

Todas estas medicaciones salinas producen un verdadero arrastre y lavado no sólo del estómago, sí que tambien de los intestinos, y su empleo va seguido de mayor apetito y de digestiones más fáciles.

Además, bien se echa de ver que una enfermedad de la importancia de la gastro-ectasia, obligará á cumplir indicaciones de orden sintomático, que variarán en cada caso.

### ÚLCERA SIMPLE DEL ESTÓMAGO

(ULCUS ROTUNDUS. — ÚLCERA REDONDA. — ÚLCERA DE ROKITANSKI. — ÚLCERA PÉPTICA. — ÚLCERA PERFORANTE. — ÚLCERA CRÓNICA DEL ESTÓMAGO.

Toda esa larga sinonimia tiene su razon de ser ; pero como siempre la úlcera es redonda, ni perforante, y aunque crónica, la cronicidad puede ser comun á otros procesos gástricos, de ahí que juzguemos preferible el nombre de úlcera simple del estómago ó úlcera de Rokitansky, como justo tributo al profesor que de una manera tan perfecta supo delinear la enfermedad que va á ocuparnos. Además, llamando simple á aquella úlcera, queremos dar á entender que es ajena al proceso inflamatorio y á los procesos tóxicos, siendo esta separacion de términos tanto más necesaria, cuanto, á la par que son muchas y muy variadas las ulceraciones del estómago, siempre habrá necesidad de distinguir la úlcera simple de todas las demás, por su origen, por su síndrome, por su curso y hasta por su terapéutica.

Así, ya hemos visto en las gastritis agudas y en las crónicas la facilidad con que se fraguan úlceras numerosas y más ó menos profundas, á favor muchas veces de un pequeño foco hemorrágico. Lo mismo ocurre en la uremia que da lugar á manifestaciones gástricas. La patología infantil tambien enseña la formacion de úlceras en los recién nacidos, dando lugar á hemorragias de consideracion, y nadie ig-

nora que en el curso de muchos procesos crónicos (tuberculosis, leucemia, etc.) ó agudos (fiebre tifoidea, tífus icterodes, etc.), el estómago se ulcera; pero todos esos trabajos de destruccion no presentan la especialísima fisonomía de la úlcera simple.

**Etiología.** — Así descartado el asunto, se comprende que las estadísticas aportadas por los autores no coincidan respecto de la frecuencia con que la úlcera simple se desarrolla. Decir v. gr., que, entre 100 cadáveres autopsiados, la úlcera del estómago se puede reconocer desde 2 á 12 veces, es una gran exageracion (hasta sumadas todas las úlceras, sea cual fuere su naturaleza), que si nos redujésemos, como es justo, al campo de la úlcera simple, las cifras serían inadmisibles de todo punto, al menos por lo que hemos tenido ocasion de observar en nuestro país y comprobarlo en numerosas autopsias. — Ninguna edad exime de padecerla, pero nuestras notas marcan la de veinte á cuarenta años como la más propicia. — Aún es más positiva la influencia del sexo en su produccion, pudiendo afirmarse con Brinton una proporcion como de 2 á 1, entre la mujer y el hombre. Nos parece fuera de duda que, sea cual fuere el sexo, tiene marcada influencia etiológica cualquiera industria ó profesion que permita una fuerte y sostenida irradiacion de calor al nivel del epigastrio ó de la parte alta del abdomen; así hemos reconocido frecuentes úlceras simples en los cocineros, planchadoras, maquinistas, etc. Bamberger, Huber y otros hacen la misma afirmacion. Los alemanes aceptan el hábito de beber cerveza como una causa frecuente de úlcera del estómago; en España se hace poco consumo de esta bebida relativamente, y por lo que toca á otros líquidos espirituosos, más nos inclinamos á creer que ocasionan gastritis (ulcerativas ó no) que verdaderas úlceras de Rokitansky. No nos parece ilógico admitir que las contusiones bruscas sobre la region gástrica, ó que ciertos cuerpos de accion dislacerante caidos

al estómago determinen aquel proceso de ulceracion. Todavía es más cierto que la debilitación orgánica general, cual ocurre en la clorosis y en la anemia, favorece el mal que nos ocupa ; y así quedaría explicada en parte su mayor frecuencia en el sexo femenino : la tuberculosis, la sífilis y las caquexias todas figuran en la misma línea.

Mucho se ha discutido para buscar una verdadera explicacion patogenética de la úlcera simple, pero hoy la mayor parte de los autores convienen en que el fundamento del mal no es otro que la abolicion del riego sanguíneo en un territorio determinado de la membrana mucosa. Se trata, como si dijéramos, de una placa isquémica que acarrea la necrosis de todos los elementos anatómicos encerrados en su área, ya que sin sangre no hay nutricion ; pero á esta ley, aplicable á todos los órganos y á todos los tejidos, se agrega una circunstancia casi privativa del estómago, y que consiste en la accion que ejerce el jugo péptico, y muy especialmente el ácido clorhídrico sobre la membrana mucosa exangüe. La acidez destruiría por simple contacto el grueso de la mucosa, si la continúa alcalinidad de la sangre circulante no la neutralizara; y como quiera que en la úlcera simple se admite la abolicion prévia del círculo sanguíneo en una zona circunscrita, se comprende que el jugo gástrico pueda desplegar toda su accion cáustica en unos tejidos desamparados por la sangre. Que la isquemia se produzca por una pequeña embolia ó por una trombosis, ó porque un vaso se pone flácido ó porque sufre una esclerosis ó un ateroma ; lo mismo importa : al fin, el mecanismo siempre es igual, ya que, en último término, ocasionará la suspension de la corriente circulatoria en un territorio más ó menos vasto.

Si esta teoría, aceptada con corta diferencia por todos los autores, no resulta cierta en el porvenir (ya que ahora Bötcher ha pretendido barrenarla, suponiendo que la úlcera simple viene formada por una numerosa colonia de esquizomi-

cetos), nadie negará que es cuando ménos lógica y que armoniza con algunas de las causas anteriormente señaladas. Así se concibe, por ejemplo, que la irradiacion prolongada de calor al nivel del epigastrio produzca profundas modificaciones circulatorias del estómago; que la debilidad orgánica de la clorosis y de la anemia acarree no sólo espasmos vasculares, sino lesiones de sus túnicas; que la sífilis ocasiona fibrosis de las arterias coronarias, etc., etc.

**Anatomía patológica.** — Podemos admitir con Brinton que el sitio predilecto de la úlcera simple es la pared posterior del estómago, figurando despues en órden relativo de frecuencia: la pequeña corvadura, el píloro, la pared anterior, la gran corvadura y el cardias. La úlcera suele ser solitaria, pero en algun caso se han reconocido dos ó más, todavía abiertas y en actividad, ó bien (lo cual es más frecuente) se han encontrado placas cicatriciales correspondientes á úlceras más antiguas. Es redonda de ordinario, cuando reciente, pero iniciado tal vez más tarde un trabajo de reparacion, se deforma y afecta figuras oblongas ú otras que aún se apartan más de la circular, y hasta los bordes, que antes fueron lisos, se ponen anfractuosos, festonados ó irregulares. Su diámetro varía de 1 á 5 ó 6 centímetros, bien que algunos citan proporciones mucho mayores que, á la verdad, nunca hemos podido confirmar. La úlcera, aunque parece hecha con un saca-bocados, es infundibuliforme, por manera que el diámetro del fondo es menor que el de los bordes. Estos se presentan muchas veces lisos, bien cortados, como á bisel, fláxidos, sin sello periférico de inflamacion, pero dibujándose á menudo por fuera alguna vascularizacion, indicio de un círculo sanguíneo suplementario. El fondo ofrécese unas veces limpio y otras súcio, grisáceo y hasta sanguíneo. Viene representado, ya por el plano fibroso ó el muscular, ya por el seroso, y como á veces el trabajo destructor avanza y se provocan trabajos flegmáticos adhesivos, puede ocurrir que

