

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 atención, 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 caracteres 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 caracteres normales en cuando pasaba de ella.

Cuando hay ulceracion hé aquí 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 caracteres 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 ulceracion 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 corroído 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 escrecencias 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 transformacion 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 esclusivamente 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 desleído, 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 suprarrenal derecha, de las paredes del colon, 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 colon 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 flegmasías de las vias respiratorias, que hemos indicado ya, y los tubérculos que han coincidido con el cáncer en un corto número de sugetos. En cuanto á los demás órganos, casi siempre están muy demacrados, y esto se observa principalmente en el corazon, 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 afección 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 ÚLCERA SIMPLE.

(3) Niemeyer, *Elements de pathologie interne*, trad. Sengel y Culmann, 1863, t. I. p. 590.

(4) Bruch, *Zeitschrift für rationelle Medizin*, Bd. VIII, y *Arch. gen. de med.*, mayo, 1850.

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.

Quando 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-

lores en el epigastrio, que no se manifiestan en el cáncer sino en una época mas avanzada de la enfermedad. Pero es necesario advertir que en los casos escepcionales ya mencionados en el artículo GASTRITIS CRÓNICA SIMPLE, estos síntomas son mucho menos manifiestos, y que hasta puede ser latente la enfermedad, y reconocemos que en el estado actual de la ciencia es preciso renunciar á un diagnóstico exacto. Pero es tambien necesario advertir que estos casos son sumamente raros, y no merecen por consiguiente toda la importancia que se les ha dado.

Tambien se distingue por la mayor violencia de los síntomas en un principio la *gastritis ulcerosa simple* del cáncer del estómago en esta época de la enfermedad.

Los principales puntos que hay que tener presentes para este diagnóstico diferencial, son los siguientes:

1.º La edad del enfermo; puede escluirse casi seguramente el cáncer en los sugetos muy jóvenes; 2.º la duracion de la enfermedad; si la enfermedad data de algunos años, esta circunstancia habla en contra del cáncer; 3.º las fuerzas y la nutricion del enfermo; en la úlcera del estómago decaen de un modo poco sensible, y solo en una época muy avanzada de la enfermedad se afectan notablemente, lo que se produce muy pronto en el cáncer; 4.º la naturaleza de los dolores; verdaderos accesos cardíalgicos, anuncian muy pronto la úlcera; 5.º la cantidad de sangre perdida por el vómito; en la úlcera se vé con mas frecuencia la salida de grandes cantidades de sangre poco modificadas por la misma razon de su abundancia; en el cáncer del estómago la cantidad de sangre es menor y se presenta con el aspecto de una sustancia negra semejante al poso de café; sin embargo, en ocasiones se observa tambien una hematemesis abundante en el cáncer del estómago, y en la úlcera pueden presentarse vómitos de sustancias negras grumulosas; 6.º la presencia ó ausencia del tumor; el primer caso anuncia la presencia de un cáncer; porque los casos en que en la úlcera del estómago se observa tumor por engrosamiento de las paredes del estómago y por un depósito de tejido conjuntivo de nueva formacion en sus inmediaciones son tan raros que apenas pueden apreciarse (1).

La *gastralgia* puede confundirse fácilmente en algunos casos con el cáncer del estómago; pero este diagnóstico hallará mejor su lugar en el artículo siguiente, despues de la descripcion de los síntomas de esta última enfermedad.

