

81-7-A = N 16

812

Cáncer del Estómago. Ca 2537

Memoria



leída en la

Facultad de Medicina de Madrid

por

Ramón Giménez y García

aspirando

Al Grado de Doctor en dicha Facultad.

Marzo de 1884.



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5315396035

le 18519210
i 25551450

-1-
Como Gr.



Señores:

Es tan difícil como salir
todo lo airoso que yo deseara de la
crítica situación que me veo
colocado. Por un lado sin los cono-
cimientos científicos suficientes
para poder presentar un traba-
jo digno del sabio Tribunal á
quien tengo la honra de dirigir
la palabra, sin las observaciones
necesarias para poder aplicar
mis pequeños conocimientos cien-
tíficos y sentar sobre esta base

alguna conclusion práctica, y teniendo por otra que cumplir un deber reglamentario, mi ánimo se encuentra perplejo, mi indecision es grande, pero en medio de este temor que me asalta siento que una voz misteriosa emanada de mi conciencia me dice. "Siendo la medicina mas que ninguna otra, una ciencia de desenvolvimiento metódico, sucesivo y gradual, deber es del que se consagra á ella trabajar por su engrandecimiento, deber suyo es poner á contribucion, sus conocimientos, que si muy laudable y meritorio es

inventar algo nuevo y de utilidad,
tampoco deja de serlo el propagar
con fe y entusiasmo las doctrinas
que de nuestros maestros aprendimos.¹¹

Alentado por estas consideracio-
nes, alentado por mi amor al trabajo
y mi entusiasmo por la ciencia,
y confiando en que vuestra be-
nevolencia sabrá dispensarme
las muchas faltas de que este tra-
bajo adolece, me decido á dar es-
miembro partiendo del principio
que es un deber el que me obliga
y que si mis fuerzas son débiles
y mis conocimientos escasos, mi

voluntad es grande.

Buscando con afán en la ciencia Médica y quirúrgica un tema para mi trabajo, veo que se me presentan grandes tropiezos para su elección; hubiera querido cubrir mis escasos conocimientos con el velo de la novedad o la originalidad, lo cual hubiera sido digno de mayor alabanza; pero mis conocimientos ni mis méritos me autorizan para acometer tamaña empresa; hay sin embargo en las ciencias antropológicas puntos nunca bastante discutidos

temas que jamas pierden el interés, y que deben mirarse con respeto tanto para la discusion del teórico como para la observacion del práctico. El ilustrado Tribunal que va á tener la indulgencia de escucharme sabe que esto es verdad, no siendo necesario por esto que explique los móviles que me impulsan á tratar sobre "Algunas consideraciones sobre el cáncer del estómago y su tratamiento."

Genesis y etiologia - El cáncer del estómago es una de las

manifestaciones mas frecuentes de la diatesis cancerosa, solo le aventaja en frecuencia el cáncer del útero y de las mamas en la mujer.

En 8468 casos de autopsia recopilados por Brinton encontró 88 con carcinoma en el estómago, lo cual arroja una estadística de 1 p % de esta enfermedad. Sus causas son tan variadas como hipotéticas, ha bastado que en un enfermo puede existir una causa mas ó menos directa del mal, para que sin mas observaciones figure ya en el cuadro etiológico

de esta enfermedad. Sin embargo podemos dividir las en eficientes y ocasionales; entre las primeras como dice Jaccoud figura la pre disposicion, pues las demas causas no son mas que ocasionales que ponen en juego y localizan la diatesis. Como patrimonio es exclusivo de la edad, desarrolla se en la mujer desde los 40 años; en el hombre desde los 50, pero sin embargo se citan casos de haberse presentado en edad mas prematura. Astley Cooper cita el caso de un niño de 2 años y medio

con un encefaloides de ambos testículos. Lebert ha visto otro en el pulmon de un niño que no contaba mas que 4 meses; Berg, otro en el pancreas, y por último *isolator* asegura que cuanto se dice de la edad es solo aplicable al escirro pues el encefaloides se desarrolla con mas frecuencia en la juventud. Es mas frecuente en el hombre que en la mujer siendo como dice *Brinton* esta frecuencia casi doble hasta los 60 años.

La influencia atmosférica se ha tomado en consideracion por

algunos autores para el desarrollo de esta neoplasia, las estadísticas de Bruner, Bigler y Polk se demuestran que esta afección es rara en los países Orientales, (Perú, Turquía y Egipto,) mientras que castiga con frecuencia a los occidentales, (Italia, Francia y España)

La herencia es otra de las causas más admitidas por todos los autores, y que en esta afección según Lebert puede valerse en una sexta parte de los casos, la historia nos refiere que Napoleón el grande y una hermana suya murieron de cáncer del estómago heredado de su

padre. Hasta el temperamento
ha sido considerado como causa
que predispone a padecer esta
afecion, pues segun afirma
Chardel el temperamento
linfático es el terreno mas apro-
piado para el desarrollo de esta
neoplasia. El uso habitual
y sobre todo el exceso de los alco-
holicos tomados en ayunas, es
otra de las causas a la cual se
llam-Thomas concede mucha
importancia en su clinica.
Desarrollase con mas frecuencia
en la ciudad que en el campo

pues así como la tisis, parece seguir los progresos de la civilización y ataca por lo común según Bresh a las clases más acomodadas, aquellas que su alimentación es más nitrogenada, aunque esto no deja de ser más que una mera hipótesis, pues Siemeyer dice que suele presentarse con más frecuencia en los individuos de la clase pobre. También se ha afirmado que la gastritis crónica puede degenerar en cáncer, no obstante no existen pruebas suficientes para semejante afir-

macion, pues en estos casos puede haberse confundido con el tumor canceroso el engrosamiento inflamatorio de las paredes del estómago; podrá suceder que ambos afectos sean concomitantes, pero como dice Künze entre la gastritis crónica y el cancer no puede admitirse la relacion de causa a efecto. Tambien se citan que las profesiones pueden influir por su posicion en el desarrollo de esta neoplasia, y que las que mas predisponen a ello son aquellas que exigen una presion conti-

nuada sobre la region epigástrica,
 pero esto es muy problemático. Pue-
 den citarse como causas bastante
 frecuentes los disgustos prolongados,
 pasiones tristes, abuso en los pla-
 ceros venereos, trabajos intelec-
 tuales excesivos, vida sedentaria,
 excesos en el régimen supresion de
 algun flujo habitual; Frank, afir-
 ma que la retropulsion de los
 exantemas, es una de las causas
 principales de esta afecion, pe-
 ro Haccoud y Chiemejer creen que
 no está probado, que dicha causa
 puede ejercer influencia al-

guna en el desarrollo del cáncer del estómago.

El cáncer del estómago es generalmente primario, y Forster afirma no haber visto jamás uno secundario, ni aun en los cadáveres en los cuales todos los órganos estaban infiltrados de producciones cancerosas secundarias. Cuando se desarrolla secundariamente, se debe a la propagación de un cáncer situado bien en el hígado, intestinos ó ganglios inmediatos.

son las variedades de cáncer que frecuentemente se presentan en el estómago, el fibroide ó escirro, el medular ó encefaloides y el alveolar, coloides ó gelatiniforme. El escirro es de todas las formas cancerosas la que con mas frecuencia se desarrolla en el estómago, en 180 casos relatados por Brinton 130, eran escirros, lo cual arroja un 72 p.%, el sitio que ordinariamente ocupa es la region pilórica, despues el cardias, curvadura menor, siendo su asiento mas excepcional

en la curvadura mayor y gran fondo de saco del estomago. Segun las estadisticas de Brinton de 360 cáncers de la viscera gastrica 209 eran pilóricas.