algunos órganos de la vecindad, el páncreas especialmente, constituyan el fondo de la ulceracion. Las necropsias ponen de manifiesto la úlcera en muy distintos períodos de evolucion. Ora se ha ido operando un movimiento de reparacion que ha conducido á la cicatriz completa, formándose callosidades á nivel de los tejidos circunvecinos ó que los sobrepujan, á modo de altos ó bajos relieves que fruncen y coarugan las paredes gástricas ó estrechan á veces el píloro; ora al revés, se nota que el trabajo destructor ha sido rápido y profundo hasta el extremo de perforar todo el grueso del órgano, ó más lento, pero siempre invasor, contrayendo el estómago nuevas relaciones, adhiriéndose á los órganos cercanos y hasta labrando, por el interior de éstos, trayectos como fistulosos, más ó menos profundos: así el estómago se ha comunicado con el páncreas, el bazo, el cólon, el diafragma, el aparato respiratorio y hasta las paredes abdominales, quedando constituida una fístula gástrica, como puede fácilmente comprobarse en las piezas patológicas del Museo Dupuytren, de Paris. Es comun, por último, reconocer en el estómago los caracteres del catarro.

**Sintomatología.** — Unas veces la úlcera del estómago desarrolla su cuadro sindrómico clásico y otras ofrece manifestaciones anómalas que importa mucho conocer.

*Tipo comun ó clásico.* — Ningun carácter especial se descubre en la lengua, como no sea el de un simple catarro; pero á veces ni siquiera esto, y se presenta aquel órgano completamente limpio; lo propio puede decirse del sabor, del apetito y de la sed, siendo, por consiguiente, muy singular que pueda existir una gastropatía de tanta importancia sin que se refleje en la cavidad de la boca.

En cambio los síntomas más característicos consisten en sialorrea, dispepsia gástrica, dolor de estómago y vómitos. El dolor es agudo, intenso y remeda todo el carácter de la gastralgia, tanto, que en ocasiones el enfermo pone su tronco

en fuerte flexion, con los muslos aplicados al abdomen, y prorrumpe en quejidos, demudándosele el rostro, enfriándose su piel y concentrándosele el pulso. El dolor no es continuo, antes al contrario remite; por punto general, arrecia en el lleno del trabajo digestivo, bien que hay enfermos en los cuales la misma vacuidad gástrica aviva los sufrimientos, como si entonces los jugos pépticos obrasen á sus anchas sobre una superficie exulcerada y con filetes nerviosos á descubierta. El dolor, por lo mismo que es subjetivo, cada enfermo lo pinta á su modo: quién acusa una sensacion de urencia fortísima, quién como si le atravesaran de delante á atrás por la boca del estómago, con un instrumento cortante de hoja estrecha ó con un palo ó con una áspera cuerda; éste dice que una mano férrea le estruja el estómago; aquél manifiesta que un animal le roe las entrañas, y así de los demás casos. Pero al fin, áun variando la sensacion, todos los pacientes coinciden en la violencia de sus sufrimientos. El dolor tiene su foco comun en el epigastrio, por debajo del apéndice xifoide; pero puede irradiar en diversas direcciones; su propagacion más comun es atrás hácia el espinazo; pero córrese tambien por la tabla del pecho, oprimiendo la respiracion, ó hácia las mamas, sobre todo la izquierda, y tambien á los espacios intercostales, á la axila y hácia el brazo. Tan agudas molestias se presentan con espontaneidad; pero si con la punta de los dedos ejercemos compresiones algo vivas, ya debajo del apéndice xifoide, ya hácia atrás, sobre las apófisis espinosas, en el punto diametralmente opuesto, tambien despertamos los sufrimientos. Otro síntoma comun es el vómito de sangre, aparte de los vómitos alimenticios mucosos y biliosos que, en esta enfermedad, como en otras de estómago, se pueden producir. La gastrorragia puede ser intensa, hasta el punto de que, en breves momentos, alcance á producir una anemia que se haga mortal, por manera que bien puede asegurarse que la úlcera simple y las gastritis varicosas son las

enfermedades del estómago que determinan más copiosas hematemesis; por fortuna no siempre sucede así, y los enfermos vomitan cantidades más moderadas. La sangre á veces es roja y rutilante ó es más oscura, negruzca y hasta como poso de café; líquida en algun caso y con grandes coágulos más ó menos fluidos en algun otro. No siempre toda la cantidad de sangre que va fluyendo de la úlcera ó de los vasos de alrededor es expulsada en forma de vómito, sino que en parte córrese á lo largo de los intestinos, dando lugar á unas deposiciones de aspecto alquitranado, y á propósito de esto, no se olvide que hay enfermos con úlcera de estómago que sin presentar hematemesis palidecen y se dibuja en ellos todo el carácter de una intensa anemia, y es que la sangre del estómago ha descendido en su totalidad á lo largo del tubo intestinal. Por lo demás, la enfermedad más tiende á producir estreñimiento de vientre que diarrea. En muchos enfermos la exploracion directa del abdomen es negativa; pero en algun caso, sobre todo en el período de la digestion, se desarrolla un meteorismo y áun ese fenómeno conocido con el nombre de peristaltismo (véase *Gastro-ectasia*). La enfermedad es apiréctica; pero si los vómitos alimenticios ó los sanguíneos se reproducen con frecuencia, opérase una fuerte desnutricion y la piel va tomando un matiz blanco, como el de la anemia, ó ligeramente térreo.

*Tipos anómalos.* — Hay enfermos que sin dolores previos y sin ningun otro de los síntomas de la úlcera, presentan bruscamente una hematemesis ó una melena, y si fallecen demuestra la autopsia aquel proceso ulcerativo. Otros, al contrario, nunca presentan flujo de sangre y se ven aquejados por los dolores propios de dicha enfermedad. No faltan tambien algunos cuyo cuadro queda reducido al de un simple catarro crónico del estómago ó al de una pura dispepsia, y por azar un dia la inspeccion cadavérica pone de manifiesto una úlcera redonda. Otras veces, despues de una falta abso-

luta de todo fenómeno, ó preexistiendo tal vez desórdenes de la menor importancia, se desarrolla con terrible brusquedad el cuadro propio de una perforacion del estómago (dolor fuerte estomacal y que con rapidez se irradia por todo el abdomen, vómitos biliosos de color verde, meteorismo y timpanismo intensos, hipo, cara hipocrática, ansiedad irresistible, algidez, pérdida de pulso y muerte). Y, por último, hay úlceras simples del estómago que evolucionan hasta su cicatrizacion sin que el enfermo ni nadie haya conocido su existencia; pero la muerte sobreviene á consecuencia de cualquiera otra lesion, y *post mortem* se establece su diagnóstico.

**Curso y terminaciones.** — Aunque la úlcera del estómago puede tener una marcha continua, es más comun observar remisiones y hasta la desaparicion total de los síntomas para volverse á reproducir más tarde. Hemos tratado enfermos que por cinco ó seis veces consecutivas han ofrecido semejante oscilacion, como si la marcha total de la dolencia estuviese constituida por una série de períodos de malestar, interpolados de otro de descanso, más ó menos absoluto. De todos modos, la fase de agravacion siempre dura unos cuantos meses; despues se mitigan los fenómeos, los enfermos se nutren, comienzan á digerir y se creen repuestos, hasta que trascurrido un plazo de meses, y en alguna ocasion de años, se repite la evolucion morbosa. Así se comprende que la duracion total de la enfermedad pueda ser de muchos años (seis, diez, veinte y más), pues de lo contrario no podría concebirse una historia de sufrimientos sin que terminase por la curacion ó por la muerte.