2.º Cuando ha llegado el cáncer á una época mas avanzada, es mas fácil el diagnóstico. Efectivamente, entonces no hay que ocuparse de la gastritis aguda; y en cuanto á la *gastritis crónica simple*, hé aqui lo que sirve para distinguirla de la afeccion de que tratamos. En la gastritis crónica no se observan los vómitos negros, de color de hollin

(1) Niemeyer, *Loc. cit.*, t. I, p. 595.

desleido ó de chocolate que hemos hallado en el cáncer del estómago. Es cierto que Andral dice que los ha notado en algunos casos en que solo ha encontrado una inflamacion crónica; pero nos dice él mismo que casi siempre consistian entonces las lesiones en una hipertrofia con una degeneracion particular, y ya sabemos que estas alteraciones que son evidentemente cancerosas, no constituyen mas que una forma anatómica de la gastritis crónica. En el cáncer del estómago tienen de notable los vómitos, que antes de tocar la enfermedad á su fin, época en que pueden repetir sin cesar, se efectúan sobre todo cierto tiempo despues que se han tomado los alimentos, arrojándose por medio de aquellos los que se tomaron la vispera y la antevíspera. Nada semejante hemos encontrado en la gastritis crónica simple. Los signos de la caquexia cancerosa, que, como hemos visto mas arriba, se manifiestan en una época poco avanzada del escirro del píloro, pueden tambien servir para suministrar algunos indicios. En fin, se puede comparar igualmente en esta época todas las circunstancias de la invasion y resolver asi todas las dificultades.

Los diversos diagnósticos diferenciales que acabamos de esponer no tienen importancia sino cuando no se percibe en el epigastrio una dureza manifiesta ni tumor, y en aquellos en que el estómago no ha experimentado esta dilatacion notable designada con el nombre de *dilatacion morbosa*. En efecto, cuando se presentan estos signos no se puede creer ya en la existencia de una *gastritis crónica simple*, y todo induce á admitir la de un cáncer del estómago. Sin embargo, conviene no olvidar respecto á la dilatacion morbosa (1), que se puede encontrar este estado del órgano aun cuando no haya cáncer. Entonces hay que establecer un nuevo diagnóstico diferencial que se funda en una circunstancia bien sencilla. Los hechos nos han enseñado que para que se verifique la dilatacion en un grado considerable, y el estómago descienda hasta la pélvis, era menester que la corvadura menor pudiera bajar hasta el nivel ó debajo del ombligo; pero en semejante caso la presencia de un humor circunscrito, la dureza y la renitencia que se advierten en este punto del estómago, vienen por decirlo así, á presentarse de por sí á la exploracion, y fácilmente se puede comprobar la existencia de la lesion orgánica. Lo que prueba que realmente sucede así, es que en todos los casos en que habian llegado las cosas á este estado, se ha hecho un diagnóstico exacto.

Algunas veces hay en el cáncer del estómago *vómitos de sangre*, y aunque hemos admitido que la materia oscura, posos de café, etc., que se manifiesta en un gran número de casos se halla constituida por sangre alterada, no se deben confundir estos vómitos con aquellos en que se arroja sangre pura, ya en el estado líquido, ya en coágulos. Los primeros nunca forman la materia de una verdadera gastrorragia, tal como se la ha descrito poco hace. Por el contrario se puede pre-

(1) Véase el art. DILATACION DEL ESTÓMAGO.
VALLEIX.—TOMO III.

guntar si cuando se ha arrojado sangre pura es posible cerciorarse de que la hemorragia es debida á un cáncer, y no ha sido ocasionada por una exhalacion sanguinea; esto precisamente lo hemos hecho ya en el artículo GASTRORRAGIA.

El *cáncer puede permanecer latente* por muchísimo tiempo, lo mismo que la mayor parte de los cánceres de los demás órganos. No sorprenderá ver en algunos casos que la enfermedad empieza en apariencia en una época muy próxima á aquella en que se verifica la muerte.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.º *Signos distintivos del cáncer incipiente con invasion rápida y de la gastritis aguda.*

CÁNCER INCIPIENTE.	GASTRITIS AGUDA.
Trastornos notables de la digestion.	En general no se puede observar los trastornos de la digestion, porque los enfermos se ponen á dieta.
No hay vómitos de bilis.	Vómitos biliosos repetidos.
Vómitos de los alimentos y de las bebidas.	Vómitos de las bebidas, pero no de los alimentos, porque no los toman los enfermos.
Regurgitaciones ágras, flemosas.	No hay regurgitaciones ágras y si solo de mucosidades.
No hay movimiento febril manifesto.	Movimiento febril mas ó menos marcado.

