



Año 1918

N. 3502

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Dis. B. 16.6

Sobre la sífilis del estómago

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

VICTOR MASTRONARDI

- Ex-practicante rentado del instituto Jenner (1913-14)
- Ex-practicante de cirugía por concurso de examen de Hospital de Niños (1915-16)
- Ex-practicante menor interno del Hospital J. A. Fernandez (1915-16)
- Ex-practicante mayor interno del Hospital J. A. Fernandez (1916-17)
- Ex-practicante mayor interno del Hospital Vecinal Las Heras (1917-18)



BUENOS AIRES
IMP BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151
1918

Sobre la sífilis del estómago



Año 1918

N. 3502

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Sobre la sífilis del estómago

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

VICTOR MASTRONARDI

Ex-practicante rentado del instituto Jenner (1913-14)

Ex-practicante de cirugía por concurso de examen de Hospital de Niños (1915-16)

Ex-practicante menor interno del Hospital J. A. Fernandez (1915-16)

Ex-practicante mayor interno del Hospital J. A. Fernandez (1916-17)

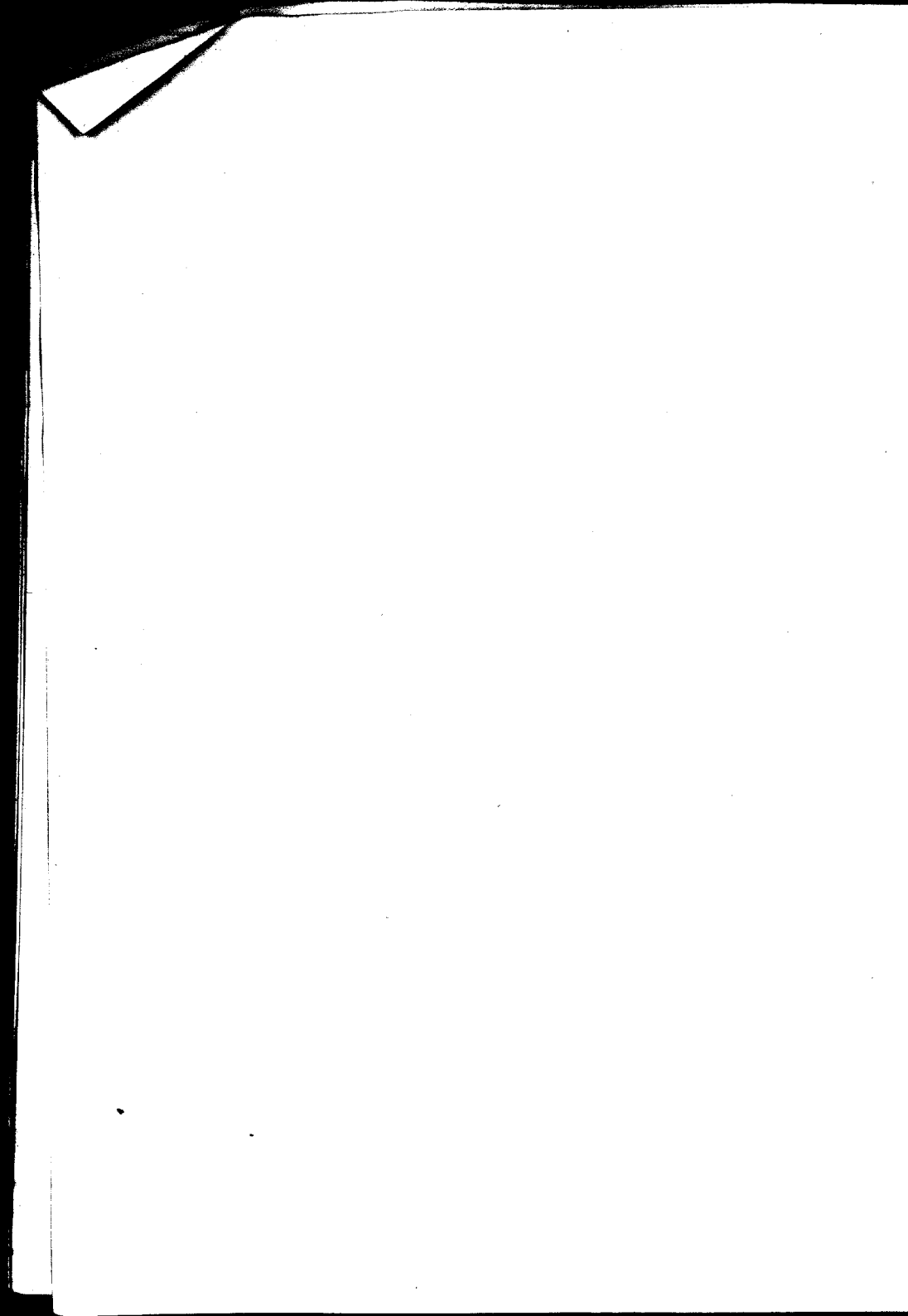
Ex-practicante mayor interno del Hospital Vecinal Las Heras (1917-18)