Histologicamente hablando el escirro hallase formado de un estroma grueso y fibroso compuesto de tejido conetivo en abundancia, entre cuyas mayas deja alveolos estrechos ocupados por células de ordinario voluminosas, de marcha invasora, progresiva, pero de evolucion lenta. Su punto de partida en el

estómago suele ser la capa profunda de la mucosa, y especialmente el tejido conjuntivo submucoso que separa ambas capas, y rara vez la serosa, fuera de aquellos casos en que el tumor ha producido la perforación ó que viene propagándose de los órganos inmediatos. Presentase bajo la forma de nodosidades ó tubérculos aislados, ó bien de una infiltración difusa vinculada en el tejido submucoso, al cual da una consistencia verdaderamente lardacea

ó cartilaginosa, y de un color blanco mate. A veces sucede que en medio de esta infiltracion difusa aparecen nodosidades que por su crecimiento desigual, dan á la superficie del tumor un aspecto abollado; en un periodo mas avanzado de la lesion es atacada la mucosa á la cual reblandece y destruye por degeneracion grasosa, quedando desde entonces una superficie ulcerada de figura mas ó menos irregular y de contornos duros y callosos. En este periodo

no es difícil que al escirvo se aso-
cie el encefaloide, y que del fondo
de la úlcera escirrosa salgan fun-
gosidades encefaloideas, que por
su vascularidad no tardan en
ablandecerse y necrosarse. La
capa muscular se presenta al
principio hipertrofiada, y cuyo
espesor se encuentra triplicado
ó quintuplicado, pero luego se
atrofia y son destruidas las fi-
bras musculares, bien por la com-
presión que sobre ellas ejerce
el neoplasma, bien por su des-
trucción y sustitución por

elementos cancerosos. En su desarrollo se extiende por lo comun mas en el sentido vertical que en el horizontal, y cuando su asiento esta cercano a orificios afecta la forma anular, estrechando la luz del conducto de una manera mas ó menos considerable. La serosa se engruesa y pone opaca bajo la influencia de una peritonitis parcial en el sitio correspondiente á la lesion, y se suele cubrir de unas conerecciones que forman placas duras de

un color blanco de leche.

El cáncer medularo hayase formado por un estroma muy delgado y vascular, que circunscribe estensos alveolos ocupados por células voluminosas primitivas, esféricas, ó poliédicas, dispuestas sin orden é irregularmente implantadas á las paredes de los alveolos, que se desprenden con facilidad por hallarse simple unidas entre sí, y como muy rica esta neoplasia en jugo y en elementos vasculares, tiene una poderosa

tendencia a infectar el organismo. Presentase por lo comun naciendo del tejido submucoso, bajo la forma de nadosidades vegetales, y cuando se presenta bajo la forma de tumefacciones difusas son desde su origen mas blandas, su aspecto cerebriforme se asemejan a la pulpa cerebral, y al contarlas dejan exprimir en gran abundancia un jugo latescente denominado jugo canceroso. El encéfalo loides crece rapidamente, presentándose casi de una manera

constante como tumor periférico, estiéndese de ordinario por la superficie interna del estómago, y no ataca como el esirro á la capa muscular la cual en muchos casos se conserva intacta. En un periodo mas avanzado, se presenta en la superficie del cáncer encefaloideo un "proceso destructivo ulceroso de naturaleza pútrida", en parte determinado por la acción del jugo gástrico, y en parte por la degeneracione grasienta de las células can-

cerosas. Desorganizado en su centro este producto *neoplastico*, se transforma en una papilla nevrúrica, blanda y filamentososa mientras que las vegetaciones continúan proliferando en la periferia, dando lugar á una ulceración infundibuliforme, de bordes vegetantes, ransversados, y parecidos á pequeños pedarros de coliflor, y cuya ulceración puede en algunas ocasiones tener la estension de la palma de la mano, y ulcerando en su marcha invasora

algun vaso que encuentre dás
lugar á hemorragias, que por
lo comun son capilares.

El cáncér alveolar ó coloi-
des, se distingue en su estruc-
tura del escirro y encefaloide,
por el contenido gelatinoso de
los alveolos, resultando de
una degeneracion mucosa
de los elementos epitelicos.

Su origen es como los ante-
riores, en el tejido submucoso,
bajo la forma de una infil-
tracion difusa que hace apa-
recer al estómago como in-

filtrado por grandes masas
semifluidas, transparentes,
gelatiniformes y de compo-
sicion quimica indetermina-
dada. Cuando se presentan
bajo la forma de nodosidades,
suelen presentarse estas un vo-
lumen desde una lenteja á
una naranja, las paredes del
estómago se engrosan hasta
adquirir el grueso de media
pulgada y están rigidizadas, pues
por lo comun todas las tí-
nicas, incluso la serosa, son
atacadas por la degeneracion

cancerosa. Como el escirro tiene poca tendencia á la ulceracion, y cuando esto sucede nunca invade en estension.

Generalmente la degeneracion cancerosa se propaga á los órganos inmediatos y principalmente á los ganglios linfáticos, los cuales se encuentran tumefactos, el pancreas, hígado, epiploon y colon transversal, estableciéndose adherencias que fijan al estómago en una situacion inmóvil.

En casos menos felices la viscera gástrica es arrastrada por

28
el peso del tumor á un sitio mas
mas bajo del abdomen y aun has-
ta la sínfisis pubiana, no siendo
raro en este caso que entraiga
adherencias con los órganos de
la escavacion pelviana. Otras
veces estendiendose la ulceracion
hacia los órganos vecinos, da lu-
gar á comunicaciones anor-
males entre el estómago, hi-
gado, intestino y cuando lo hace
con el peritoneo, á derrame de
materiales alimenticios y
peritonitis consecutiva ra-
pidamente mortal. El cáncer

que ocupa el píloro ó sus contornos, ocasiona la estenosis del conducto, y en raras directas la dilatación del estómago. Otras veces la estenosis no es debida á la estrechez que el neoplasma pueda producir, sino á que adherencias viciosas dan lugar á flexiones angulosas que borran la luz del conducto. Cuando la neoplasia ocupa el cárdias, da lugar tambien á estenosis del orificio y consiguiente dilatación esofágica tambien en raras directas del grado de

estrechero.

El resto del estómago no ataca
de degeneraciones cancerosas,
hayase afectado de un estado ca-
tarral que se hace bastante in-
tenso en los contornos del ne-
oplasma.