2.º *Signos distintivos del cáncer incipiente y de la gastritis crónica.*

CÁNCER INCIPIENTE.	GASTRITIS CRÓNICA.
No se desarrolla bajo la influencia de ninguna otra afeccion.	Casi siempre se complica con otra afeccion crónica.
No hay vómitos biliosos sino accidentalmente.	Frecuentemente hay vómitos biliosos repetidos.
Vómitos de alimentos mucho tiempo despues de tomarlos.	Vómitos de los alimentos poco despues de tomarlos: con frecuencia los enfermos se ponen á dieta.
Peso en el epigastrio, mas bien que verdadero dolor.	Ordinariamente hay desde el principio un dolor mas ó menos vivo en el epigastrio.
No hay movimiento febril manifesto.	Fiebre manifesta, pero que es difícil distinguir del movimiento febril debido á la enfermedad principal.

3.º *Signos distintivos del cáncer del estómago y de la úlcera simple.*

CÁNCER.	ÚLCERA SIMPLE.
Edad generalmente avanzada.	Edad variable.
Duracion poco prolongada.	Duracion frecuentemente larga.
Fuerzas y nutricion considerable y prontamente debilitadas.	Fuerzas y nutricion afectadas por lo comun de un modo poco sensible.
Menos dolorosos.	Accesos cardialgicos.
Vómitos negruzcos, poso de café poco abundantes.	Vómitos de sangre roja á veces muy abundante.
Tumor epigástrico.	No hay tumor epigástrico.

4.º *Signos distintivos del cáncer ya adelantado, y de la gastritis crónica.*

CÁNCER YA ADELANTADO.	GASTRITIS CRÓNICA.
Vómitos negruzcos como de posos de café, etc.	Vómitos biliosos ó de materias alimenticias.
Signos de caquexia cancerosa.	Simple enflaquecimiento, sin signos de caquexia cancerosa.
Tumor y renitencia en el epigastrio.	No hay tumor ni renitencia en la region epigástrica.
Dilatacion morbosa del estómago.	Estómago contraido mas bien que dilatado.
Commemorativos: Las circunstancias de la invasion indicadas mas arriba.	Commemorativos: Las circunstancias de la invasion indicadas antes.

5.º *Signos distintivos del cáncer del estómago y de la hipertrofia simple de este órgano (segun Bruch) (1).*

CÁNCER.	HIPERUROFIA SIMPLE.
Tumor abollado, sensible á la presion, bien circunscrito, localizado en el epigastrio.	Resistencia y tumefaccion difusa en la region epigástrica.
Dislocacion del estómago con induracion.	No existe este signo.
Sonoridad difusa é inconstante á la percusion.	Sonoridad limitada y permanente á la percusion.

(1) Bruch, *Zeitschrift für rationnelle Medizin.*, Bd. VIII, y *Arch. gen. de méd.*, Mayo, 1850.

Vómitos en épocas definidas, sobre todo muchas horas despues de la comida.	Vómitos en ayunas ó inmediatamente despues de las comidas.
Duración de dos años por término medio, etc.	Duración prolongada.

La enfermedad con la que mas conviene comparar el cáncer del estómago, es la úlcera simple de este órgano. Nada mas fácil que la confusión entre ambas enfermedades; lo que mejor lo demuestra es que la úlcera es conocida de hace poco tiempo, habiéndose confundido hasta ahora con el cáncer. Un autor, del que hemos tomado gran parte de la descripción de la úlcera simple del estómago, Brinton, indica los siguientes signos para poder distinguir ambas enfermedades. En general los signos de cáncer del estómago solo aparecen en una época relativamente avanzada de la enfermedad, cuando existe el tumor y puede percibirse al tacto. Antes de esta época solo existe un poco dolor, ó hay dolor *lancinante*, que aparece mas bien al fin de la digestión que en el momento en que se ingieren los alimentos. Los materiales del vómito pueden aclarar el diagnóstico, porque contienen elementos epitélicos deformados, los que se han llamado células cancerosas. La hemorragia en el cáncer del estómago, es rara vez excesiva y aparece sobre todo en los últimos tiempos cuando se ha formado la ulceración. En fin, la diferente duración de ambas enfermedades, la edad del enfermo, su aspecto caquéctico, son circunstancias que ayudan al diagnóstico.