En varias ocasiones hemos observado que despues de una hemorragia más ó menos copiosa, no solo han calmado los agudos dolores de la úlcera, sino que, repuestos los enfermos de la anemia, han cesado los vómitos, han comenzado á digerir y han logrado una curacion temporal ó definitiva.

Como quiera que sea, se nos figura que los largos perío-



dos de reposo deben coincidir con la cicatrizacion de la úlcera, y las reproducciones deben ser hijas de nuevos trabajos ulcerativos *in situ*, ó alrededor, conforme en la anatomía patológica queda expresado.

Las terminaciones del mal son diversas : puede alcanzarse la curacion definitiva ó, á la larga, la lesion se hace irreparable, y el enfermo sucumbe estenuado por la creciente dispepsia, ó agotado por los acerbos dolores, ó porque es víctima de las hemorragias que no se pueden cohibir, ó porque se produce la rotura del estómago. Todo eso, aparte de las enfermedades intercurrentes (pulmonía, tuberculosis pulmonar, etc.), que con facilidad evolucionan en un organismo depauperado, ó porque por una fatal coincidencia una cicatriz de la úlcera determinase una invencible estenosis del piloro.

**Diagnóstico.** — Bien se echa de ver, por lo que queda dicho, que las úlceras simples del estómago, de tipo anómalo, son indistinguishables, ínterin no aparezca un hecho de tanto bulto como una hematemesis ó una perforacion ; porque las dispepsias y las crisis gastrálgicas, aunque estas coincidan con la ingestion de los alimentos, no autorizarán nunca un diagnóstico positivo. No sucede lo propio tocante al tipo clásico, porque los caracteres del dolor, ya descritos, y el vómito de sangre, tienen una gran significacion.

Sin embargo, en la Clínica pueden ocurrir dudas diagnósticas entre las gastritis ulcerativas, el cáncer del estómago, y la úlcera del duodeno y la del esófago, por un lado, y la úlcera simple del estómago, por otro. Nos reducimos á las gastritis ulcerativas y no á las otras formas, porque son las únicas que ofrecen similitud ; pero esas gastritis reconocen una etiología distinta de la úlcera, son más frecuentes en el hombre que en la mujer, no son tan dolorosas y el dolor no ofrece los típicos caracteres que se han descrito ; las hemorragias, relativamente son insignificantes, y la sangre es

más oscura por lo mismo que exhalada en menor cantidad puede coleccionarse en el estómago, y sufrir la hematoidina las modificaciones consiguientes; la marcha es más continua y, si cabe, la enfermedad es aún más rebelde. En cuanto al cáncer, las diferencias no son menos notables, por más que en ambas enfermedades puedan presentarse hemorragias y dolores (bien que menos graduados estos síntomas en aquel neoplasma que en la úlcera); porque el cáncer es más propio del hombre que de la mujer, figura muchas veces la herencia en su etiología, suele desarrollarse en edad más adelantada, desarrolla muchas veces un tumor apreciable al tacto, da á la piel un tinte amarillo de paja, acostumbra determinar en las piernas una flegmasía *alba-dolens*, su curso es más rápido y siempre progresivo, y no cede á ningun tratamiento.

Muy difícil es distinguir la enfermedad que nos ocupa de la úlcera simple del esófago, ya que ésta suele desarrollarse en la proximidad del cardias y da lugar á un fenomenalismo análogo al de la úlcera simple estomacal; con todo, en la esofágica hay gran disfagia, cosa que no ocurre en la del estómago, y los alimentos y bebidas son devueltos por regurgitación luego de ingeridos.

El diagnóstico diferencial con la úlcera del duodeno, sería casi imposible (ya que desarrolla un síndrome igual), si no se observase con alguna constancia ictericia y fluxion hepática, y si el foco del dolor no ocupase una region más baja entre el hipocondrio derecho y el epigastrio.

**Pronóstico.** — Debe formarse siempre de mucha gravedad, por más que la úlcera sea en principio una enfermedad curable, y que en realidad se alcancen bastantes curaciones; pero como, *à priori*, no puede tenerse seguridad del éxito, la prudencia aconseja pronosticar gravemente. No se olvide que la enfermedad es rebelde; que, aun despues de la cesación de los síntomas, el mal puede retoñar; que en un mo-

mento dado, puede producirse una hemorragia, tal vez copiosísima y hasta incohibible, y que en último extremo también el estómago puede perforarse, sobre todo si la úlcera se encuentra en la pared anterior, y se comprenderán todos los peligros de la situación.

**Tratamiento.** — Hay bastante concordancia entre los autores respecto del particular, y desde algunos años á esta parte, pocas son las modificaciones que se han establecido.

El plan alimenticio constituye, tal vez, la base fundamental del tratamiento. Nosotros hemos sometido invariablemente todos los enfermos á la dieta láctea más ó menos exclusiva, y se nos figura, por los resultados, que hasta hoy no se conoce otro medio que la aventaje. Tenemos una fé tan ciega en este recurso, que si por acaso el enfermo no quiere ó no puede (por intolerancia gástrica), someterse á aquel género de alimentacion, quedamos muy descorazonados. Por tanto, hemos de hacer todos los tanteos imaginables para que el enfermo se someta y pueda digerir la leche. Preferimos la leche de cabra á la de vaca y la administramos cada tres ó cuatro horas, para dar tiempo á que se complete la digestion, en la cantidad de unos 150 gramos cada vez; cantidad que se ha de aumentar ó disminuir segun las facilidades digestivas que vayamos apreciando.

Si la leche se aceda en el estómago, la asociamos agua de cal, bicarbonato de sosa ó alguna agua alcalina; si hay vómitos, la damos helada; si su gusto fastidia, puede corregirse con un chorro de café, thé, agua de menta, de vainilla, de canela, etc. Cuando el enfermo va mejorando, permitimos con la leche alguna tostada de pan ó alguna galleta. En caso de intolerancia absoluta, alimentamos á los enfermos con caldos, sopicaldos y purés, y con enemas de sangre desfibrinada ó de otras sustancias nutritivas. Toda esta severidad de régimen debe sostenerse semanas y meses, y hemos tenido enfermos á nuestro cuidado tan dóciles y afor-

tunados, que durante dos y tres años consecutivos han sostenido una dieta exclusiva de leche, alcanzando de esta manera una completa curacion. Se procurará, por tanto, retardar todo lo posible el uso de carnes y demás alimentos sólidos, por más que los enfermos hayan entrado ya en convalecencia, ó que se crean casi curados, porque la experiencia enseña que la menor transgresion en el régimen puede reproducir los sufrimientos.

Conviene ser muy parco en el uso de las bebidas alcohólicas; cuando los enfermos están sometidos á la dieta de leche, deben quedar proscritas; más tarde, cuando comiencen á comer, sólo se permitirán cortísimas cantidades de vino tinto, y aun juzgamos preferible la cerveza poco alcoholizada.