Síntomas. Así como en la
etiología hemos visto la oscuridad
que reina, así los síntomas no son
nada de patognómicos. El
principio del mal suele ser
muy insidioso, pues mientras en
unos casos empieza de una

manera franca, en otros por el contrario no hay síntomas que nos puedan dar idea ni remota de la presencia de esta neoplasia. Enfermo hay en que la lesión puede pasar desapercibida toda la vida, hasta que la aúptosis viene a revelarnoslo, pero en estos casos latentes que por desgracia son los menos, el neoplasma ^{tiene} la forma de infiltración escirrosa en las paredes gástricas, y en el tejido conjuntivo celular que separa la capa mucosa de la submucosa y sin alteraciones del cárdias

ni del piloro. Estos enfermos no suelen tener anorexia en todo el curso del mal, y á lo mas una cierta repugnancia instintiva á determinados alimentos que suelen ocasionarles dolor. Otras veces el principio de esta enfermedad reviste la forma dispeptica, pero observase que en un periodo avanzado de la misma, se presenta un enflaquecimiento rápido, y un tinte caquético amarillo sucio con ligero edema al rededor de los maleolos. En estos casos el diagnóstico

lo tenemos que hacer de un modo probable y por exclusion, pues separado las enfermedades que pudieran explicar la caquexia y el marasmo, debemos sospechar en la existencia de un cáncer gástrico, que en raras ocasiones ocupa en el órgano, no da lugar á síntomas locales (dolor, vomito y tumor característico) sino que solo determina la caquexia propia de la diatesis cancerosa.

Por lo comun el cáncer del estómago se presenta de un

modo mas ruidoso, y con un cuadro sintomático mas preciso y difícil de desconocer.

El principio de la enfermedad, hayase caracterizado por síntomas dispepticos, como anorexia, digestiones difíciles y laboriosas, eructos agrios, pirosis, y acompañando estas alteraciones digestivas presentase un dolor bastante vivo, que limitado á una region determinada de la zona epigástrica es con frecuencias violento y molestísimo, y que afectando las formas de contusiva

lancinante, ó quemante, tiene correspondencia con el dorso irradiándose hacia el esternon, hacia el ombligo, ó hacia la region interscapular. dolor que es continuo pero que se espasma por la presión, por la ingestión de alimentos, pero que se diferencia del de la úlcera simple, en que no reviste la forma de accesos cardialgicos propios de esta, y que si por escepcion, lo hace, no presenta como en la úlcera intermisiones frecuentes, largas y completas. Segun Brinton

se presenta en 92 p% de los casos y la intensidad del mismo no depende segun Hamberger exclusivamente del tamaño del tumor y de la fusión pútrida, sino tambien de la compresión que la infiltración cancerosa ejerce sobre los filotes nerviosos por allí distribuidos.

Schultz cita un caso en que el dolor fué por largo tiempo la única manifestación de un cáncer gástrico.

Otro de los síntomas que con mas frecuencia se presenta

en el cáncer del estómago es el vómito. En el principio de la enfermedad, los vómitos no están constituidos por materiales sanguinolentos, suelen ser escasos, pero luego aumentan en cantidad y que verificándose por lo común por la mañana, se hayan constituidos por materiales glerosos y filamentosos, á cuyo sintoma Jaccoud concede gran importancia, cuando su presencia es en personas de edad avanzada y que no abusan de los alcohólicos. Algun

tiempo despues hayase cons-
tituido el vómito por mate-
riales alimenticios rodeados
de una gruesa capa de mucosi-
dades, de sabor ácido y amargo,
demostrándose entre estos vó-
mitos la presencia de sarci-
nas ventriculares. Suelen pre-
sentarse despues de las comidas,
verificándose con mayor ó me-
nor rapididad segun que la lesion
ocupe el cardia ó el píloro,
pues mientras en el primero
se presenta inmediatamente
despues de la comida y aun

en la misma comida, no perdiendo los alimentos ninguno de sus caracteres, en el segundo tardan tres ó cuatro horas en presentarse, es decir todo el tiempo que dura la digestión estomacal, y cuando la pasta quimosa es impelida por las potencias musculares del estómago hacia el píloro estrechado; saliendo los alimentos completamente modificados por la acción de los jugos gástricos, y de cuyo examen histológico no resulta la presen-

cia de elementos cancerosos,
pues estos pierden sus caracteres
por la descomposicion que sufren
en contacto de los jugos gástri-
cos. El vómito está con retacion
ó la frecuencia en razon directa
de la estenosis pilórica, pero
seria un exclusivismo atribuir
la causa única del vómito
á la estenosis, pues puede tam-
bien presentarse mecánica-
mente por inercia de la capa
muscular, cuando dilatada
ó invadida por la degeneracion
cancerosa, no tiene fuerza su-

ficiente para impulsar los materiales alimenticios hacia el duodeno, y sobreviniendo entonces un movimiento anti peristáltico que los empuja hacia el cardiac, verificándose el vómito por causa mecánica, por lo común muy copioso, pues no se verifica hasta que el estómago convertido en un estenso saco, se halla completamente repleto.

El vómito debido á la estenosis pilórica puede cesar momentáneamente en el curso del mal, siendo en este caso debido ha que

completamente reblandecido el tumor canceroso, los fungus que en el se asientan y que son causa de la estrechez, se reblandecen y disgregándose, son eliminados bien por vómitos, bien por cámaras, quedando por mas ó menos tiempo espedito el conducto pilórico para dar paso á un quimo profundamente alterado.

Coincidiendo con este síntoma se presenta otro de no menor importancia cual es el vomito negro, de sangre ó hematemesis. Este síntoma es bastante cons.

tante pero algunas veces pasa desapercibido para el Médico, ya por ser en pequeña cantidad, ya por ser eliminado el liquido sanguineo por medio de cámaras, síntoma á que los patólogos denominan melena. La hemorragia no suele tener el mismo origen, pues mientras antes de verificarse el reblandecimiento puede ser debida á la rotura de capilares ocasionada por la hiperemia, en cuyo caso suele ser poco abundante, pero que sin embargo suele suceder que

la hemorragia aun siendo capi-
 lar, se prolongue bastante tiempo
 para dejar anémico á un su-
 geto que ya tiene su sangre bas-
 tante alterada. También puede
 suceder, que interesando la de-
 generacion cancerosa á un
 tronco de mediano calibre, le
 ulcere dando lugar á una co-
 piosa gastrorragia que puede
 ser rapidamente mortal. En
 este periodo es cuando se pre-
 sentan los vómitos negros de co-
 lor de poso de café achocola-
 tados que han sido considerados

por muchos autores como caracte-
 rísticos, y que se hallan forma-
 dos por materiales alimenticios,
 y sangre descompuesta por la
 acción de la pepsina y los ácidos
 gástricos. Por último en algunos
 casos aunque raros se presentan
 vómitos estercoráceos que demues-
 tran evidentemente que existe
 una obstrucción intestinal. Peter
 explica este fenómeno en aquellos
 cánceres que ocupando la cor-
 vadura mayor ó plano ante-
 rior del estómago, pueden pro-
 pagarse al colon transversa

y producir estrechero intestinal,
 entonces puede verificarse una obli-
 teracion temporaria de los úl-
 timos tramos intestinales, obli-
 teracion de origen espasmódico,
 producido por el espasmo del pla-
 no muscular consecutivo á la
 irritacion, determinado por la
 estrechero parcial del conducto
 digestivo, produciendose en vir-
 tud de una ley constante que
 el susodicho clinico formula asi.

"Toda estrechero va acompa-
 ñada de espasmo."