BUENOS AIRES

IMP BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151

1918



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSEJO DIRECTIVO

Decano interino

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Vice Decano

DR. D.

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)

» » DANIEL J. CRANWELL

» » CARLOS MALBRÁN

» » JOSÉ F. MOLINARI

» » MIGUEL PUIGGARI

» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

» » FANOR VELARDE

» » IGNACIO ALLENDE

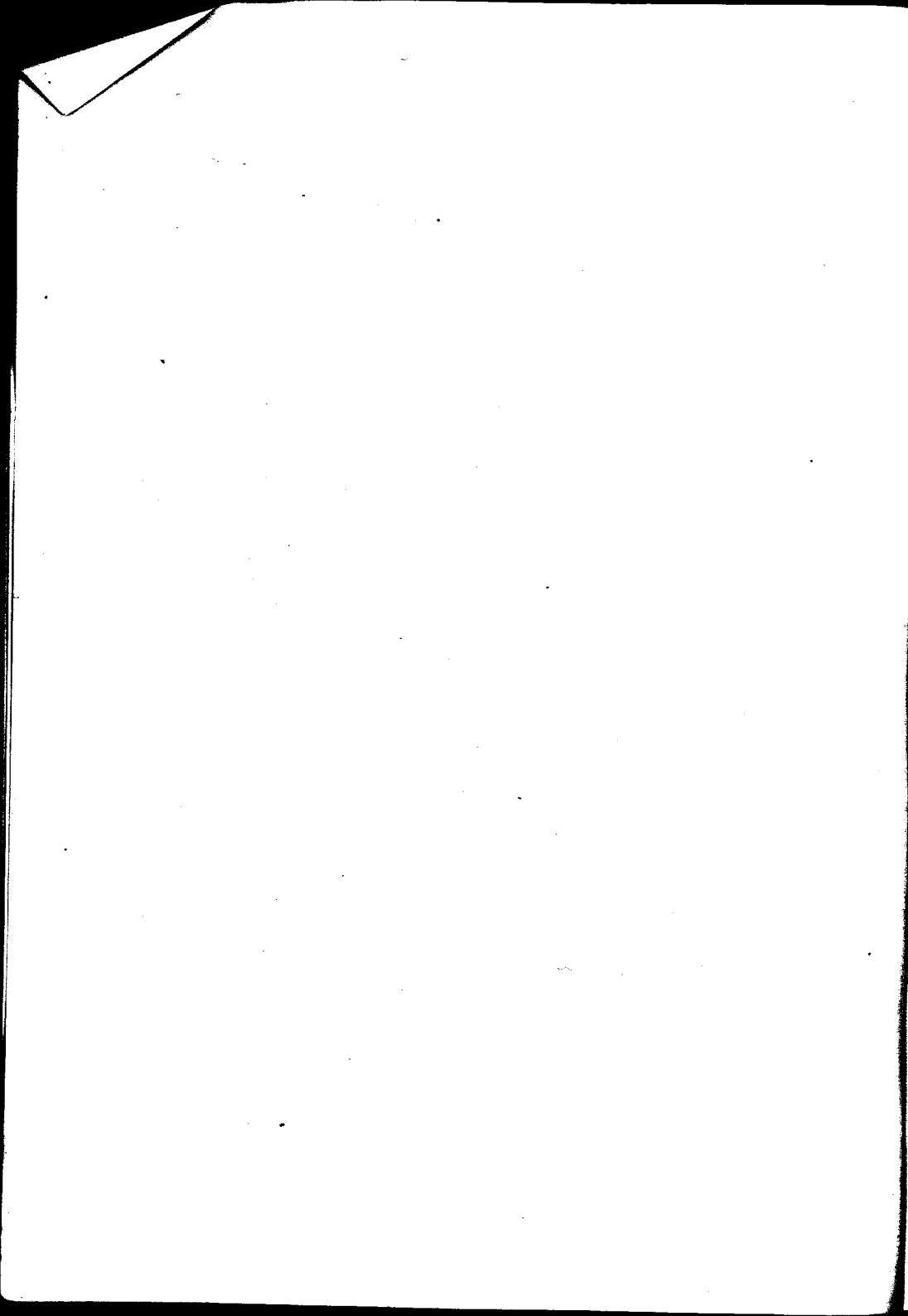
» » MARCELO VIÑAS

» » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. JORGE LEYRO DÍAZ

» » ADOLFO F. LANDÍVAR



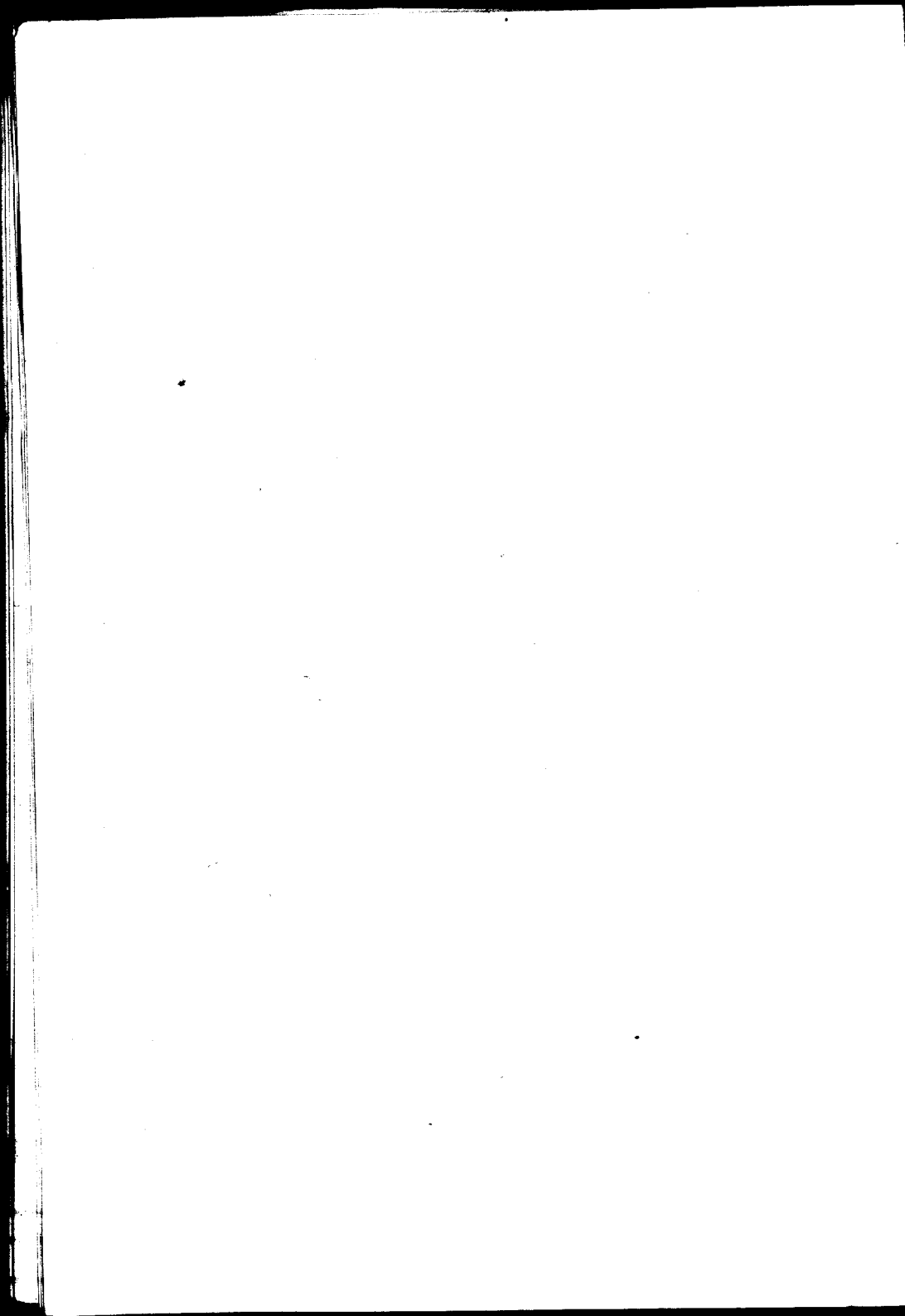
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