Se han recomendado una serie de sustancias medicamentosas al objeto, más ó menos comprobado, de lograr la cicatrizacion de la úlcera; todas las hemos puesto en práctica con resultados variables. Cuatro veces al dia, 5 á 10 miligramos de nitrato de plata cristalizado; 1 á 5 centigramos de percloruro de hierro, ó aun mejor el albuminato; 1 á 5 centigramos de acetato neutro de plomo; 10 á 20 centigramos de subnitrato de bismuto; 2 á 5 centigramos de oxalato de cerio, y tambien, cuatro veces al dia, una gota de tintura de yodo. Depositamos una gran confianza en el uso de las sustancias alcalinas y térreas, sea que determinen una neutralizacion de los ácidos gástricos y una absorcion de los gases que se producen en los actos digestivos, sea que ejerzan sobre la superficie ulcerada una modificacion favorable, lo cierto es que con ellos logramos más ventajas que con los otros, en más de un caso, no hemos podido alcanzar. A este fin recomendamos la administracion, junto con la leche, de bicarbonato de sosa, de la creta preparada, del carbonato de magnesia y del fosfato básico de cal, á la dosis media de 30 á 40 centigramos; sustancias que pueden administrarse solas ó asociadas, dando lugar á numerosas combinaciones.

La medicacion laxante tambien ha de formar parte del plan curativo, y respecto de este particular, la experiencia enseña que son determinados purgantes, y no todos, los que prestan beneficio. Colocamos en primera línea el sulfato de sosa, el sulfato de potasa, el sulfato de magnesia y las aguas de Carlsbad, Rubinat, Loeches, Pullna, Hunyadi-Janos, Cestona, etc.; administrando todas esas sustancias en ayunas, cada dia ó más de tarde en tarde, segun el estreñimiento de vientre que los enfermos ofrezcan. Tambien podemos disponer, á título de laxantes, de la belladona, del extracto de ruibarbo, de la cáscara sagrada, del podofilino, del maná y de la glicerina, pero los otros son preferibles.

Todo eso constituye el plan curativo más formal de la úlcera simple del estómago, y no hablamos del lavado gástrico, á pesar del catarro concomitante, porque sus ventajas no podrían contrabalancear los peligros de una hemorragia provocada por el roce del tubo ó por la fuerte distension que produce el líquido que derramamos en el interior de la víscera.

En cambio, son varias las indicaciones de orden sintomático que hay necesidad de cumplir :

1.º *Dolor*.—Muchas veces la belladona y hasta la atropina y toda la série de narcóticos periféricos fracasan y hemos de apelar á los estupefacientes por más que dificulten el movimiento intestinal. Pero cuando llegue este caso, siempre debe procederse de menor á mayor, respeto de la eleccion de calmante y de la dosis ; de otra manera no tarda en establecerse el hábito, áun despues del empleo del más activo de los narcóticos y nos encontramos desarmados ante el dolor : por tanto, sólo siguiendo una verdadera escala llegaremos á las sales de morfina, cerrándola con el uso de las inyecciones hipodérmicas á la dosis inicial de un centígramo. La asociacion de los narcóticos y del bicarbonato de sosa nos parece utilísima. Para calmar el dolor tambien recomendamos, pero

con menos entusiasmo, el hidrato de cloral, el cloroformo (por ingestion), el paraldehido, el ácido cianhídrico, el agua de laurel y la cocaina.

2.º *Vómito*. — Para enfrenarlo, sean cuales fueren las sustancias vomitadas, emplearemos el hielo, las bebidas carbónicas, las gotas negras inglesas y todos los preparados de ópio, la tintura de yodo, el subnitrate de bismuto (10 centigramos) con el bicarbonato de sosa (30 centigramos) ó el carbonato de magnesia (30 centigramos), la creosota (una gota), el hidrato de cloral y el bromuro de potasio.

3.º *Hemorragia*. — (Véase el capítulo *Gastrorragia*).

4.º *Anemia consecutiva á la hemorragia*. — Puede ser tan graduada que urja el uso de medios que con rapidez vivifiquen la sangre y aumenten el riego cerebral. A este fin, á más de la alimentacion apropiada, se mantendrá el enfermo con la cabeza baja, se ejercerá una fuerte y sostenida compresion sobre la aorta abdominal al nivel del ombligo, se le hará inhalar oxígeno (1), se le administrarán sustancias ce-fálicas (café, cafeina, thé, árnica, salvia, espíritu de Mindero, etc.), y se comenzará luego el uso de los preparados de hierro y de manganeso.

Y 5.º *Perforacion del estómago*. — En este caso administraremos el ópio á manos llenas, y como quiera que los vómitos dificultan la ingestion, será preferible valerse de las inyecciones subcutáneas de morfina; á más de esto se usarán bebidas heladas y se aplicarán una ó varias vejigas con hielo sobre el abdomen, á menos que la gran algidez y la falta del pulso hagan temible una perfrigeracion abdominal; y por último, se emplearán las sustancias difusivas, se darán inyecciones hipodérmicas de éter y se cubrirá el cuerpo de sinapismos, hasta que renazca el calor, y el enfermo se reacciona.

(1) La industria moderna ha facilitado el empleo de ese gran recurso terapéutico, construyendo unos saquitos que llevan una espita y una boquilla que se rellenan de oxígeno.

## CÁNCER DEL ESTÓMAGO

**Etiología.**— Todavía reina la más profunda oscuridad respecto de la causa verdadera de éste y de todos los cánceres, y si se exceptúan los vínculos de herencia, que en muchos casos se ponen de manifiesto, como indicando algo, aunque mal definido, de perturbacion nutritiva de los tejidos, capaz de trasmitirse de generacion en generacion, todo lo demas, incluso el papel que tambien quiere concederse ahora á la *panspermia* ~~microbiología~~, como patogenia del cáncer, es tan vago que no sirve absolutamente para fundar una etiología racional. Con todo, pueden apuntarse algunos hechos comprobados. El cáncer gástrico es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino; pero así como en la mujer la mama y la matriz son los órganos predilectos, en el hombre con más facilidad se desarrolla el cáncer del labio y el lingual que el del estómago. De los cuarenta á los setenta años se encuentra la edad más á propósito para su evolucion, y sólo á título de hecho muy excepcional se han recogido historias de edad más temprana y hasta de niños recién nacidos. Tambien parece positiva la relacion que se establece entre el cáncer del estómago y las antiguas dispepsias y hasta las gastritis crónicas, como si estas enfermedades preparasen muy de lejos modificaciones profundas del epitelio capaces de facilitar al movimiento celular característico de aquel proceso degenerativo. Tal ocurre en la mama y en el útero, cuando antiguas ingurgitaciones del tejido abren la puerta á una tardía formacion cancerosa. Se habla de la influencia de las pasiones de ánimo deprimentes; se dice tambien si una alimentacion farinácea ó si el mísero estado social influyen en el concepto etiológico, pero, aun dando como verídicas estas causas, no sabríamos explicarnos hoy el mecanismo de sus actos. Damaschino, Burdel y otros aceptan un determinado paralelismo entre la tubercu-

losis y el cáncer del estómago, pero nosotros no sabemos encontrar otra relacion que la que se establece siempre entre la tuberculizacion y cualquier proceso que produzca miseria fisiológica; en cambio varias veces hemos visto coincidir la enfermedad con el artrismo. Por último, puede consignarse el hecho de que el cáncer es mucho más frecuente en unos países que en otros (comun en el Lago de Constanza, en la Selva Negra y en Normandía y rarísimo en Egipto, Turquía y Méjico: en España se le observa con bastante frecuencia, aunque en menos casos que la úlcera simple).

**Anatomía patológica.** — Así como el cáncer hepático es por punto general consecutivo á otras localizaciones del cancerismo, el del estómago, al contrario, suele ser primitivo, aunque susceptible de propagacion á órganos más ó menos distantes, ya por continuidad de tejido, ya por el intermedio de las vías linfáticas.

