unen el estómago con el hígado corresponde la parte afectada al lóbulo medio; pero si se establecen las adherencias entre el estómago y el páncreas, entonces se efectúan entre la pared posterior del estómago y la glándula, inmediatamente debajo de la corvadura menor. Solo en un caso se hallaba adherido el estómago al colon trasverso en un punto proximo á la corvadura derecha de este intestino. Por último, la cápsula suprarenal derecha tambien puede contraer adherencias con el estómago canceroso.

Sucede tambien que algunas veces que se pone canceroso el ligamento que une el estómago con el hígado ó mas bien el epiplon gastro-hepático, en cuyo caso se halla su movilidad completamente destruida, circunstancia que conviene mucho notar, porque resulta de los hechos que nunca ha coincidido la dilatacion del estómago con esta alteracion del omento gastro-hepático. En semejante caso se halla mas bien retraido aquel órgano, como es fácil de concebir. En efecto, ya hemos visto que para que la dilatacion llegue á un grado considerable, era menester que la corvadura menor pudiese descender tanto que se situase al nivel y aun debajo del ombligo; pero cuando la materia cancerosa ha invadido el epiplon gastro-hepático, este se pone duro, no es tensible, y no permite el descenso del estómago. Es cierto que en un caso de dilatacion mediana, habia algunos tumores en el espesor de este epiplon; pero eran pequeños y estaban distantes unos de otros y no se oponian á su estension.

El estómago presenta al exterior una dureza que tiene su asiento principal en la corvadura menor, y que algunas veces se dirige hácia el fondo mayor; pero disminuyendo conforme se aproxima á este último punto. Con frecuencia se ve que la membrana muscular presenta anchos hacedillos en relieve debajo de la membrana peritoneal.

Pero donde principalmente las lesiones de este órgano tienen un aspecto notable es en el interior. El *asiento* de estas lesiones en los treinta y tres casos que hemos analizado, ha sido constantemente el piloro y la corvadura menor, ó á lo menos, si han invadido otros puntos, siempre eran mas adelantadas y profundas en aquellos que acabamos de indicar. En los diez y nueve casos analizados por Louis, el asiento del cáncer fué nueve veces en el piloro; seis veces en la corvadura menor, y solamente una vez en cada una de las partes siguientes, la corvadura mayor cerca del piloro, una porcion de la cara anterior, el tercio medio y la mitad derecha. Por lo que á nosotros toca, hemos reunido en la apreciacion preecedente el piloro con la corvadura menor, porque era sumamente raro que este orificio estuviese afectado sin que se extendiese mas ó menos la lesion siguiendo esta corvadura.

Cuando el cáncer afecta este último punto tiene por lo regular tendencia á invadir la parte próxima de la pared posterior; es raro que avance hácia la anterior, y algunas veces rodea enteramente al estómago. Sin pretender que sea siempre este punto el asiento del cáncer del estómago, y conviniendo en que hay cierto número de casos en que la lesion ocupa otros puntos de este órgano, debemos hacer notar esta estremada predileccion por la corvadura menor y el piloro, porque este es uno de los mayores argumentos que se pueden oponer á los que pretenden que el cáncer es una consecuencia de la inflamacion. En efecto, no es en la corvadura menor, sino hácia la corvadura mayor y hácia la tuberosidad donde ordinariamente se manifiesta la inflamacion, y aunque se haya dicho que esta ha podido propagarse por medio de los vasos linfáticos, parecerá á lo menos bien sorprendente que la lesion cancerosa respete siempre ó casi siempre el punto de donde precisamente habria partido.

Si examinamos ahora la *membrana mucosa* del estómago, encontraremos que está ordinariamente alterada, roja, amoratada, reblandecida y amamelonada y con algunos signos de una inflamacion crónica á poca distancia del punto ocupado por el cáncer; pero tambien en otros casos se halla sana hasta los puntos atacados por el cáncer, y por consiguiente, si bien se puede decir que en una época mas ó menos avanzada de la enfermedad viene á agregarse cierto grado de inflamacion á la afeccion cancerosa, este no es un motivo para inferir que el cáncer es de origen inflamatorio.