En el principio de la enfermedad,

los enfermos sufren de estreñimiento pertinaz de vientre, síntoma que puede explicarse por la estenosis pilórica y por el movimiento antiperistáltico producido por el vomito. Cuando se presenta el periodo de reblandecimiento y disgregacion, se observa con bastante constancia la diarrea, que Brinton atribuye á la accion irritante que los elementos cancerosos y líquidos alterados ejercen sobre el intestino.

El síntoma mas importante

del cáncer gástrico y que desgraciadamente se presenta en lo más avanzado del curso patológico, es el tumor. Según Brinton, se presenta en el 80 p % de los casos, pero no obstante puede faltar en aquellos otros en que su asiento es el cardias, la curvadura menor, y pared posterior del estómago. No siempre se observa bajo la forma circunscrita, pues en el escirro y coloide se presenta bajo la forma infiltrada, con engrosamiento de las paredes que

aumentando la rigidez y que á la percusion se produce un sonido algo sordo pero timpánico, á la par que se siente una notable resistencia contra el dedo que percute. Este sonido puede variar segun el estado de replecion ó vacuidad de la viscera, siendo en el primer caso el sonido mate, y presentando en el segundo esa submatidez que puede servirnos para distinguirlo de un tumor hepático con quien pudiera confundirse. En la mayoría de casos se presenta un

verdadero tumor circunscrito,
cuyo volumen puede variar desde
el tamaño de un huevo de pichón
al del puño de la mano; notán-
dose con gran facilidad cuando
ocupa el plano anterior gran
convaduro y piloro. Ocupa
por lo general el hueso epigás-
trico, hipocondrio derecho ó de-
tras del musculo recto anterior
del mismo lado. Estas relacio-
nes topográficas se modifican
por completo en aquellos casos
en que el tumor no ha contraído
adherencias que conserven en su

posicion normal al estómago,
presentándose entonces en una
region mas inferior al abdomen
á causa de la dislocacion que
por su peso sufre la viscera
gástrica. El tumor está cons-
tituido, bien por una masa re-
donda dura y lisa, bien desi-
gual y sembrada de nodosi-
dades, mas ó menos volumino-
sas, fáciles de apreciar por la
palpacion, á causa de la de-
maeracion de la pared ab-
dominal, y poco sensible á
la presion. Cuando el estó-

magos no ha contraído adheren-
cias y el tumor es movable, pre-
séntase como flotando en la
cavidad abdominal explican-
do esta movilidad segun Bam-
berger, que el tumor sea perio-
dicamente accesible a la es-
ploracion, desapareciendo al-
gunas veces de un modo re-
pentino, pues puede ser dis-
locado de su sitio ya por la
mano del observador, ya por
las modificaciones topográ-
ficas que el estomago sufre
en el estado de vacuidad,

ó replecion. Sucede algunas veces que situado el tumor delante de algun tronco arterial, presenta latidos isócronos con el pulso, expansion que levanta el tumor situado delante de ella dejándole caer despues, pero que no debemos confundir nunca con el movimiento de expansion interior propio de los tumores vasculares, pues este sintoma nos evitará el confundirle con un aneurisma situado en dicha region. Por ultimo presentase para ser

rar el cuadro sintomático la
 caquicia cancerosa, caracte-
 rizada por el color amarillo
 terroso de la cara, que pronto
 estiende á todo el tegumento,
 y no se parece ni al de la iete-
 ricia, ni al de la caquicia pá-
 lidica, ni á las efélides y
 que nos hace presumir que el
 jugo canceroso absorbido por
 la red linfática, pasa á la
 sangre y en union de esta que
 ha sufrido una considerable
 disminucion globular, riega
 los tejidos comunicándoles ese

tinte amarillo que es mas pro-
nunciado en el enecefaloides que
en el escirro. El enfermo se en-
cuentra en un estado casi es-
queletico, sus pocas carnes se
encuentran blandas, á cuyo
signo concede Hüxham gran im-
portancia, pero que en otros
casos suele ser el resultado de
la vejez anticipada que se-
ñala Peter. Sus ojos suelen
tomar un tinte subicterico,
su cara está triste y sin es-
presion, y en algunas ocasiones
se observa el razo que Fadelot

considera como característico de las afeciones abdominales, las regiones mesentericas hallan se deprimidas, indicando que por lo menos ha disminuido la bola grasosa de Bichat, á que recurre el organismo cuando tiene que reparar grandes pérdidas. Como resultado de la infección general existen infartos ganglionares que por lo comun son claviculares, y que Virchow explica por la emigracion de células cancerosas desde los ganglios lin-

fáticos del estómago á los ganglios retroperitoneales, á los del mediastino posterior, y desde estos á los del cuello, presentándose un infarto duro que por su analogia con los infartos poliganglionares que resultan de la absorcion del virus sifilítico, ha sido denominado por algunos autores bubon canceroso y cuyo sintoma en algunas ocasiones, suele tener importancia para el diagnóstico. Ninguna enfermedad crónica ofrece un enfleque-

cimiento tan rápido y conti-
nuo como el cáncer; esta rápida
menqua de la nutricion acaba
por llegar al último grado de
marasmo; la pequenura del pul-
so indica lo debil de la impulsión
cardiaca, el abdomen hallase
deprimido ó dilatado por la
ascitis, y existen en las extre-
midades inferiores, edemas que
pueden ser originados por trom-
bosis ó caqueticos, y Croisacau
que murió víctima de esta afe-
cion señala como signo cierto
del carcinosma gástrico, la

aparicion en un brazo ó una
pierna, de una flegrmasia alba
dolens ocasionada por la obli-
teracion de la vena crural cor-
respondiente, y que indica que
la lentitud de la circulacion
á dado lugar á una coagulacion
en el interior.

Diagnóstico diferencial. — El
diagnóstico de esta afecion pa-
rece á primera vista muy sen-
cillo, pero existen casos en
que se nos ofrecen dificultades
casi insuperables. Cuando el
epigastrio se halla sensible

existen vómitos frecuentes, y salen mezclados con materiales parecidos al poso del café, percibiéndose además un tumor en el estómago; es claro que no podrá confundirse con facilidad con otras manifestaciones gástricas. Sin embargo hay ocasiones en que los síntomas hallanse de tal modo oscurecidos que nos hace dudar á primera vista, y solo después de una detenida observación es cuando llegamos á poder hacer un diagnóstico

preciso. Las afeciones gástricas que pudieran confundirse con el cáncer, son el catarro crónico, la gastralgia y sobre todo la úlcera simple. Voy a limitarme a hacer el diagnóstico diferencial entre estas dos afeciones últimas, pues existen casos en que se confunden ambas aun por verdaderas autoridades médicas. Siemeyer cita un caso célebre en que dos autoridades médicas Oppelber y Schelein no pudieron convenir en si existía un cáncer del

estomago ó una úlcera. Cornil afirma que cuando en la úlcera se presenta tumor el diagnóstico es casi imposible, y refiere un caso observado por él en la clínica de Gardien, en que creyéndose trataba de un cancer, practicada la oüptosia resultó ser una úlcera simple y una colección purulenta intraperitoneal contigua á la pared superior del estomago. Yo he tenido ocasion de observar un caso en el curso de 1881-á'82- en la clínica del Doctor Sanchez,