El cáncer gástrico no ofrece siempre iguales condiciones histológicas, antes, al contrario, su variedad es mucha, ya que se observa el epiteloma, el escirro, el medular ó encefaloideo y el coloides ó gelatinoso, siendo el segundo y tercero los más frecuentes, pudiéndose desarrollar ambos á la vez, constituyendo una suerte de hibridismo patológico. Todos reconocen un origen epitelico, no derivado del tejido conjuntivo, como antes se creía; con la diferencia que el cáncer escirroso, el encefaloideo y el coloides consisten en una proliferacion de las células fundamentales de las glándulas tubulosas del estómago, debiendo, por consiguiente, atravesar la membrana muscular antes de llegar á la mucosa, y el epiteloma, por el contrario, deriva de esta última. Ya desarrollado el neoplasma, se le ve formado por un estroma de tejido conjuntivo que aprisiona entre sus mallas las células cancerosas. El escirro es riquísimo en tejido conjuntivo; de ahí su dureza fibrosa: el medular es blando y tiene mucho jugo como lactescente, porque dominan los elementos celu-



lares característicos, y el coloides viene representado por un armazon laxo de tejido conjuntivo, con grandes huecos ó lagunas llenos de una sustancia amarillosa ó parda, que se parece á la gelatina y tambien á la cola de pescado cocida.

Macroscópicamente, el cáncer se presenta en forma de una masa, de aspectos muy diferentes. Puede formar verdadero tumor, más ó menos circunscrito, pequeño como una nuez ó grande como una naranja, ó puede afectar la forma de una infiltracion difusa, ámplia y sin límites bien precisos: en uno y otro caso la membrana mucosa está ingurgitada, con inyecciones amoratadas ó vinosas, con puntos hemorrágicos, depósitos pigmentarios de color de pizarra y una gran riqueza de vascularizacion arborescente. El cáncer escirroso resiste bastante la ulceracion, pero no así el encefaloideo; y en este caso, las úlceras cancerosas se distinguen por un fondo grisáceo sucio, ó en ocasiones sanguinolento, con algun manchon fungoso y cierta blandura de los tejidos y por unos bordes gruesos, irregulares, anfractuosos, reenversados y con vegetaciones.

El sitio predilecto para su desarrollo se encuentra en la pared posterior de la pequeña corvadura, cerca del píloro, pero puede cambiar su sitio, fijándose en el píloro mismo ó en el cardias, á modo de un anillo, más ó menos completo, ó de una gran banda longitudinal, ó puede emplazarse en las paredes (cáncer planiforme), dejando libres completamente los orificios. Cuando se desarrolla en el píloro, no ofrece tendencia á su propagacion hácia el duodeno; pero cuando el cardias queda interesado, frecuentemente se corre hácia el esófago. Si el cáncer determina una estenosis pilórica, se opera una gastro-ectasia consecutiva; si se afecta el cardias, se dilata el esófago, y el estómago, por el contrario, reduce su capacidad; pero en ambos casos la mucosa gástrica ofrece las lesiones del catarro. La neoplasia puede propagarse por todo el grosor de la víscera y, alcanzando la serosa, deter-

mina peritonitis circunscritas que adhieren el estómago á órganos circunvecinos, y de esta suerte, por verdadera continuidad de tejido, el cáncer se extiende al hígado, al colon transverso, al bazo, al páncreas y hasta á puntos más distantes, como la propia columna vertebral. Pero como es el estómago un órgano rico en vasos sanguíneos y en vasos linfáticos, es fácil el arrastre de materia cancerosa por esas vías y la propagacion del mal á las partes lejanas, sin que se trate entonces de un traspaso por verdadera continuidad: el desarrollo tardío y deuteropático del cáncer del mesenterio, de la peritonitis cancerosa generalizada, del neoplasma del pulmon, de los riñones, etc., atestiguan aquel hecho. Por último, en el cadáver se comprueban varias otras lesiones, no cancerosas, pero que son la natural secuela de una afeccion que sume al enfermo en la más profunda caquexia (degeneraciones grasosas y amiloideas, cardíacas y renales, tuberculosis pulmonar, osteomalacia, trombosis vasculares, etcétera).

**Sintomatología.** — Dista mucho de presentarse el cáncer del estómago en la clínica con esa uniformidad y precision de carácter apuntadas en muchos libros; antes, al contrario, los hechos se encargan de demostrar que es precisamente aquella enfermedad la que más suele apartarse de las descripciones clásicas. Para abarcar, pues, todo el conjunto de hechos, es preciso describir un tipo clásico de cáncer estomacal, y en seguida los tipos anómalos.

*Tipo clásico.* — Las primeras evoluciones del cáncer ofrecen escaso determinismo, y hasta podría inferirse que los síntomas iniciales no son ya dependientes de la produccion neoplásica, sino de determinados afectos morbosos, que á la larga facilitarán el desarrollo canceroso. Hablamos así porque muchas veces la anamnesis patológica arroja como dato la existencia antigua de una dispepsia, de una gastralgia rebelde ó de un catarro del estómago, siendo lo menos fre-

cuenta que el cáncer se inicie desde luego con su síndrome característico. Pero aunque así fuera, como al fin se trata de un proceso crónico que necesita un determinado período de tiempo para que sus lesiones adquieran un relieve capaz de ser apreciado por el clínico, se comprende que los primeros pasos del proceso han de ser siempre muy poco significados; por manera que, ora se trate de un cáncer que ya comienza siéndolo, ora se haga cuestión de un afecto canceroso que se ha ido ligando insensiblemente con lesiones gástricas más antiguas, siempre hay necesidad de aguardar un período de formal desenvolvimiento para que el cuadro clásico de síntomas pueda ser distinguido.

De todos modos, las primeras manifestaciones del mal consisten en dificultad digestiva. Los enfermos pierden el apetito, se ponen dispépticos, tienen tendencia al vómito de los materiales ingeridos ó vomitan ya decididamente; están también estípticos, y de este modo transcurre un período de tiempo, difícil de limitar, hasta que llega el caso de apreciar la enfermedad con su fisonomía propia.

Son tres los síntomas locales más característicos del cáncer: el tumor, el dolor y el vómito. — El tumor se presenta en forma de una masa aproximadamente ovóidea, de superficie un tanto desigual, dura y sensible á la presión, de dimensiones variables y con unos límites de demarcación que la mano que explora alcanza á apreciar, sobre todo si el canceroso está demacrado. A veces á simple vista, echado el enfermo en la cama y en decúbito supino, se descubre el tumor; pero en otros casos es preciso la intervención del tacto y hasta hay necesidad de colocar al enfermo en actitudes y decúbitos diferentes (decúbito supino, decúbito prono, en flexión del tronco, á gatas, de rodillas, de pié, etc.). El tumor forma relieve en la región epigástrica en la misma línea media ó un tanto á la derecha; mas en casos excepcionales aparece más abajo ó más á la izquierda. No sigue los movi-

mientos respiratorios del diafragma, á menos que sea muy grande ó que haya contraído adherencias hepáticas ú otras; pero en cambio se moviliza un poco con el j<sup>u</sup>go de los músculos abdominales, ó con la plenitud y vacuidad gástrica, ó á favor de nuestras manipulaciones. A veces, pulsa por propagacion á compás de la aorta abdominal, y si lo auscultamos, comprimiendo con alguna fuerza con la boca del estetóscopo, percibimos un ruido vascular : todo lo cual puede infundir una momentánea sospecha de aneurisma aórtico ó del tronco celíaco, pero que no tarda en borrarse si se tienen en cuenta los preceptos diagnósticos de los aneurismas abdominales.