ACADEMIA DE MEDICINA

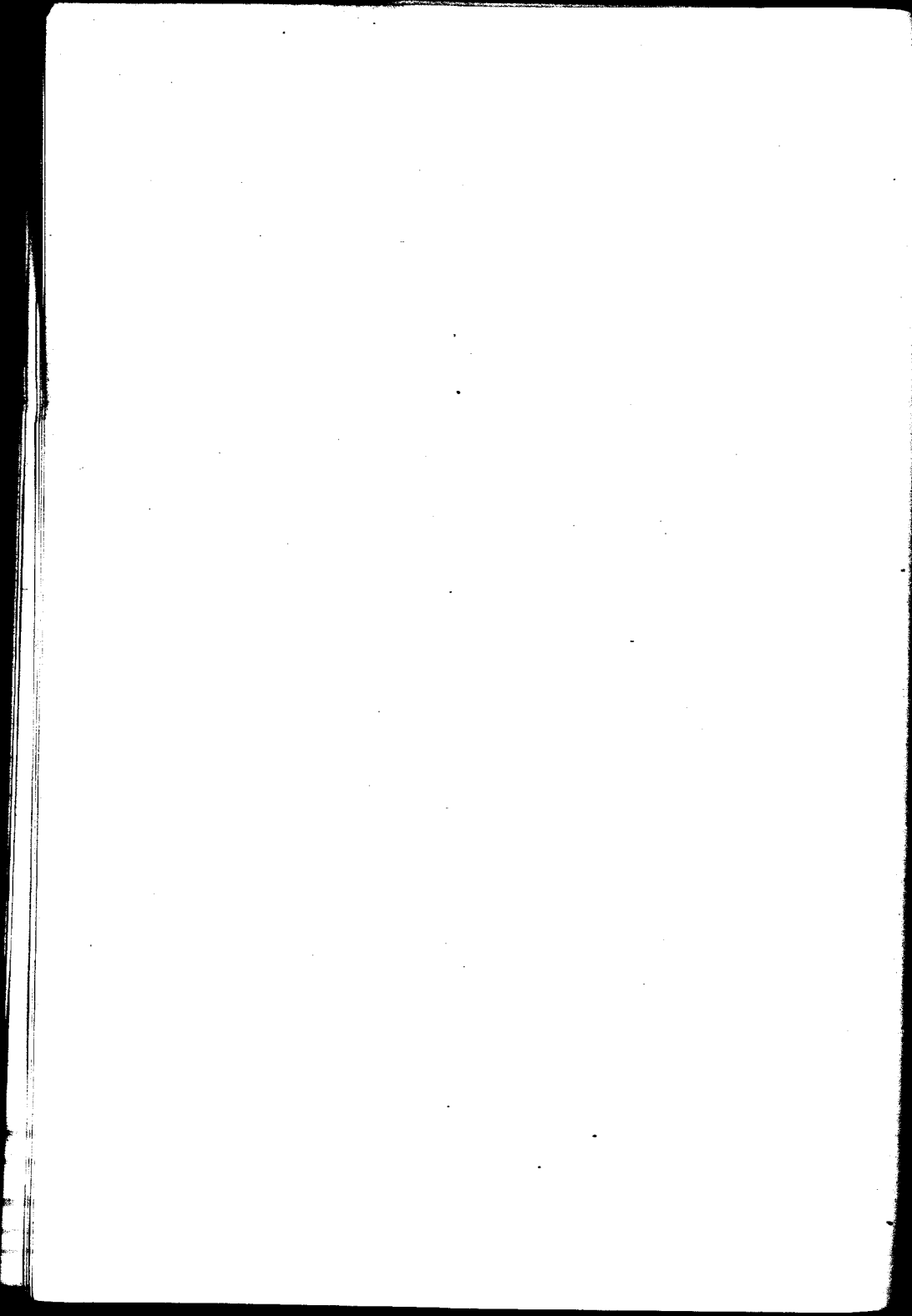
Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSSINI
2. » » EMILIO R. CONTI
3. » » OLBINDO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSIO DE CASTRO
6. » » CARLOS CHAGAS
7. » » MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Biológica	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
	» GREGORIO ARÁOZ ALFARO
Semiología y ejercicios clínicos	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» JOAQUÍN LLAMBÍAS
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clinica Dérmato-Sifilográfica.	» (Vacante).
Clinica Génito-urinaria.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORÁNS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
Clinica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Oftalmológica.....	» ENRIQUE B. DEMARÍA
	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» Vacante
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» Vacante
» Pediátrica.....	» (VACANTE)
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRÍQUEZ
Zoología »	» DANIEL J. GREENWAY
Histología normal.....	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
	» JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología.....	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	» FELIPE A. JUSTO
Clínica Dérmato-Sifilográfica..	« MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Patología externa.....	« CARLOS ROBERTSON LAVALLE
Patología Interna.....	« RICARDO COLÓN
Clínica oto-rino-laringológica..	» ELISEO V. SEGURA
Clínica Neurológica.....	» MARIANO ALURRALDE
	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Pediátrica.....	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» FRANCISCO LLOBET
Clínica Quirúrgica.....	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
	» JOSÉ T. BORDA
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» ARTURO ENRÍQUEZ
Clínica obstétrica.....	» ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Ginecológica	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING

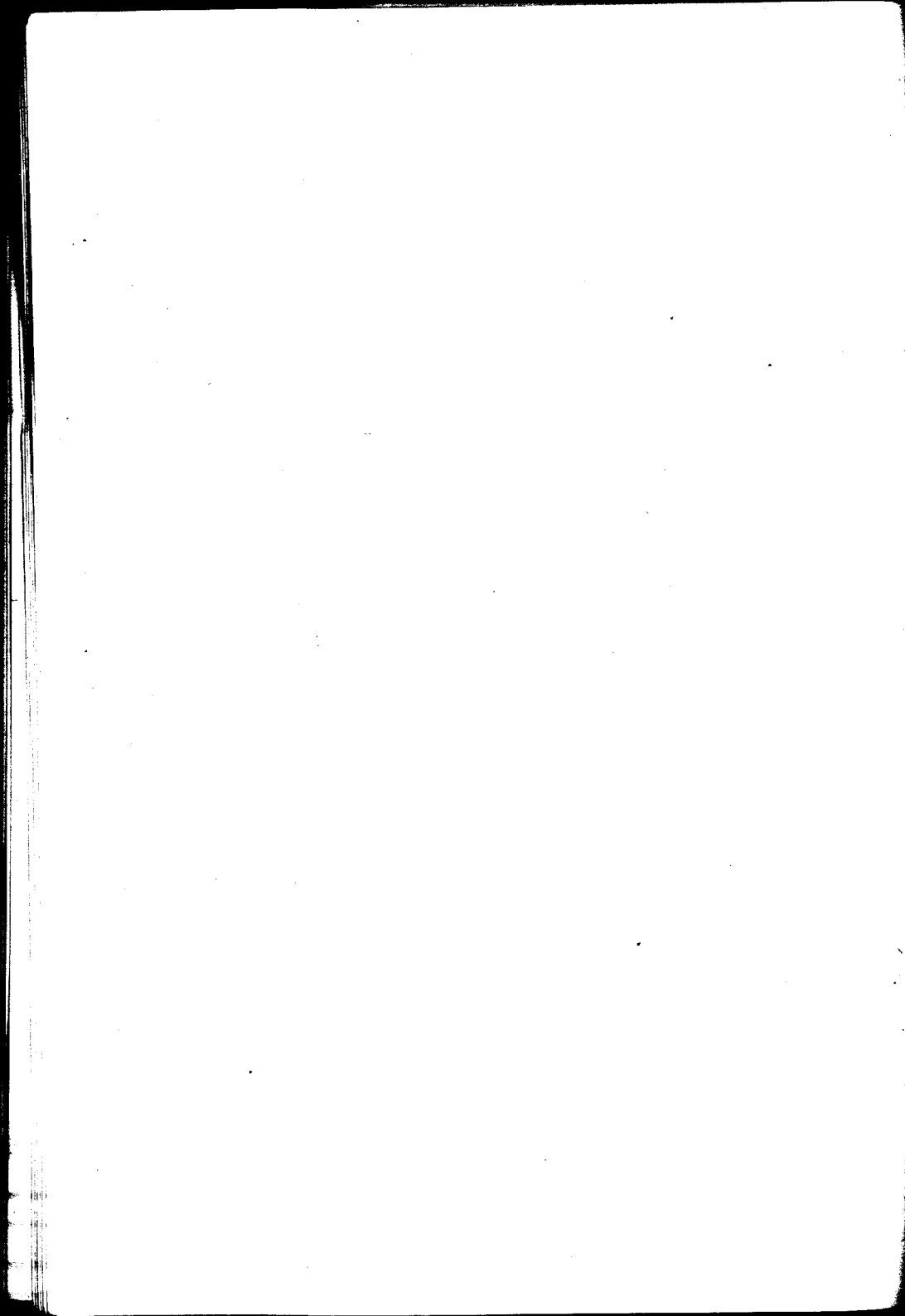


ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

<p>Zoología médica.....</p> <p>Anatomía descriptiva.....</p> <p>Fisiología general y humana.....</p> <p>Bacteriología.....</p> <p>Química Biológica.....</p> <p>Higiene Médica.....</p> <p>Femilogía y ejercicios clínicos.....</p> <p>Anatomía patológica.....</p> <p>Anatomía topográfica.....</p> <p>Materia médica y terapéutica.....</p> <p>Medicina operatoria.....</p> <p>Patología externa.....</p> <p>Clinica dermato-sifilográfica.....</p> <p style="padding-left: 20px;">• Génito urinaria.....</p> <p style="padding-left: 20px;">• epidemiológica.....</p> <p style="padding-left: 20px;">• oftalmológica.....</p> <p style="padding-left: 20px;">• oto-rino-laringológica.....</p> <p>Patología interna.....</p> <p>Clinica quirúrgica.....</p> <p style="padding-left: 20px;">• Neurológica.....</p> <p style="padding-left: 20px;">• Médica.....</p> <p style="padding-left: 20px;">• pediátrica.....</p> <p style="padding-left: 20px;">• ginecológica.....</p> <p style="padding-left: 20px;">• obstétrica.....