La membrana mucosa presenta en el sitio que ocupa el cáncer dos diferentes aspectos. Efectivamente, unas veces no ofrece ninguna solucion de continuidad, y otras se observan en ella úlceras mas ó menos estensas. De treinta y dos casos en que se ha descrito exactamente el estado de esta membrana, solo en nueve faltaban las úlceras. La alteracion que presenta en estos últimos casos es muy notable, pues esta membrana aparece algunas veces tan engrosada, que se la ha visto que tenia tres ó cuatro veces su grosor ordinario. Casi siempre

está formada por una sustancia dura, de color blanco azulado ó ligeramente agrisado, semi-transparente, de corte lustroso, quebradiza y que algunas veces cruje bajo el escalpelo. En ciertos casos se encuentran en ella manchas rojizas y de color de rosa, ó tan solo amarillentas, que al parecer indican la formacion de algunos vasos capilares. Finalmente, en todos los puntos en que la membrana mucosa presenta esta lesion, está muy adherida al tejido sub-mucoso, del que es muy difícil separarla.

Las mas veces hay una ulceracion que varía mucho en estension, puesto que puede ocupar toda la corvadura menor, ó solo una tercera ó cuarta parte de este punto. Algunas veces está destruida la mucosa en una estension considerable; así es que en un sugeto faltaba en las cinco sextas partes del estómago: pero en este caso, además de los progresos del cáncer, hubo un reblandecimiento inflamatorio ó no inflamatorio, que estendiéndose mucho destruyó la mucosa.

Cuando esta membrana se ha ulcerado únicamente por los progresos del cáncer, al llegar al punto ocupado por la lesion cancerosa, y aun antes, toma el aspecto anteriormente descrito; despues se halla profundamente corroida ó enteramente destruida en un espacio mas ó menos grande, y viene á terminarse á los bordes de la ulceracion, bien adelgazándose, ó bien por el contrario, engrosándose notablemente, y formando en este último caso bordes elevados y salientes. En un sugeto habia solo una erosion de la mucosa, que no estaba alterada al rededor, y parecia que habia sido destruida por un simple desgaste. El tejido subyacente estaba evidentemente canceroso. A veces tambien esta membrana forma en el borde de la úlcera una especie de festones, como si estuviese dislacerada mas bien que destruida por un trabajo orgánico.

No son menos notables las alteraciones que presenta el *tejido sub-mucoso*. Cuando no hay úlceras ó los puntos no han sido invadidos por el trabajo de ulceracion, se le encuentra mas ó menos engrosado. En efecto, su engrosamiento puede variar de 2 á 13 ó 14 milímetros. Por lo general es consistente; no obstante, en un caso era blanco: pero en otros muchos ofrecia una consistencia notable, hasta el punto de hacerse quebradizo, y en un sugeto tenia una dureza casi cartilaginosa. En semejantes casos es en los que el tejido canceroso cruje bajo el escalpelo, y cuando se ha admitido la existencia de un escirro.

Modificado así este tejido está, como hemos dicho mas arriba, casi siempre tan adherido á la mucosa que es muy difícil separarle, y si alguna vez se halla algo móvil es porque la mucosa participa poco de la alteracion. El color de este tejido varía: aunque es ordinariamente blanco, puede ser algunas veces blanco agrisado, de color de rosa, amarillento, blanco de leche, ó finalmente azulado. En cierto número de casos se encuentran reunidos en mayor ó menor número estos diversos maticés, de suerte que el tejido parece salpicado de ellos. Muchas veces se presenta muy brillante su corte, y en algunas ocasiones

está sembrado de manchas de color mate que resaltan sobre el fondo brillante. En dos casos cuya observacion hemos tenido á la vista, el tejido era consistente, brillante, quebradizo en la mitad de su espesor, al paso que en el punto en que se reunia con la túnica muscular se hallaba flexible y se acercaba al estado normal; pero ya volveremos á hablar de este hecho interesante.