El dolor del cáncer del estómago más suele caracterizarse por su continuidad que por su extremada violencia, al revés de lo que ocurre en la úlcera simple ; sin embargo, en algunos enfermos hemos apreciado crisis fuertes de gastralgia, como precursoras de los vómitos. El dolor no suele circunscribirse á una region limitada, antes al revés ocupa una gran zona é irradia á distancia, siendo frecuente cierta sensacion penosa de tirantez en ambos hipocondrios, ó una barra que oprime el epigástrico y todo el síngulo hipocondríaco, ó un ardor extendido por la totalidad del estómago ó hácia atrás y arriba en la region inter-escapular. Es frecuente tambien, aunque no constante, esa sensacion de lancetazo ó de alfilerazo al nivel del tumor y que algunos han querido dar como signo patognomónico de los cánceres. Nosotros creemos que no hay ningun dolor característico del cáncer del estómago, tanto que hasta puede faltar, como se verá en los tipos anómalos, pero que en cambio sus irradiaciones y su poca circunscripcion arguyen cierto carácter diagnóstico. El dolor no se presenta con igual intensidad durante todo el curso del mal, habiendo épocas acerbadas y períodos de relativa calma, lo cual puede depender de diversas modalidades en la evolucion del tumor, segun se compriman ó no los filetes

nerviosos, ó segun se inicie ó no un proceso ulcerativo : además, se aviva durante las digestiones.

El vómito constituye el tercero de los síntomas más constantes y son diversas las sustancias vomitadas. Es el más comun el alimenticio, que puede presentarse ya en el período inicial de la dolencia, siendo expulsados los materiales casi íntegros ó en estado de incompleta quimificación, ó hasta pútrido y descompuestos, segun el período de tiempo que han estado en depósito y segun el avance de las lesiones. Los vómitos alimenticios á veces suceden á cada ingestión, ó se presentan una vez en las veinticuatro horas ó cada dos, tres ó más dias, y son tanto más abundantes cuanto más tiempo transcurre entre uno y otro. Tales variantes, por regla general, vienen subordinadas al sitio del neoplasma y á la mayor ó menor excitabilidad refleja del estómago : así, cuando el cáncer radica en el píloro ó en su proximidad (caso el más comun), los vómitos son más abundantes y tardíos, porque la estenosis del píloro produce gastro-ectasia ; al paso que cuando es el cardias el lesionado, el esófago, aunque se dilate, devuelve con rapidez su contenido. Creen Van del Venden, Debove, Gomez de la Mata y otros, que esos vómitos ofrecen la característica de una pérdida absoluta de ácido clorhídrico, afirmacion negada á su vez por otros, al menos en el concepto de un hecho absoluto. — Otro vómito frecuente es el gleroso, matutino de ordinario, como en algunas gastritis crónicas. Tambien se observa el mucoso, turbio, súcio, como un limo, á veces de color de chocolate, espumoso y que no es raro contenga *sarcinas*. — El vómito acafetado tambien es comun en el cáncer, pero no es patognomónico como se había creído, ya que se le observa siempre y cuando se producen en el estómago pequeñas hemorragias susceptibles de una trasformacion molecular de los hematocitos. Este vómito se parece al poso de café ó á veces á la borra negra que esputan los enfermos de fiebre

amarilla, ó no tiene un matiz tan oscuro, asemejándose con bastante exactitud al vómito de los enfermos que acaban de tomar polvo de ipecacuana. — Por último, gracias al progreso del estado ulcerativo, ó en su caso á las varicosidades que serpean junto al neoplasma, se presentan gastrorragias y sustancias más ó menos abundantes; pero por excepcion se expelerá un líquido tan rojo, vivo, rutilante y cuantioso como en la úlcera simple del estómago.

A esos tres síntomas tan característicos del cáncer se agregan muchos más. Subsisten en la lengua los signos de un catarro; las dificultades de la digestion gástrica con eructos fétidos, van creciendo; el estreñimiento de vientre casi nunca falta, excepto en el período final, que se trueca en diarrea hasta lientérica, y es muy comun el desenvolvimiento de una dilatacion del estómago con sus síntomas característicos.

A todo eso el proceso de nutricion se desquicia profundamente y los enfermos enflaquecen con rapidez suma, sobre todo si no hay modo de contener los vómitos alimenticios ó de calmar el dolor, que por su continuidad va desgastando, como lima sorda, el organismo; así se ven enfermos que llegan á un extremo inverosímil de magrura y marasmo. A la par la pigmentacion de la piel se altera y es por ello, y tambien por los cambios acarreados en la sangre, que los enfermos ofrecen una piel apergaminada de un color *sui géneris*, amarillo de paja sucia, algo térreo y que llega á ser característico. La orina marca tambien el sello de una distrofia tan profunda, y á parte de un gran aumento del indican, ofrece disminucion de la urea y en algun caso vuélvese albuminosa. Siendo tanta la languidez y constituido ya el enfermo en verdadera caquexia cancerosa, presenta á ratos alguna ráfaga febril, pasajera, como lumbre que se apaga, contrastando con otros momentos de perfrigeracion de los extremos, y sólo faltan las ingurgitaciones ganglionares de las ingles, los edemas de los tobillos ó de la totalidad de los piés y piernas y

la ascitis para que quede redondeado el cuadro extremo precursor de la muerte. No obstante, alguna vez, y en período más prematuro, puede desarrollarse en una extremidad abdominal ó en ambas, ó en los brazos, una *flegmasía alba dolens*, con edema brusco y tenso, producto natural de un trombus venoso.

*Tipos anómalos.* — Sería muy larga la relacion de los cánceres del estómago que se apartan de su tipo normal, y por lo que á nosotros atañe, casi nos atreveríamos á decir que con más frecuencia se presentan en la clínica los casos anómalos que los que pueden exactamente ajustarse á las descripciones de los libros : indicaremos, pues, lo más principal respecto de este punto.

El tumor, tal como lo hemos descrito, puede ser sustituido por una masa aplanada (cáncer planiforme), vasta, sin límites precisos, lisa y que da al tacto la misma impresion que una esclerosis de la pared anterior del estómago.

El tumor puede faltar del todo á nuestra inspeccion por desarrollo del neoplasma en el cardias ó en la gran curvadura ó en la pared posterior, ó porque sea cual fuere su residencia, es bastante pequeño ó afecta la forma de una simple banda, y por consiguiente, es de imposible ó difícil palpacion.

El dolor puede ser nulo ó tan vago y remiso, que pierda del todo el carácter del dolor canceroso.

El síntoma vómito tambien puede ofrecerse desviado del tipo que hemos descrito. Los más constantes son el alimenticio y el gleroso; el que tiene más carácter, el acfetado y el más infrecuente el sanguíneo. Pero por anomalía, dice Dieulafoy que hay cánceres que muy prematuramente dan lugar á gastrorragias, cuando por la carencia de los demas síntomas no podría sospecharse siquiera la evolucion del neoplasma. Opuestamente á todo esto hay cánceres del estómago que durante toda su evolucion no determinan ninguna clase de vómito, anomalía que sólo es concebible cuando el neoplasma

no se desarrolla en los orificios del estómago, sino en sus paredes (hemos observado un caso de esta clase, con autopsia).

