

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

estómago, por efecto de la retracción cicatricial, y esta especie de obstáculo incurable se opone al paso del contenido del estómago á los intestinos (1).»

Se han observado perforaciones de las arterias coronarias estomáticas (2), de la arteria pilórica, de la gastro-epiplóica izquierda, de la gastro-duodenal, ó de sus ramificaciones, de la arteria esplénica y de sus ramificaciones, y de la arteria pancreático duodenal (Niemeyer).

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Ya hemos visto anteriormente cuál es la opinión de Cruveilhier tocante al diagnóstico, que en concepto suyo importa muy poco fijar, á lo menos bajo el aspecto de la terapéutica. Esto sería quizás cierto si á la manera de este autor solo se comparasen la gastritis crónica y la úlcera simple del estómago; pero si se atiende á la *gastralgia*, con la que se puede confundir muy fácilmente la úlcera, no sucede así, porque el tratamiento de la primera se diferencia completamente del de la segunda en un gran número de casos.

Sería prematuro esponer aquí los signos por medio de los cuales se distingue la afección que nos ocupa del CÁNCER y de la GASTRALGIA (véanse estos artículos).

En cuanto á la *gastritis crónica simple*, hay que convenir en primer lugar que es sumamente difícil distinguirla de la úlcera. Sin embargo, hay ciertos casos de gastritis en que no es posible haya confusión, y son aquellos en que con la cardialgia y el dolor á la presión existen vómitos biliosos repetidos. Efectivamente, se ha visto que en la úlcera del estómago la materia de los vómitos se componía de alimentos y bebidas, ó lo que distingue todavía mas esta afección, de materias negras y de sangre. Estos dos signos asemejan la úlcera del estómago al cáncer, y por eso mismo la apartan de la gastritis crónica. Cuando en esta última enfermedad no hay vómitos biliosos, es muy difícil decir, con los elementos que tenemos, si existe ó no una úlcera del estómago. La lengua está casi siempre lisa y enrojecida en la úlcera del estómago y sucia, sobre todo en la base en la gastritis crónica.

Pronóstico. La enfermedad es grave; sin embargo, el gran número de cicatrices que se han encontrado en el estómago prueba que no es superior á los recursos del arte, ó á lo menos que con ciertas precauciones se puede favorecer la tendencia de la naturaleza á la cicatrización.

Uno de los síntomas mas graves es el vómito de sangre, porque casi siempre anuncia la perforación de un vaso ó de un órgano muy vascular situado en la inmediación. Sin embargo, no olvidemos que la sangre puede salir, como lo ha observado Cruveilhier, de vasos de

(1) Niemeyer, *Loc. cit.*, t. I, p. 377.

(2) Millard, *Ulcere simple de l'estomac* (*Bull. de la Soc. anatomique*, 1855, p. 213).

muy pequeño calibre y de capilares que pueden obliterarse, y que en estos casos no es imposible la cicatrización.

§ VII.—Tratamiento.

Se empieza por dejar en reposo el estómago por espacio de veinticuatro horas, por lo cual debe ser completa la *abstinencia*, y estenderse así á los líquidos como á los sólidos. Si hay dolor en el epigastrio, se hará una *aplicación de sanguijuelas* el primer día, y á continuación se pondrá al enfermo por algunas horas en un baño.

Al siguiente día ensayamos la *dieta láctea*, haciendo tomar la leche en cuanto se acabó de ordeñar á la dosis de algunas cucharadas cada cuatro horas, ó con intervalos mas considerables si el estómago no la pide. Algunas veces obra como por encanto la dieta láctea; pero en otras ocasiones no la llevan bien los enfermos, y entonces es menester mezclarla con un poco de agua de cal, de agua de harina de avena ó endulzarla ligeramente. Muchas veces se lleva mejor la leche cocida y sin nata que la leche natural, la fría mejor que la caliente, y la que está muy caliente mejor que la tibia. No es tampoco raro ver que la leche fatigue al estómago, y entonces tenemos que renunciar á ella para volverla á dar mas tarde.