En vano se buscan en el tejido así alterado vestigios de estructura; pues casi siempre se hace mas ó menos perfectamente homogéneo, y cuando no lo está, es porque la alteracion que acabamos de describir no le ha invadido sino por porciones. Pero lo que hay sobre todo digno de llamar la atencion, son los tabiques que envia al espesor de la membrana muscular, donde penetran perpendicularmente. Estos tabiques aproximados y dispuestos mas ó menos simétricamente, forman á veces una especie de separaciones en que se hallan alojados el tejido muscular, que en semejante caso está siempre notablemente alterado. Son blancos, resistentes, semejantes al tejido celular mas ó menos endurecido, y van á fijarse hasta en la túnica peritoneal. Cuando se dá un corte perpendicular á la pared del estómago, se ve que sobresalen estos tabiques de un modo distinto del tejido sub-mucoso. A veces se encuentra este tejido infiltrado de serosidad mas ó menos turbia y aun purulenta.

En los puntos ocupados por una úlcera puede no hallarse corroido el tejido submucoso mas que en muy poca profundidad, presentándose entonces por debajo blanco, ó blanco negruzco ú opaco. Algunas veces está convertido en mayor ó menor estension, en un detritus ceniciento ó lívido que forma filamentos todavía adherentes, que nadan en el agua vertida sobre la ulceracion. En fin, en un gran número de casos la ulceracion le ha invadido todo y la membrana muscular queda al descubierto.

La túnica muscular está siempre hipertrofiada en mayor ó menor estension, á no ser que el cáncer sea muy superficial, como se verificó en un sugeto en quien la membrana mucosa era la única que se hallaba degenerada. Su espesor varia de 2 á 5 ó 6 milímetros, pero es mas considerable en el punto ocupado por el cáncer, donde las fibras vienen casi siempre á confundirse en un tejido homogéneo y sin estructura, que presenta en cuanto á la consistencia, color, homogeneidad y aspecto brillante los mismos caractéres que hemos encontrado en el tejido precedente. Sin embargo, en ciertos casos todavía son visibles las fibras musculares en el punto ocupado por el cáncer, pero ofrecen de un modo evidente la degeneracion de que acabamos de hablar.

Si se examina la túnica muscular alejándose del centro de la alteracion, se vé que al rededor su degeneracion cesa casi siempre de un modo repentino, y solamente queda en sus fibras una simple hipertrofia. En algunos casos se la ha visto homogénea y opaca en el centro del tejido alterado presentando fibras distintas de color gris azulado

en la circunferencia, y que recobraba sus caractéres normales en cuando pasaba de ella.

Cuando hay ulceracion hé aqui lo que sucede á la membrana muscular: á veces está destruida en su espesor total ó parcialmente, y á veces tan solo descubierta. En uno y en otro caso las fibras toman un color blanco opaco y se confunden conforme se acercan al centro de la ulceracion; pero además en el primero está cortada de pronto y mas ó menos regularmente la membrana muscular, y no quedan ya vestigios de ella en el tejido alterado que forma el fondo de la ulceracion. En un caso sucedió una cosa notable, y es que las fibras musculares se veian perfectamente por todas partes, y solo cuando llegaban á los limites de la alteracion cancerosa cambiaban repentinamente de naturaleza, de suerte que antes de penetrar en ella tenian todos sus caractéres normales, y se hacian inmediatamente blancas, brillantes y quebradizas, en una palabra, presentaban esa trasformacion del tejido ya indicada al hablar de la mucosa y del tejido submucoso. En otro, en vez de ser el color de la membrana muscular blanco, azulado ó ceniciento, se parecia al de la tela de cebolla.

Aunque mas allá de la lesion recobra la membrana muscular su estado normal en cuanto á la flexibilidad, color y estructura, conserva un engrosamiento considerable en una estension mayor ó menor del estómago. Las fibras son gruesas y forman hacecillos bien distintos, que se marcan debajo de la membrana mucosa; pero todavía mas, como ya queda dicho, debajo de la membrana peritoneal. Algunas veces ocupa este engrosamiento toda la estension del estómago, pero las mas vá disminuyendo á medida que se aleja de la lesion, y acaba por desaparecer hácia el fondo mayor.

Si bien es cierto que la hipertrofia de la membrana muscular depende sin duda en gran parte de la detencion mas ó menos prolongada de las materias en el piloro y de los esfuerzos repetidos para vomitar, sin embargo, es evidente que esta no es la única causa, porque en los casos en que se debiera sentir medianamente su influencia, se ha visto á la membrana muscular notablemente engrosada, y por otra parte, en donde mas se manifiesta la hipertrofia es en los puntos ocupados por la lesion y donde se efectúa el trabajo del cáncer.