Ocaña en que diagnosticado de
cáncer por presentarse con tu-
mor epigástrico, melena y un
estado general muy parecido
a la caquesia, el tratamiento
instituido por nuestro ilustrado
Catedrático, nos reveló a pos-
teriori que se trataba de una
úlcera simple. Saccoud inter-
preta la presencia del tumor
en la úlcera, en que cuando esta
es antigua la base del infundi-
bulum no es lisa sino abollada
e indurada por una exudación
plástica en el tejido conju-

tivo submucoso, y cuyo engrosamiento tiene una consistencia lardacea que si bien al tacto no da la sensacion de un tumor redondo y circunscrito, presenta sin embargo una sensacion de durera anormal y la renitencia propia del cancer gástrico infiltrado. Puede suceder que la úlcera simple tenga su asiento cerca del piloro y la sangre derramada verifique por estar mas cerca su salida por este conducto en vez de hacerlo por el cárdias, substituyéndo

à la hématemesis ... la melenas,
 à no ser que siendo tan abundan-
 te la hemorragia obrando como
 cuerpo extraño provoque el vó-
 mito. Por último las hemorragias
 frecuentes, unido à la nutri-
 cion languida por la lesion de
 la viscera gástrica, pueden colo-
 car al enfermo en un estado
 de anémia que se asemeje à la
 caquexia propia del cancer.

Para haer el diagnóstico dife-
 rencial entre la úlcera y el
 cáncer del estómago tenemos
 que apoyarnos en varios datos.

Edad del sujeto. - El cáncer se presenta por lo comun en la vejez, la úlcera en la juventud, y edad adulta.

La duracion de la enfermedad; cuando la afecion dura muchos años puede creerse en la existencia de la úlcera, el cáncer tiene una duracion mas limitada.

La naturaleza del dolor que en la úlcera reviste la forma de accesos cardialgicos, mientras que en el cáncer esta forma es rara presentandose el dolor con

un tipo continuo y sin las intermisiones propias de la úlcera.

El caracter de la sangre arrojada, es otro de los datos que pueden servirnos para hacer el diagnostico; en el cáncer se presenta ésta descompuesta y del color del poso del café; mientras que en la úlcera las hematemesis son mas frecuentes y en mayor cantidad y no oscura sino roja y airada por la poca permanencia en el estómago.

La frecuencia ó ausencia del tumor es otro de los caracteres que

pueden servirnos para distinguir el cáncer de la úlcera, pues mientras que en el primero se presenta de una manera casi constante, en la úlcera son las excepciones.

Por último la caquexia es otro de los síntomas mas importantes para distinguir ambas afecciones, pues aunque en algunos casos de úlcera presenta el enfermo un estado de anemia tan pronunciado que dá al tegumento un tinte pálido cereo, nunca debemos confundirle con la caquexia cancerosa cuyo tinte

es característico.

Dos puntos principales tenemos todavía que resolver para hacer un diagnóstico preciso, estos son

- 1.º Diagnóstico del sitio del tumor
- 2.º Forma anatómica del mismo.

El cáncer del píloro lo diagnosticamos por el tumor que se le percibe siempre por la palpación, pues si se admite como dice *Siemeyer* como regla il que se presente un tumor en el cáncer del estómago, es por la frecuencia con que se observa en la región pilórica. Los

vómitos suelen presentarse á las tres ó cuatro horas de la ingestión de alimentos, es decir cuando termina la digestión estomacal y existe dilatación gástrica, en raras directa de la estenosis pilórica y que se acentúa en el periodo de actividad en la viscera por la formación y desprendimiento de gases. El cáncer del cardias se diagnostica por la ausencia de tumor, por que el síntoma mas acentuada es el obstáculo para la entrada de los alimentos en el estómago

que ocasiona dolor en la parte superior del estomago y que pasando al principio con dificultad los alimentos sólidos, mas tarde solamente es posible su entrada en un estado semilíquido, estos enfermos padecen comunmente polifagia y prolixidad y dá lugar á regurgitacion de los alimentos ó vomitos inmediatamente despues de la comida, y por medio del cateterismo se revela la existencia de una estrechez á la entrada del estómago y con dilatacion

esofágica por encima de la es-
trechez.

Cuando el cáncer ocupa la
pared anterior del estómago,
el tumor es perceptible por la
palpación, dándonos una sen-
sación especial de resistencia
en la región central del epigas-
tro, el catarro crónico predo-
mina con sus fenómenos de
anorexia, vómitos, pirosis, pro-
trando rápidamente á los enfermos.

Si ocupa la pared posterior
los vómitos son menos frecuentes
ó faltan, y el tumor no se

percibe á no ser que tenga un volumen considerable.

Respecto del diagnóstico de la forma anatómica solamente lo podemos hacer á posteriori por la duración del padecimiento, pues mientras el cancer medular su duración es de cinco ó seis meses, el coloides y escirra pueden durar uno ó varios años, la abundancia de las hematemesis así como la coqueyia tan profunda hacen sospechar en union de la marcha aguda de la afecion

la existencia del cáncer medular, el escirro y coloides ya tiene una marcha mas crónica pues con frecuencia suelen tener una duracion de dos ó tres años.

Pronóstico — Siempre se trata de una afecion muy grave, y maxime cuando su sitio es una viscera tan profunda como el estomago en que la intervencion quirúrgica sino imposible por lo menos es muy peligrosa. Se han citado terminaciones favorables del cáncer, mas ó menos ide-

ales, pero necesitan la confirmación de la ciencia, de manera que creo no pecando de exclusivista, que el cáncer del estómago es una afección incurable y la muerte su única terminación. Es por esto he de decir que este pronóstico es aplicable á todos los neoplasias de esta índole, pues en los cánceres externos, es decir en aquellos que están al alcance de la mano del Cirujano, la clínica nos demuestra lo contrario.

Concretándome á estos casos, creo que el cáncer es curable por que

en su principio es una afeccion
 local que separándola en tiempo
 oportuno de la economía, pueden
 evitarse los terribles efectos conse-
 cutivos de su malignidad. Si los
 épitos no son tantos como yo día
 esperarse sentado este principio,
 es por que los enfermos se suelen
 presentar á nosotros en un periodo
 avanzado de su enfermedad, ya
 existe infeccion local y al hacer
 su extirpacion no puede distinguirse
 á simple vista la célula pato-
 lógica de la normal ó fisiológica,
 y no llevando en los dedos un mi-

croscopio al operar para hacer esta distincion, nada tiene de extraño que con solo quedar una célula cancerosa, prolifere y de lugar á la reproduccion de una neoplasia de la misma naturaleza. Concretándome al cáncer del estómago, diré que la muerte sobreviene en la mayor parte de los casos, en medio de los síntomas de una consunción lenta, observándose en los últimos dias fenómenos de subdelirio y coma, disminuyendo segun Frerichs la cantidad de urea. Como

terminaciones mas ó menos acci-
dentales, tenemos á la peritonitis
sobre aguda por perforacion del
estómago. Tambien puede ter-
minar por hemorragias abun-
dantes que aceleren la este nu-
cion y produzcan la muerte
súbita. En fin puede terminar
por otras complicaciones mas ó
menos secundarias.