Muchas veces se la sustituye con ventaja con la *dieta gelatinosa* ó *feculenta*, que se compone de caldos de ternera, de pollo, gelatinas, ó bien féculas de maiz, de arroz, de avena, de cebada y de patatas cocidas en agua, en leche ó en caldo de pollo. El punto esencial es encontrar un alimento que el estómago pueda soportar, y el instinto del enfermo nos dirige las mas veces mejor que todos los preceptos.

El *agua gaseosa simple* la han llevado bien enfermos cuyo estómago repugnaba toda especie de alimento y de bebida.

Algunas veces ha obtenido Cruveilhier buenos efectos de la *magnesia calcinada* y los *ojos de cangrejos en polvo* dados en una cucharada de agua ó de leche.

Rara vez ha sido útil el *ópio*, aun cuando haya habido grandes dolores.

Generalmente se debe proscribir el *azúcar*, sin embargo de que algunas veces hemos hecho tener en la boca con buen éxito *azúcar cristalizada* antes y despues de comer para aumentar la secreción de la saliva.

Se debe vigilar la *temperatura de los alimentos* tanto como su calidad y cantidad. Los alimentos muy calientes ó muy frios nos han parecido convenir mejor que los tibios.

Los *baños gelatinosos* templados de dos, tres ó cuatro horas de duración, son un auxiliar muy poderoso. En efecto, hemos observado que un baño de tres ó cuatro horas produce efectos mas ventajosos que tres ó cuatro baños de una hora.

No se debe prolongar por mucho tiempo la dieta atemperante, y si

salirse algo del régimen prescrito en los primeros tiempos; pues llega una época en la que los estimulantes, tales como la *carne de caza*, son mas provechosos que las carnes blancas y las legumbres herbáceas (Cruveilhier).

Rokitanski, lo mismo que Cruveilhier, tiene gran confianza en la *dieta láctea*. Recomienda una *aplicacion de sanguijuelas* si existen dolores vivos en la region epigástrica, y despues quiere que se recurra al *carbonato de magnesia* y al *agua de cal* con leche; medicamentos que pueden administrarse el primero á la dosis de 4 á 8 gramos, y el segundo á la de dos cucharadas en una taza de leche una ó dos veces al dia.

Rokitanski propone además aplicar á la region epigástrica *cauterios*, *moxas*, ó bien hacer *fricciones* con la *pomada de Autenrieth*, con el *aceite de croton tiglio* ó con cualquiera otra sustancia irritante.

Tambien recomienda las infusiones de *manzanilla* y de *menta*, y cree que si el estómago no llevase bien la leche, se la puede reemplazar ventajosamente con caldos, cocimientos mucilaginosos ó sopas ligeras. Finalmente, en el tratamiento de la hematemesis, recurre á los medios que hemos espuesto en el artículo *GASTRORRACIA*; al que remitimos al lector.

Budd recomienda el uso cotidiano de la leche fresca mezclada con materias feculentas para que no forme en el estómago coágulos sólidos. Niemeyer cree que el uso de las aguas de Marienbad y de Carlsbad y el régimen exclusivamente lácteo, constituyen la terapéutica que merece mas confianza. Si la cicatrizacion resiste á este régimen aconseja Niemeyer el *nitrate de plata* en pildoras ó el *sub-nitrato de bismuto* para producir la cicatrizacion de las úlceras.

Beunel (*Loc. cit.*) indica tambien, como sigue, el mejor tratamiento de la úlcera del estómago.