No solamente en las paredes del estómago es donde se presentan estas lesiones de la membrana muscular, sino que cuando el cáncer ocupa un sitio próximo al cárdias, y con mayor razon cuando este orificio está afectado, la membrana muscular del esófago participa de las lesiones y de la hipertrofia de la del estómago, y muchas veces hasta mucha altura.

En el mayor número de casos existe un tumor formado por el engrosamiento de los tejidos mucoso, submucoso y muscular; que este tumor que varia en cuanto á su grosor y ocupa la corvadura menor ó sus inmediaciones, acercándose al piloro y mas rara vez al cárdias, ha ocasionado la dureza que se percibia durante la vida. Tambien vemos

que la ulceración acaba por apoderarse de estos tejidos, empezando por la mucosa, que puede ser la única destruida, y dejar al descubierto el tejido submucoso mas ó menos alterado. Mas adelante es corroido y despues completamente destruido este mismo tejido submucoso, y por último, la membrana muscular acaba por participar de esta destruccion, de suerte que solo queda la túnica peritoneal.

La membrana muscular está siempre menos destruida que las partes que la cubren, de suerte que la ulceracion es mas ó menos estensa á medida que se acerca al centro. Ya hemos visto en el artículo de la PERFORACION DEL ESTÓMAGO lo que sucedia cuando la membrana peritoneal acababa por ser destruida, y los resultados que esto tiene, segun que un órgano inmediato tapaba ó no la abertura accidental.

En ciertos casos está de tal modo dispuesta la hipertrofia, que se puede decir que no hay tumor á causa de que el engrosamiento está, por decirlo así, generalizado. La mucosa, el tejido submucoso y la membrana muscular forman tres capas gruesas y consistentes, que partiendo de la porcion pilórica van adelgazándose hácia el fondo mayor, lo que hace que el órgano presente entonces paredes duras, que no se deprimen hasta ponerse en contacto cuando el estómago está vacío, y que conservan hasta cierto punto su corvadura cuando se les divide.

Varietades del cáncer del estómago. En la variedad *encefaloides* ó cerebriforme, el tejido submucoso es mas blando, se observan nudosidades, engrosamiento difuso; el tejido, de un aspecto rojizo por placas, se hace blanco mate y se deja invadir por una materia semejante á la sustancia blanca del cerebro. En esta variedad se observa sobre la cara interna del estómago escrescencias blandas y fungosas que sangran con facilidad. Se ha visto tambien salir del tejido submucoso una pequeña cantidad de líquido; cuando este es abundante, adquiere el tejido una apariencia gelatinosa; contenida en las areolas, hace que se denomine á este cáncer *gelatiniforme, coloides alveolar*.

Vernois (1) ha observado un caso muy notable. En fin, si la tumefaccion es irregular, blanda, semejante á gruesas vegetaciones, se designa á la enfermedad con la denominacion de *fungus* ú *hongo canceroso*. Sin negar absolutamente que se puedan producir de pronto estas diversas variedades, diremos que en todos los casos bien observados que tenemos analizados, todo ha sucedido como acabamos de esponer; que los hechos contrarios son por lo menos muy raros, y que por consiguiente estas formas particulares no parecen ser de grande importancia. Lo mas digno de llamar la atencion es la degeneracion de diferentes tejidos en una sustancia homogénea, sin estructura distinta, que invade sucesivamente las partes circundantes.