Tratamiento - El cura-
tivo no existe, la terapéutica
quirúrgica sino imposible es
muy peligrosa como he dicho.

no obstante se han citado casos de estirpacion de parte de la viscera gástrica atacada de degeneracion cancerosa, pero la cirujia conservadora propuesta enérgicamente contra estas temeridades, que no son autorizadas ni por el éxito obtenido, ni por los medios que en el estado actual dispone la ciencia, tanto para practicar semejante operacion, como para combatir las terribles complicaciones, que necesaria y fatalmente han de presentarse. No por esto

el médico debe desanimarse y
curar de brazos ante la perspu-
tiva de esta afección, pues siendo
el objeto de la medicina evitar las
enfermedades por la higiene, cu-
rarlas ó paliarlas cuando la
curación no es posible, el médico
interpretando este objeto debe
aprovechar los recursos que la
terapéutica higiénica y far-
macológica le brindan para
atenuar los síntomas de esta
terrible enfermedad, y hacer mas
compatible la vida del enfermo
con un proceso morboso que le

ocasiona tan grandes sufrimientos.

Viendo por lo tanto que la terapéutica higio-farmacológica puede algo, y no pudiendo combatir la indicación causal, tenemos que limitarnos como opinan Jaccoud, Chiemeys y otros distinguidos prácticos, á llenar indicaciones sintomáticas, á combatir hasta donde podemos aquellos dolores que mas atormentan al enfermo, á aquellos fenómenos alarmantes que mas amenazan su vida, y cuando venidos en esta lucha desigual

por el proceso morbozo, podremos tener tranquila la conciencia de haber cumplido con el deber de todo médico práctico.

Del dolor, del vómito, de las hematemesis, y la caquexia, nacen fuentes de indicaciones que debemos llenar con la mayor escrupulosidad. Antes de pasar mas adelante y tratándose de un proceso morbozo de marcha crónica, debemos dividir el tratamiento en dietético y farmacológico, pues ya sabemos la poderosa influencia que el régimen broma-

tológico ejerce sobre las enfermedades crónicas.

En el principio de la enfermedad aconsejan algunos prácticos entre ellos Künre, el uso de alimentos fuertes y nutritivos, debiendo darlos en forma semiliquida, pero bien pronto esta alimentación no es tolerada por el estómago, protestando contra ella por medio del vómito. En estos casos en que la irritabilidad es tan grande, el médico no debe dudar en establecer la dieta lactea. La leche por tener

en su composicion sustancias ni-
 trogenadas así como hidrocarbo-
 nadas y salinas, es uno de los
 alimentos mas completos, pudién-
 do substituir con ventaja a las
 demas alimentaciones por obrar
 en estos casos hasta como medi-
 camento. Si los grandes hechos
 científicos realizados en su vida
 por Cruvelhier, no fueran sufi-
 cientes para darle la justa cele-
 bridad científica que hoy tiene, bas-
 taria para ello el haber estable-
 cido como tratamiento curativo
 de la úlcera gástrica, la dieta

lactea, que otros prácticos generalizaron e introdujeron en la terapéutica del catarro crónico y cancer del estómago con satisfactorios resultados. La leche siendo un alimento casi completo la nutrición saca de ella todos los elementos de reparación orgánica; así nos lo demuestra el que el niño recién nacido, encuentra en ella todos los elementos de conservación desarrollo y hasta de formación de sus tejidos. Así pues el enfermo con la dieta lactea se nutre

lo suficiente hasta que se pueda establecer otro régimen misto.

Disminuye la función gástrica y no fatigando por su fácil digestión al estómago, cumplimos con la ley terapéutica "de colocar al órgano enfermo en estado de reposo." Disminuyendo los movimientos antiperistálticos del estómago, el vómito es menos frecuente, por esta misma razón suele disminuir el dolor que en los casos en que existen adherencias en parte es debido a la distensión que sufren

por los movimientos gástricos.

Carlos Richet cree que la leche por su alcalinidad disminuye la acidez de los jugos gástricos, e impide la fermentación láctica del contenido estomacal. Por todos los prácticos están conformes en la manera de su administración. Cruveilhier recomendaba una exclusiva dieta lactea debiendo tomarse la leche á cucharadas ya fues acabada de ordeñar ya hervida. Budd, asocia á la leche un poco de pan blanco, Künze y Semeyer creen que cuando

la acción de los jugos gástricos, predomina sobre los alcalis de la leche, se forman en el estómago gruesos coagulos haciendo que pierda sus condiciones de digestibilidad, y el primero de estos prácticos cree remediar este inconveniente asociando á la leche un poco de harina blanca de trigo. Sin embargo yo creo que la leche debe administrarse cruda pues por la cocción se la priva de una porcion de principios albuminosos que coagulándose hace que por esto pierda la leche parte de sus condiciones

de digestibilidad. Cuando la leche no es tolerada bien por la escasez de los jugos gástricos, bien por la repugnancia, que por el uso continuado de la misma, experimentan los enfermos, tenemos á nuestro alcance un medio de evitar ambos inconvenientes, pues asociándola á los alcalinos entre ellos el agua de cal á partes iguales, ó bien á las aguas minero-medicinales de base alcalina. Lo me estiendo en mas consideraciones sobre la dieta láctea, pues conocidos son de todos los beneficiosos

resultados que con ella se han obtenido.

Cuando la dieta lactea es soportada por algun tiempo y á disminuido la irritabilidad del estomago pueden emplearse los huevos frescos y batidos, carnes de facil digestion.

Siemeyer aconseja usar el extracto de malta de Trommer á cucharadas. Brinton empieera prescribiendo el caldo de merluza en esta clase de afeciones gástricas.

La cerveza buena, y el vino bueno y en particular el tinto, sienta bien á esta clase de enfermos.

Tratamiento farmacológico

Uno de los primeros síntomas que se presenta á la observacion del médico es el dolor. La terapéutica coloca en estos casos á nuestro alcance un grupo de medicamentos que se denominan calmantes ó anodinos. De entre estos el que generalmente se usa es el opio y sus preparados. Ahora bien, preferimos el opio á los demas, porque calma siempre el dolor sea cual fuera su causa, y esto no consiste en que disminuya siempre el mal, sino en que el cerebro pierde la aptitud de recibir la sensacion

dolorosa. No es necesario discutir aquí si el opio obra por el intermedio de las extremidades periféricas de los nervios, ó por absorción transmitiendo su acción al encéfalo por medio de la sangre, pues los preciosos experimentos de Monro; han demostrado esta última opinion.

Sin embargo como dice Trousseau la acción del opio sobre el sistema nervioso es mixta: aplicado localmente, embota la sensibilidad de los nervios de la parte sin influir sobre el cerebro, de manera que vemos que tiene una acción local.

Ahora bien, refiriendo la acción del opio á la viscera gástrica, vemos que disminuye los movimientos antiperistálticos, calma la excitabilidad gástrica como anestésico del estómago, de manera que admitida la patogenia espasmodica del dolor y del vómito calmaria el dolor y haria menos frecuente el vómito. La acción es tan rápida que al poco tiempo de introducir una dosis de morfina se observa ya cierto alivio que a veces desaparece completamente el dolor. Taksh dice que la acción

narcótica se presenta como por encanto. Los preparados mas comunmente usados son el extracto acuoso de opio y su alcaloide la morfina.