Los medios que mejor resultado han dado en el tratamiento de la úlcera simple del estómago, son: el reposo, el régimen severo, el bismuto y el ópio en pildoras ó en polvo, y la aplicacion local del frio ó del calor segun los sugetos. Se observa con frecuencia que la simple permanencia en la cama alivia notablemente. Debe recomendarse el decúbito en una postura cómoda. La alimentacion consistirá en harinas feculentas, caldos sustanciosos y leches, administrados á pequeñas y frecuentes dosis. Si el estómago no los soporta calientes, se darán frios. Si á pesar de esto continúan los vómitos, será menester suspender toda alimentacion durante uno ó dos dias. Cuando el enfermo va mejor solo se debe aumentar la cantidad de alimentos con suma prudencia. La sed es un sintoma que debe llamar nuestra atencion, debe apaciguarse con ayuda de pequeños trozos de hielo mantenidos en la boca, ó bien por medio de pequeñas porciones de leche mezclada con agua de cal. El dolor se calma con el ópio y el bismuto mezclados en forma de pildoras ó en polvo. La aplicacion de cuerpos calientes ó de una mezcla refrigerante de hielo y sal comun, será tambien útil en

semejantes casos. Cuando llegue á su máximo el empobrecimiento por falta de nutricion se recurrirá á los enemas nutritivos.

Trousseau (1) instituye el siguiente tratamiento: tres veces al dia, una hora ó menos antes de las comidas, se hará tomar al enfermo 2 ó 3 gramos de *sub-nitrato de bismuto* suspendido en agua mucilaginoso ó en jarabe de goma, con objeto de que se estienda por la superficie gástrica. El bismuto obra como tóxico. Se le administra durante diez dias seguidos y se le reemplaza despues con las pildoras de *nitrate de plata* de un centigramo. Durante cinco dias, el enfermo toma tres ó cuatro una hora antes de comer, volviendo despues al *sub-nitrato de bismuto* por otros diez dias. Entonces por cuatro ó cinco dias se dá por las mañanas en ayunas ó por la tarde un centigramo de *calomelanos* y 50 centigramos de azúcar en polvo. Despues se toma el bismuto y comienza la série.

ARTICULO IX.

CÁNCER DEL ESTÓMAGO.

Algunas observaciones aisladas que se hallan en Schenckio, Foresto y Zacuto Lusitano, etc., han podido considerarse como ejemplos de cáncer de aquella viscera cuando los estudios modernos han hecho conocer bien esta afeccion. Posteriormente Morgagni (2) ha reunido un gran número de casos de cáncer del estómago, descritos principalmente bajo el punto de vista de la anatomía patológica, aunque todavia incompletamente. Desde fines del siglo pasado se han publicado un gran número de disertaciones, de memorias particulares y monografías en que se trata del cáncer del estómago. Entre estas últimas es preciso distinguir las de Petzold (3) y de Blanchard (4), de Chardel (5) y de Prus (6). Además en estos últimos tiempos se ha profundizado mas el estudio de la anatomía patológica del cáncer que lo que hasta entonces se habia hecho, como se puede juzgar por las diferentes obras publicadas sobre esta materia, y principalmente por las investigaciones de Lebert (7) y de Broca (8).

(1) Trousseau, *Clinique medicale de l'Hotel-Dieu*, 2.^a ed., Paris, 1865, t. III, p. 95.

(2) Morgagni, *De causis et sedibus morborum*.

(3) Petzold, *Von der Verhart und Vereng. des. unt Magenmundes*, Dresde, 1787.

(4) Blanchard, *De difficili aut impedito alim. é ventr. in duod. progres.*, Lugd. Batav., 1787.

(5) Chardel, *Monogr. des dégenér. squirrh. de l'estomg.*, Paris, 1808.

(6) Prus, *Recher. nouv. sur la nat. et le traitement du cancer de l'estomac.*, Paris, 1828.

(7) Lebert, *Traité pratique des maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le cancer*, Paris, 1854.—*Traité de anatomie pathologique generale et speciale*, Paris, 1857, t. I, p. 272; t. II, p. 183 y sig.

(8) Broca, *Anatomie pathologique du cancer* (*Memoires de l'Acad. de med.*, Paris, 1852, t. XVI, p. 453 y sig.