Pronóstico. El pronóstico es siempre grave. Hay algunos signos que anuncian la proximidad de la muerte. Cuando diariamente hay vómitos, y con mayor razón si se repiten muchas veces al día, y cuando se hacen muy intensos los dolores del epigastrio, sobreviniendo un edema en las estremidades y especialmente en el tronco, no tarda en verificarse aquella. Por último, los vómitos negros anuncian igualmente que no se halla distante, porque no los hemos visto aparecer hasta despues de haber durado mucho tiempo la enfermedad.

§ VII.—Tratamiento.

Emisiones sanguíneas, emolientes y dieta. Ni las *sanguijuelas* aplicadas al epigastrio, ni la *sangría*, ni las *bebidas emolientes*, han producido los felices resultados que de ellas se esperaba. Es raro que las emisiones sanguíneas sean útiles como paliativos, y el enflaquecimiento y el estado de caquexia de los enfermos obligan bien pronto á renunciar á ellas. En cuanto á los simples emolientes puede parecer que producen en los primeros tiempos efectos ventajosos, puesto que se los asocia á una dieta mas ó menos rigurosa, y que entonces consisten los síntomas en desórdenes mas ó menos manifestos de la digestión;

pero esta desmejoría de que hablábamos poco hace obliga al médico á moderar esta dieta severa, que por otra parte no impide que la enfermedad haga progresos.

Tratamiento curativo. Casi todos los autores han buscado en la materia médica un gran número de remedios que han considerado como específicos.

Narcóticos. La *cicuta* ha gozado de gran reputación, sobre todo desde que Stoerk (1) la elogió como un específico en el tratamiento del cáncer. Recamier (2) piensa que su uso, unido á una *dieta bastante severa*, es uno de los mejores medios que se pueden poner en uso. Prus (3) ha creído demostrar la acción de esta sustancia citando un hecho en el que los desórdenes digestivos han cedido á su administración; pero este hecho es el que ha referido el doctor Barras, y al que hemos visto faltaban los pormenores necesarios para inspirar confianza. Por otra parte J. Frank afirma que ha usado este medicamento un gran número de veces sin obtener grandes resultados, y no hay médico á quien no haya sucedido otro tanto. En suma, si la *cicuta* tiene como sedante cierta influencia sobre los síntomas del cáncer, nada prueba que tenga una acción realmente curativa.

Este medicamento que se administra en extracto y en píldoras, se puede prescribir bajo la fórmula siguiente.

T. Extracto de cicuta. 4 gram.
Polvo de cicuta. C. S.

Háganse píldoras de un decígramo. Se toman dos al día, aumentando gradualmente la dosis hasta veinte ó treinta.

Algunas veces se ha dado este medicamento á dosis mucho mas alta.

Al mismo tiempo se puede aplicar sobre el epigastrio una *cataplasma*, ó como se hace con mas frecuencia, un *emplastro de cicuta*. La *cataplasma* se prepara simplemente de la manera siguiente:

T. Polvo de cicuta. 60 gram.
Harina de semilla de lino. C. S.
Agua hirviendo. C. S.

En cuanto al emplastro, el mas recomendado en el siguiente, cuya fórmula se debe á Planche:

T. Elemi. 2 partes.
Cera blanca. 1 parte.

Se añade á esta mezcla fundida:

(1) Stoerk, *Tract. quo demonstr. cicut. non sol. usu int.*, Viena, 1760.

(2) Recamier, *Rech. sur le traitement du cancer*, t. I.

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