Se tendrá idea del extremo á que se llega en cuanto á anomalías, asegurando que hay cánceres del estómago sin vómitos, sin tumor y sin dolores, quedando reducido el cuadro morboso á inapetencia, anorexia, digestion penosa, pérdida de fuerzas, enflaquecimiento progresivo, tinte amarilloso de la piel, estado caquético y muerte.

**Curso y terminaciones.** — Si se tiene en cuenta el período durante el cual se han manifestado los síntomas propios del cáncer convendremos con la mayoría de los autores en que la enfermedad tiene una duracion que varía entre cinco á seis meses y dos á tres años, dependiendo este diverso trámite de las condiciones del tumor, segun sea escirroso ó encefaloide, ulcerado ó no ulcerado, grande ó pequeño, conforme ocupe ó no los orificios, ó tambien segun sea la resistencia individual. Pero no se olvide, para computar la duracion total del proceso, que hay cánceres que presentan un largo y silencioso preludeo, caracterizado por diversas enfermedades de estómago al parecer inocentes.

No hay más que una terminacion, próxima ó tardía, la muerte ; y á ella el enfermo es conducido por vías muy diferentes. Ora la persistencia de los vómitos alimenticios, ora las hemorragias, ya la viveza y tenacidad del dolor, ya los desórdenes intestinales : todo esto basta á aniquilar las fuerzas ; pero si se considera que el proceso canceroso se puede propagar á otras regiones, ampliando el cuadro de los sufrimientos ; que la enfermedad acarrea trastornos profundos de la nutricion y que hasta puede dar origen á enfermedades *intercurrentes* ~~terminantes~~ como la tuberculosis pulmonar, la pulmonía, etcétera, bien se echa de ver que pueden ser muy variados los orígenes de muerte. En cambio la perforacion del estómago, hecho tan posible en la úlcera simple, es por demás excepcional en el cáncer.



**Diagnóstico.**—Si el cáncer del estómago ofreciese siempre el tipo clásico que hemos descrito, sería muy diagnosticable; pero por desgracia, son tan frecuentes los tipos anómalos, que interesa el señalamiento de algunas reglas de conducta que nos lleven al diagnóstico, evitando confusiones entre esta enfermedad y muchas otras.

Es preferible formar juicio en virtud del conjunto de fenómenos y de la marcha total del proceso, que de la apreciación de síntomas aislados; porque hasta aquellos que parecen más característicos inducen á error. Así el tumor epigástrico se ha confundido á veces con un proceso del hígado, del bazo, del cólon, del peritoneo, y si bien los dos primeros pueden distinguirse por su mayor movilidad durante los actos respiratorios y los demás son más superficiales y más blandos, ocurrirían dudas muy fundadas si no se rectificase el concepto buscando nuevos datos independientes del tumor. Ya queda dicho en otro punto que el tumor canceroso puede remedar un aneurisma; pero aquí la confusión no es tan fácil, no sólo por el sitio, sino por la mayor dureza del neoplasma, y porque el cáncer no late *per se*, sino que se mueve por propagación, aparte de los demás síntomas de los aneurismas abdominales. ¿Y qué más falaz que el dolor, si en él queremos fundar juicio? Los mismos vómitos tampoco son patognomónicos, ni aun los acafetados, porque se producen iguales en otras gastropatías. Importa, pues, agrupar todos los síntomas y estudiar su desenvolvimiento, para ver si el proceso se amolda á lo que se sabe respecto del cáncer, y de esta manera, por una especie de exclusion, vamos acercándonos al diagnóstico.

A favor de este criterio veremos que la característica del cáncer del estómago consiste en ser una enfermedad que se desarrolla en una época determinada de la vida, al paso que las otras gastropatías no tienen tal privativa, por más que les convenga la ley general patogénica de que todos los pro-

cesos morbosos tienen una evolucion de tiempo, como la tienen de espacio ; en ser muchas veces una enfermedad hereditaria, en atacar rápida é intensamente el proceso nutritivo, en ofrecer una marcha recta hácia la agravacion ; en no sentir modificacion ninguna favorable con los planes terapéuticos hasta ahora establecidos y en ser mortal. Así, aunque se dé el caso de un cáncer gástrico sin tumor, sin dolor y sin vómito (signos característicos), si se observa que recae la enfermedad de estómago en personas de cuarenta á setenta años, que están dispépticas, que se van desnutriendo cada dia más y hasta desproporcionalmente á la cantidad de alimentos ingeridos ; que la piel se pinta de un color amarillo de paja ; que la orina marca una disminucion de urea, y que ningun recurso terapéutico realza las abatidas fuerzas, podremos, con grandes visos de verosimilitud inclinarnos al diagnóstico, y si á más de esto podemos descubrir, aunque no sea más que uno de los síntomas comunes del cáncer, el juicio quedará muy afianzado.

Ya queda dicho en otro punto, que se ha aducido por algunos un valor patognomónico á la falta de ácido clorhídrico en los materiales vomitados, por manera que si esta afirmacion resultase cierta, bastaría recoger alguna sustancia gástrica para formar concepto. Por desgracia el dato no es tan positivo como pretenden sus apologistas, porque no es verdad que aquél ácido falte constantemente, y aunque lo fuera tampoco sería peculiar del cáncer, porque en la degeneracion amiloidea del estómago y en alguna forma de gastritis crónica tambien puede desaparecer. De todas maneras, en caso de duda, no está de más la comprobacion, y para ello se procede de este modo, segun Debove : se filtran los líquidos recién vomitados y puestos en contacto del violeta de geniana (al 1 por 5000) toman un color azul, por débil que sea la cantidad de ácido muriático.

Así las cosas, es fácil convencerse de las diferencias que

existen entre el cáncer gástrico y varias otras enfermedades similares.

La estenosis degenerativa del último tercio del esófago y el cáncer del cardias sólo podrán distinguirse por medio del cateterismo, indicando la sonda que la estrechez está por encima del agujero superior del estómago. Pero si no se llega á la formación de un diagnóstico diferencial, ningún clínico se preocupará de ello, porque prácticamente y en el terreno de la terapéutica lo mismo importa un proceso que otro.

Los cánceres del cardias y del píloro pueden confundirse con las estenosis no degenerativas de los mismos puntos, porque en ambos casos se dificulta el paso de los materiales alimenticios, y los enfermos vomitan; pero en cambio, si no hay cancerismo, faltarán los vómitos acafetados, tal vez no haya dolor ninguno, no aparecerá el color característico del cáncer, no habrá ingurgitaciones ganglionares, ni flegmasia *alba-dolens*, aparte de que pueden desarrollarse en cualquiera edad, y á veces consta alguna causa que imprime carácter á la dolencia (sífilis, haber bebido un líquido cáustico, una brida procedente de la úlcera simple, etc.).

La gastritis crónica es enfermedad que permite la vida largos años; á menos que produzca frecuentes vómitos, tarda en desnutrir; ofrece remisiones notables á favor de un buen plan curativo; hasta es susceptible de curacion; evoluciona en cualquiera edad y en general reconoce una etiología bien manifiesta.

La úlcera simple del estómago es mucho más dolorosa y hemorrágica que el cáncer, no ofrece tumor ninguno, tiene focos de dolor circunscritos, determina color blanco en la piel y no amarillo, su curso es más largo, su marcha es paroxística, obedece á menudo al plan curativo, sobre todo á la dieta láctea; es más comun en el sexo femenino que en el masculino y se desarrolla ya en edad más temprana.

La gastralgia pura, aunque se haga rebelde, no lo será tanto que al menos no se calme con los narcóticos, y no va acompañada de ninguno de los otros síntomas anejos al cáncer. De todos modos, si la gastralgia no cede á los tratamientos comunes y si se presenta en la edad propia del cáncer, podrá hacerse sospechosa, porque en algun caso trás ella ha aparecido aquel proceso degenerativo.