La belladona no se usa sino en aquellos casos que cita Peter en aquel dolor se asocia el espasmo, asociando entonces ambos medicamentos obtenemos satisfactorios resultados, pues por el opio calmamos el sintoma dolor y con la belladona combatimos el sintoma espasmo. El modo de administracion suele ser o la via gástrica, o la via hipodérmica, en inyecciones

subcutaneas del hidro-clorato de morfina. Suele con frecuencia que en estos enfermos despues de un uso mas ó menos largo del medicamento, se establece una tolerancia medicamentosa bastante grande, la dosis terapeutica no les produce alivio ya de los síntomas, necesitan otra mayor, de manera que el enfermo se hace realmente morfomano. Dejarlin-Deaume, no encuentra inconveniente en ello á no ser que estas personas tengan alguna lesion que lo contra indique.

Otro de los síntomas que por su tenacidad e importancia debemos combatir con preferencia es el vómito. Y digo tenacidad, por que en muchas ocasiones resiste á los medios mas energicamente empleados, su importancia es tan grande que mientras el enfermo vomita el enfermo no se cura, pues aun suponiendo que la lesion resida en el piloro, y que los alimentos tarden tres ó cuatro horas en espulsarse, tanto la experimentacion fisiologica como terapeutica nos han demos-

trado que la absorcion en estas vis-
ceras es muy pequeña, y por lo
tanto conduce al enfermo á ese
grado de debilidad y de marasmo
que es el término fatal de esas
enfermedades insidiosas llamadas
crónicas. Ahora bien, indicada
la importancia de este síntoma
que reclaman imperiosamente la
atención del médico, veamos los
medios que la terapéutica nos
presta para ello.

A la cabecera de todos tenemos
el opio, en el párrafo anterior
he dado la explicación de como

detiene el vómito por lo cual me evita el darla en este lugar. Solo diré que si al opio asociamos el subnitrate de Bismuto como aconseja Braves, obtendremos un doble resultado. El bismuto va a detener el vómito por acciones mecánicas, el opio le cohibe por acciones fisiológicas. Pero estos medios en ocasiones no nos sirven, y entonces recurriremos al hielo que administrado en pequeños pedacitos nos va a dar grandes resultados. El hielo obra por su temperatura, y siendo el frío

el tipo de los sedantes, produce por su administracion continuada una sedacion gástrica, sedacion que se traduce por el embotamiento de sensibilidad gástrica haciendola menos susceptible á la accion de los estímulos ó alimentos, paralizando la fibra muscular, disminuye la contractilidad evitando los movimientos antiperistálticos y cohibiendo el vómito por lo tanto. Cuando estos medios no nos sirven estamos autorizados para emplear la revulsion epigástrica bien

por los vegetatorios, bien por el aceite de croton ó la pomada estibiada, y en los casos mas tenaces, se puede administrar como aconseja Saccow y criarse la tintura del iodo ó el agua de crotona.

Las hematemesis es otro de los síntomas que mas atencions debe poner el médico en combatir siempre que se presenten. Algunas veces siendo capilares no requieren el empleo de ningun agente terapéutico á no ser que se prolonguen por mucho tiempo, pero otras veces interesan un tronco de mediano

calibre, y entonces es necesario inter-
 ervenir activamente. La tera-
 piutica astringente nos presta
 un poderoso concurso para ello;
 los astringentes ejercen sobre el
 aparato circulatorio del estó-
 mago, una acción mixta, bien
 sobre el tejido de fibra elástica
 de las arterias constriniéndole y
 disminuyendo la luz del vaso, bien
 sobre la misma sangre coagulan-
 do su parte plástica y formando
 tapones que obstruyendo la le-
 sion de continuidad del vaso
 imposibilitan la salida de sangre

y cohiben la hemorragia en ambos casos. Los primeros se llaman hemostáticos y los segundos hemoplásticos, ambas acciones podemos aprovecharlas según la indicación que hayamos de cumplir; entre los primeros tenemos el cornuculo de centeno que obra sobre la fibra lisa, y entre los segundos tenemos el percloruro de hierro al cual Quéke concede justamente gran importancia y que debemos darle en la proporción suficiente, pues si es escasa, obrará como

tónico reconstituyente directo.

Los astringentes obran sobre la circulación general, disminuyendo la fuerza y frecuencia de las contracciones cardiacas, disminuyen por lo tanto el calor y reunen de esta manera á la acción depresiva del sistema vascular, la de moderar el organismo de la parte donde se verifica la hemorragia, tanto por el endurecimiento fibroso de los tejidos, como por hacer á la sangre mas coagulable. Cuando estos medios no nos dan el resultado ape-

teido, podemos utilizar la acción sedante del frío por medio de la administración del hielo que obrará como precioso hemostático.

Por último cuando el enfermo ha llegado á ese grado de marasmo, cuando las funciones nutritivas funcionan con una languidez propia é incompatible con la vida, debemos siempre que se pueda, combatir esta atonía funcional, esta debilidad y adinamia consecutiva.

La medicación tónica en

general se hallará indicado en
 este caso. Pero sucede con harta
 frecuencia por desgracia que en
 este caso la intolerancia gástrica
 ha llegado al summun la mas
 pequeña cantidad de alimentos
 ingerida ocasiona vómitos pe-
 noros, los prácticos aconsejan en
 este caso alimentar al enfermo
 por la via intestinal por medio
 de enemas nutritivos. Esta
 práctica que procede del tiempo
 de Salerno y Celso, fué mas tar-
 de relegada al olvido mas in-
 justificado hasta que en 1819

Mor. Chevalier publicó una memoria en que daba reglas para su administracion, y recomendaba su estudio. Varias sustancias se han empleado con este objeto, siendo las mas comunes, el caldo, leche, albúmina, vino, sangre desfibrinada, etc. Dujardin Beaumery emplea en enemas los vómitos de los mismos enfermos á quienes hace comer carnes y sustancias albuminudas. Otros prácticos han empleado el quimo que fluye de una fístula gástrica artifi-

cial hecha en un perro. Por último en 1885, M^{or}. Defresne publica una serie de experimentos sobre el valor nutritivo de las peptonas, y su fácil absorción tanto por la vía gástrica como por la intestinal, de cuyos experimentos deduce que;

Las peptonas constituyen un nutrimento que no tiene necesidad de sufrir la acción de los jugos intestinales.

Pueden emplearse con ventaja para completar la nutrición, y evitar ó retardar la caída

fatal de las enfermedades crónicas. Las peptonas pueden en los casos graves sostener ó mantener al enfermo, ya se las administre por la boca ó por el recto.

Deben estar bien preparadas, filtrables y dializables, en cuyo caso no irritan y son susceptibles de absorberse muy pronto.

Cuando solo queda el recto, como vía de absorción, es bueno limpiarle con un enema de agua tibia, y después de la evacuación administrar dos ó tres cucharadas de peptona en 120 gramos

de agua tibia con cuatro gotas
de laudano.