Cuando no hay ulceracion, siempre es en el centro del cáncer donde empieza el tejido á presentar el aspecto blanco mate y algunos

(1) Vernois, *Bull. de la Soc. anatomique*, 1835.

puntos menos duros; pero al rededor se encuentra siempre un tejido blanco azulado, brillante, quebradizo y á veces semi-transparente. Si el cáncer está muy poco adelantado, si no afecta mas que una sola túnica, por ejemplo, la mucosa, como se ha observado en un caso, solo se notan estos últimos caracteres. Cuando la ulceracion ha invadido las partes, se observa en su centro el color mate, los reblandecimientos, el aspecto rosado, etc., y aun se puede ver en su contorno los tejidos particulares de que acabamos de hablar. Parece, pues, que todo se reune para probarnos que los tejidos afectados de cáncer se trasforman primeramente en esta materia azulada, quebradiza, brillante y semi-transparente; que hasta una época mas adelantada no presentan el aspecto de tejidos reblandecidos, fungosos, etc., y en esta degeneracion sucede alguna cosa parecida á lo que hemos notado en la trasformacion tuberculosa. Tal vez se citarán algunas escepciones, pero no se puede negar, en vista de los hechos precedentes, que esta sea la regla general.

En cuanto al punto preciso por donde empieza esta degeneracion, le encontramos las mas veces en la mucosa, que hemos visto exclusivamente afectada en un sugeto, y que es la primera que se ulcera. Pero no sucede siempre así, porque en otro sugeto se ha encontrado la mucosa perfectamente sana, al paso que por debajo estaba solo alterada la superficie del tejido submucoso, y en este último es evidente que la lesion no habia podido principiar por la mucosa. Es verdad que algunos autores, y particularmente Andral, creen que la membrana mucosa ha podido presentar en cierta época una alteracion que luego ha desaparecido; pero en el sugeto de que se trata la lesion era todavía incipiente, la mucosa no habia tenido manifestamente tiempo de volver á su estado normal, y se hubieran encontrado necesariamente, si esta opinion fuese fundada, algunos vestigios de inflamacion, aun cuando no fuese sino en el color del tejido.

Respecto á las materias contenidas en el estómago, se puede decir que varian segun los individuos. Aunque por lo regular son abundantes en los que tienen una dilatacion del estómago, pueden muy bien no consistir en otros mas que en una corta cantidad de mucosidades. Con mucha frecuencia se halla tambien un líquido espeso, negruzco, semejante al hollin desleido, á los posos de café, ó pardusco como chocolate; tal es, en fin, como le hemos visto en la materia de los vómitos. Algunas veces son las mucosidades tan espesas, que se desprenden con bastante dificultad de la superficie de la mucosa. En un caso cuya observacion tenemos á la vista, habia una mediana cantidad de materia negra, líquida, en medio de la cual se encontraban fragmentos negruzcos sólidos, que se reducian fácilmente á papilla, y presentaban bastante bien el aspecto de una criadilla de tierra. Como se vé, esta materia se asemeja mucho á la melanosis que se observa en los diversos tejidos, y este hecho viene en apoyo de la opinion de los que miran á la melanosis como formada de sangre alterada. Todavía es

mucho mas raro encontrar en el estómago verdaderos coágulos; sin embargo, esto se verifica algunas veces aun cuando durante la vida no se haya presentado hematemesis propiamente dicha. Si hubiese habido gastrorragia los coágulos pueden ser enormes.

Hallaremos que se vé con bastante frecuencia la *degeneracion cancerosa de los órganos inmediatos*, y particularmente del hígado, que forma el fondo de las úlceras, ó que permaneciendo perfectamente libre, presenta placas de materia cancerosa; la del páncreas, de la cápsula suprarenal derecha, de las paredes del cólon, y algunas veces de las mismas venas, de lo que ha referido un ejemplo notable el doctor Pressat (1) y Niemeyer de los gánglios linfáticos; la degeneracion del epíplon gastro-hepático de que hemos hablado ya; cánceres en otros órganos, particularmente en el útero; en fin, en algunos casos una perforacion del estómago que hace comunicar la cavidad de este órgano con el peritoneo ó el cólon trasverso, y que Rokitanski ha incluido entre las úlceras perforantes del estómago (2).

El cáncer alveolar ó coloides invade cada vez los órganos inmediatos, pero produce con facilidad la degeneracion difusa del peritoneo y la hidropesía ascitis (3).

En seguida viene el edema y las acumulaciones de serosidad en el abdomen; las diversas flegmasias de las vias respiratorias, que hemos indicado ya, y los tubérculos que han coincidido con el cáncer en un corto número de sujetos. En cuanto á los demás órganos, casi siempre están muy demacrados, y esto se observa principalmente en el corazón, cuyo volumen se ha disminuido algunas veces casi una mitad, pero que siempre está consistente y pálido.