El cáncer hepático se distinguirá del gástrico porque se acompaña de gran aumento de las líneas pleximétricas del hígado; porque el órgano forma relieve y verdadero tumor con abolladuras en el hipocondrio derecho por debajo de todo el reborde costal; porque es comun la ictericia esclerótica; porque toda la piel tiene un tinte más oscuro y como bronceado, y porque suele ser consecutivo á otras localizaciones del cáncer.

Aun menos podrá confundirse el cáncer del estómago con una abolladura cirrótica del lóbulo pequeño del hígado, porque la cirrosis cuando es muy circunscrita tarda en perturbar el proceso de nutrición, no matiza la piel de color de paja ni determina vómitos acafetados, y si es generalizada se diagnostica por la inspección directa del hígado, y da lugar muy pronto á una gran hidropesía peritoneal.

Hemos visto algun caso de tumor fibroso, linfoide ó flegmonoso del omento gastro-cólico, pero para distinguirlo del cáncer ha bastado reconocer la integridad del funcionalismo gástrico y la conservación del juego nutritivo general, aparte de los demás síntomas peculiares de cada caso.

También podrían ocurrir dudas con esas distrofias que determinan escapes por el riñon de diversos principios inmediatos y sustancias minerales: tales son la glucosuria, la albuminuria, la azoturia, la fosfaturia, etc. Es comun entonces observar una desnutrición y un aniquilamiento de fuerzas equiparables á los que el cáncer gástrico determina; pero cada una de estas enfermedades tiene su síndrome propio y basta la uroscopia para alejar toda duda.

**Pronóstico.** — No se conocen hasta ahora ejemplos de curacion del cáncer del estómago, y aunque la clínica quirúrgica ha querido dar á la médica una mano salvadora por medio de las gastrotomías, no ha llegado aún, en nuestro concepto, el momento feliz de acariciar esperanzas de éxito. El pronóstico, por tanto, debe hacerse mortal, y frente á un enfermo aquejado de aquella dolencia, no cabe más juicio de porvenir que preguntarse : si la duracion será corta ó larga; si la muerte ocurrirá por éste ó por aquél mecanismo.

**Terapéutica.** — Toda la farmacología ensayada para lograr la curacion del cáncer ha sido inútil y supondría una pérdida de tiempo por nuestra parte el solo recuerdo histórico de todas las tentativas que se han hecho. Sólo para confirmar una opinion de Eichhorst, diremos que los ensayos que hicimos años atrás con la corteza del *condurango*, nos demostraron su absoluta ineficacia, y sólo supimos reconocer en ella alguna virtud estomáquica, de la cual se puede sacar partido como tratamiento de paliacion en el cáncer y en otros afectos gástricos.

La cirujía moderna, cuyos progresos nunca serán bastante ensalzados, habiendo logrado hacer fáciles y relativamente benignas muchas intervenciones operatorias, particularmente las de laparotomía, se ha esforzado, en manos de Billroth y de otros que han seguido sus huellas, en intentar la extirpacion del cáncer del estómago, excindiendo las paredes de la víscera y suturándolas, del propio modo que se excinde y sutura el labio ó el escroto cancerados. Son varias ya las operaciones practicadas, pero no las ha coronado el éxito, si no entendemos por tal el acto operatorio en sí mismo, que ha sido brillante, sino los resultados definitivos que han sido nulos; y una cosa es extirpar la lesion y otra curar la enfermedad salvando al enfermo. Por otra parte, se comprende sin dificultad ninguna lo árduo de la empresa : el diagnóstico en muchos casos se establece con suma dificultad y aun es

más difícil en vida el conocimiento exacto del sitio del mal, de su extension y de las propagaciones que hayan podido establecerse más allá de la víscera, precisamente en una enfermedad cuya tendencia natural consiste en correrse, como un reguero de pólvora, por continuidad de tejido ó á lo largo de las vías linfáticas. Por manera que se ha de andar á tientas y sin saberse con antelacion, antes de abrir el abdomen é incindir las paredes del estómago, toda la magnitud del campo operatorio; y si entonces se encuentra el órgano adherido por el cancerismo al páncreas, al cólon ó á cualquiera otra de las vísceras circunvecinas, ó si se han infiltrado ya los ganglios del mesenterio, ¿qué se hace? ¿Se extirpa todo? ¿Se secciona una parte sólo por el bien parecer y para salvar el honor de la bandera? Nosotros entendemos que la mision del cirujano es muy otra; que debe ser humana ante todo y que no debe emprenderse un acto operatorio sin probabilidades de fortuna.

De todas maneras nosotros nos felicitamos de las tentativas hechas, por más que hayan sido desgraciadas, porque justificarán la intervencion quirúrgica respecto de otros procesos gástricos que caen de lleno dentro de la cirugía: los pólipos del estómago que han llegado á producir estenosis del píloro y gastro-ectasias consecutivas; los lipomas, los quistes, los miomas; tal vez las telangiectasias, cuando sean diagnosticables ó aunque para ello fuere preciso poner el estómago á descubierto, son lesiones de una mayor limitacion, más operables de consiguiente y sin ese sello terrible de reproductibilidad, que viene casi anejo á los cánceres viscerales.

Por tanto, hoy por hoy, la prudencia aconseja limitarse á un tratamiento puramente sintomático: 1.º Sosteniendo las fuerzas con alimentos de digestion fácil (leche, caldos, purés, yemas, gelatinas, extractos y jugos de carne) y con enemas alimenticios (de sangre desfribinada ó de peptonas). 2.º Calmando los vómitos con bebidas carbónicas naturales ó arti-

ficiales, con hielo, con ópio, con creosota, con bismuto, etc.  
 3.º Sosegando el dolor con los narcóticos, todos, y en primera línea, con las inyecciones de sales de morfina. Y 4.º, ocurriendo á todas las complicaciones que aparezcan, como gastrorragias, flegmasía *alba-dolens*, etc.

GASTRORRAGIA.—HEMORRAGIA DEL ESTÓMAGO.—  
HEMATEMESIS

Aunque esta hemorragia no constituye en rigor una enfermedad independiente, sino un síntoma de diversos afectos morbosos, es tal la frecuencia con que se ofrece, en ocasiones tal su gravedad, y son tantas y tan diversas las circunstancias físico-patológicas que la ponen en juego, que bien merece un capítulo aparte.

**Etiología.**— Para mayor claridad, dividiremos las causas de la gastrorragia en varios grupos :

1.º *Causas de acción directa.*— Traumatismo sobre la región gástrica ; penetración en el interior del estómago de cuerpos dislacerantes (horquillas, agujas, astillas, huesos : ejercicios de saltimbanquis, introduciendo en el estómago espadas, etc.) ; venenos cáusticos (ácido nítrico, sulfúrico, potasa, sosa, etc.).

2.º *Alteraciones vasculares.*— Varices y aneurismas de los vasos coronarios ; lesiones del tronco celiaco y de la vena porta ; enfermedades del hígado, del bazo, del ovario, del útero, del corazón y grandes vasos, y cuantas otras puedan producir directa ó indirectamente gran aumento de presión de la circulación gástrica.

3.º *Procesos ulcerativos.*— Gastritis ulcerosas, úlcera simple, cáncer del estómago.

4.º *Causas hemáticas.*— Escorbuto, hemofilia, fiebres tifoideas, tífus europeo, fiebre amarilla, paludismo, leucemia, uremia, atrofia aguda del hígado.