Puede repetirse esta dosis tres ó
cuatro veces diarias, pues de esta
manera introduce 300 gramos de
carne y 40 de elementos hidrocar-
bonados, que constituyen la ración
de sostenimiento de un adulto. Para
terminar lo concerniente á la tera-
péutica del cáncer gástrico, ten-
go que mencionar las lociones
del estómago por la importancia
que tienen, y por los grandes resul-
tados que aun yo mismo he podido
apreciar en la clínica. Puesto en

práctica por Keussmal en Alemania en 1869 - y adoptada por la mayor parte de las clínicas y hospitales, fué mas tarde introducida en Francia por Leven. Grande importancia tiene este tratamiento en las enfermedades del estómago, pues hasta en la dispepsia que sobreviene en el curso de la tuberculosis pulmonar, podemos observar benéficos resultados. Pero donde las lociones del estómago encuentran el terreno de sus triunfos, es en los catarros ya sea agudo ó crónico, en la úlcera y aun relativamente en el cáncer del

estómago. Están indicadas eficazmente las lociones por que se oponen á la alteracion de los jugos gástricos y de tritus alimenticios que no han podido ser digeridos, dándoles salida é impidiendo de esta manera que por su estancacion irriten la mucosa enferma. Generalmente se empiezan haciendo la locion con agua comun que mas tarde se puede substituir con aguas alcalinas naturales que pueden ser las de Vichy, Karlsbad, etc, ó bien añadiendo al agua comun bicar-

bonato ó borato de sosa.

Entre los aparatos para el lavado del estómago tenemos la geringa de Collin y de Matheu el tubo de Plossy y de Fouchet.

Kusmal empleaba la bomba que se usa para la operación del empiema. Levee su aspirante impelente bomba estomacal. Solamente me limitaré á describir el tubo sifon de Fouchet por ser el único que he visto funcionar.

El aparato de Fouchet consiste en un tubo de goma con terminación olivar por un extremo, y un

embudo de metal por el otro. Se introduce como la sonda esofágica, cuidando de que quede fuera de la boca, mayor porción, que es fija por que en el tubo hay una raya circular que marca lo que se ha de introducir, y el mecanismo de este aparato como su nombre lo indica, es el mismo que el del sifon. Sentado el enfermo é introducido el tubo se vierte agua en el embudo teniendo cuidado de colocarle al nivel de la cabera del paciente. Una vez lleno el estómago, la extremidad externa del aparato se situa mas baja que

esta víscera, para que el tubo pueda obrar como sifón y se recoge el líquido extraído a fin de examinarlo; los alimentos no deben tomarse hasta pasado algun tiempo de la locion.

Las primeras veces la introduccion del tubo suele ser trabajosa, pero al poco tiempo los enfermos introducen ellos mismos el tubo sin ningun obstáculo. Se ha objetado que este método origina esofagitis traumáticas, hematemesis, etc, pero esto no se ha confirmado en la clinica donde por lo general se obtienen tan buenos resultados, que

hace preveer que el día que este más
todo llegue á su perfeccionamiento,
habrá adelantado mucho la tera-
peutica de las enfermedades gástricas.

De todo lo anteriormente expuesto se puede
lógicamente deducir:

1.º Que el cáncer encuentra en el estómago
un terreno muy apropiado para su evolu-
cion y desarrollo.

2.º Que se desarrolla en él primitiva-
mente muy raras veces ó nunca de una
manera secundaria

3.º Que su etiología en el estado actual
de la ciencia es puramente hipotética;
que no se puede invocar más que cierta
predisposición pues las demás causas no
obran de otra manera que poniendo
en juego y localizando este proceso

morboso.

4^o Que la edad avanzada y la vejez es la causa que mas predispone para la manifestacion de esta neoplasia.

5^o Que el escirso, el medular, o ene faloides y el alveolar o coloides, son las tres variedades histológicas de cáncer que con mas frecuencia se presentan en la viscera gástrica.

6^o Que el cáncer escirroso es el que comunmente se presenta siguiéndole en orden de frecuencia, el ene faloides, y por último el coloides o alveolar.

7^o Que estas tres variedades pueden presentarse o bien bajo la forma de tumor redondo y circunscrito, o bien bajo la forma de infiltracion difusa.

8^o Que su nacimiento casi siempre suele ser la capa submucosa del estómago.

9^o Que el sitio del estómago en que

comunmente se asienta esta lesion es en el piloro, despues el cardias, corradura menor, gran fondo de saco y pared anterior y posterior por orden de frecuencia.

10= Que con suma facilidad se propaga a los organos inmediatos produciendo o bien adherencias o bien perforaciones.

11= Que eschuyendo los casos latentes que por desgracia son muy raros, el cancer gástrico empiea siempre con síntomas diagnosticos bastante intensos.

12= Que en el dolor, el vomito, la hematemesis, el tumor epigástrico y la caquexia, pueden vincularse toda la sintomatologia de esta afeccion.

13= Que ninguno de los síntomas enunciados incluso el tumor epigástrico, pueden ser caracteristicos o patognomonicos.

del cáncer gástrico, pues pueden presentarse en otras afecciones de la misma víscera.

14- Que para hacer un diagnóstico preciso es necesario resolver los tres puntos siguientes, — 1º Diagnóstico diferencial del cáncer con otras afecciones gástricas con que pudiera confundirse y principalmente con la úlcera crónica, 2º diagnóstico del sitio asiento de la lesión en el estómago y 3º diagnóstico de la variedad, histológica del mismo.

15- Que para hacer el diagnóstico diferencial entre el cáncer gástrico y la úlcera perforante, hay que tomar como bases 1º la edad del sujeto, 2º la duración de la enfermedad, 3º la naturaleza del dolor, 4º el carácter de la sangre arrojada, 5º la presencia ó ausen-

sensibilidad del tumor y 6° la caquexia.

16= Para hacer el diagnóstico del sitio de la lesión, tenemos que fijarnos en el sitio del dolor, en que el tumor se encuentra o no accesible a la exploración, en el carácter de los vómitos, y en el tiempo que estos tardan en presentarse.

17= El diagnóstico de la variedad histológica solo podemos hacerlo ad-posteriori por la duración del padecimiento, a no ser que una infección muy rápida y hematemesis abundantes nos hagan presumir hipotéticamente, la presencia de un tumor muy vascular, rico en jugos y de evolución rápida, como sucede al encefaloide, pues el escirro y coloides son de marcha mas lenta.

por lo demas este diagnostico no tiene ninguna importancia para el tratamiento.

18 - El pronostico podemos calificarle de incurable y mortal en casi todos los casos.

19 - Que el tratamiento curativo no existe, y que no pudiendo combatir la indicacion causal tenemos que limitarnos a cumplir indicaciones sintomaticas.

20 - Que la terapeutica quirurgica es peligrosissima en esta afeccion, y que la terapeutica higio-farmacologica puede en la mayoria de casos disminuir la intensidad de los sistemas.

25 - Que el regimen bromatologico y principalmente la dieta lactea,

presta beneficios resultados en el
tratamiento paliativo de esta
afección,

22= Que las louciones gástricas ó
el lavatorio del estómago es uno de
los grandes métodos de tratamiento ins-
tituido recientemente con grandes éxitos
en todas las afecciones gástricas, y aun
relativamente en el cáncer del estómago,
lo cual nos ha a prevenir que el día que
este método llegue a su perfeccionamiento,
habrá dado un gran paso la terapéutica
de las afecciones gástricas.

23= Que el dolor, el vómito, las
hematemesis y la debilidad, son
las indicaciones que el médico debe
llenar escrupulosamente con los me-
dios que la terapéutica médica

le presta para ello, y á cuyo fin
deben ir encaminados todos sus
esfuerzos:



He dicho

Manon Jimenez y Garcia

A large, decorative flourish or signature in purple ink, consisting of several overlapping loops and curves.