Compararemos las lesiones del cáncer con las encontradas por Bruch (4) en la *hipertrofia simple del estómago*, esto es, lo que es independiente de la afeccion cancerosa. Este médico establece entre ambas lesiones las siguientes diferencias:

La hipertrofia simple se presenta bajo el aspecto de un engrosamiento gradual mas ó menos uniforme de las paredes que constituyen el órgano. El cáncer presenta la forma de un tumor generalmente saliente cubierto de abolladuras ó tubérculos con destruccion de la estructura normal de los tejidos.

La hipertrofia está caracterizada por engrosamiento gradual de las membranas que aumenta á medida que se aproxima al píloro, mientras que el cáncer puede ocupar un punto cualquiera del estómago acompañándose siempre de alteracion parcial de las membranas.

En la hipertrofia no hay mas que una sola túnica, la muscular; en

(1) Pressat, *Bull. de la Soc. anatomique*, 1836.

(2) Véase *ULCERA SIMPLE*.

(3) Niemeyer, *Elements de pathologie interne*, trad. Sengel y Culmann, 1863, t. I. p. 390.

(4) Bruch, *Zeitschrift für rationnelle Medizin*, Bd. VIII, y *Arch. gen. de med.*, mayo, 1830.

el cáncer es frecuente que todas las membranas se alteren de la degeneracion comun.

Aun cuando varias membranas se hipertrofien, se reconoce siempre su superposicion, mientras que en el cáncer, ya una sola membrana, ya varias afectadas, pierden sus caractéres y no se las reconoce.

Cuando la division de la túnica muscular en secciones existe en el cáncer, denota al mismo tiempo una hipertrofia de esta túnica.

En la hipertrofia las túnicas se encuentran en general separadas unas de otras; en el cáncer se confunden por una alteracion comun.

La estrechez acompaña por lo comun á la hipertrofia; la dilatacion es frecuente en el cáncer, sobre todo en el del píloro.

La hipertrofia puede preceder al cáncer, coexistir con él ó sobrevenir secundariamente á la afeccion.

En el cáncer la membrana mucosa gástrica se encuentra ordinariamente sana, y en la hipertrofia alterada en una estension mayor ó menor.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Es preciso distinguir primeramente el cáncer incipiente del que se halla bastante avanzado.

1.º Cuando el *cáncer es incipiente* ó ha hecho pocos progresos, es cuando el médico está mas espuesto á cometer un error; sin embargo de que hay cierto conjunto de signos que deben servirle de guia. ¿Se puede confundir esta afeccion con la *gastritis aguda*? Ya hemos visto al estudiar los síntomas, que algunos cánceres, aunque pocos, son notables por su invasion rápida, y que en breve tiempo pueden manifestarse dolores en el epigastrio y frecuentes vómitos; pero en primer lugar no existe en el cáncer, cualquiera que sea la rapidez de su invasion, un movimiento febril manifiesto, y en segundo lugar no se observan vómitos biliosos, sino mas bien de alimentos y de bebidas, regurgitaciones ágras, espulsion de mucosidades, signos que son suficientes para evitar el error: por otra parte, la facilidad con que la gastritis aguda simple cede al tratamiento apropiado, mientras que los síntomas del cáncer persisten y aumentan, no tarda en resolver todas las dudas. En cuanto á la gastritis aguda que sobreviene como complicacion de otra enfermedad, esta circunstancia viene á facilitar el diagnóstico, principalmente si se la agrega á los demás signos que acabamos de indicar.

El diagnóstico entre el *cáncer* y la *gastritis crónica* es mas difícil al principio de ambas enfermedades. Sin embargo, recordaremos que esta sobreviene con mas frecuencia aun que la gastritis aguda, como complicacion de otra enfermedad, y particularmente en las crónicas; que aunque menos constantes la caracterizan los vómitos biliosos en el mayor número de casos; que ya en su principio se presenta con un aparato de síntomas bastante graves, puesto que se encuentra fiebre, náuseas, vómitos, anorexia mas ó menos completa, y sobre todo do-