</p> <p>Medicina legal.....</p> <p>Clinica Psiquiátrica.....</p> <p>Toxicología.....</p>	<p>DR. GUILLERMO SEEBER</p> <p>• SILVIO E. PARODI</p> <p>• EUGENIO GALLI</p> <p>• JUAN JOSÉ CIRIO</p> <p>• FRANCISCO ROPHILLE</p> <p>• FRANK L. SOLER</p> <p>• BENJAMÍN BOUSSEY</p> <p>• ROBERTO RIVAROLA</p> <p>• SALVADOR MAZZA</p> <p>• BENJAMÍN GALARCE</p> <p>• MANUEL V. CARBONELL</p> <p>• SANTIAGO M. COSTA</p> <p>• CARLOS BOSCHINO UDAONDO</p> <p>• ALFREDO VITÓN</p> <p>• PEDRO J. HARDROY</p> <p>• ANGEL H. ROTTO</p> <p>• PEDRO ELIZALDE</p> <p>• ANGEL E. SAN MARCÍN</p> <p>• JOSÉ MORENO</p> <p>• PEDRO CASTRO ESCALADA</p> <p>• ENRIQUE PINOCCHETTO</p> <p>• GUILLERMO BOSCH ARANA</p> <p>• GUILLERMO ZORRAQUÍN</p> <p>• FRANCISCO P. CASTRO</p> <p>• CASTELFOUR LUGONES</p> <p>• ENRIQUE M. OLIVIERI</p> <p>• ALEJANDRO CEVALLOS</p> <p>• NATAL LÓPEZ CROSS</p> <p>• NICOLÁS V. GREGO</p> <p>• PEDRO J. BALINA</p> <p>• JOAQUÍN CERRA</p> <p>• JOAQUÍN SÍN POSADAS</p> <p>• FERNANDO R. TORRES</p> <p>• FRANCISCO DESTEFANO</p> <p>• ANTONINO MARCO DEL POZ</p> <p>• DANIEL THAMBI</p> <p>• ADOLFO SOCRINI</p> <p>• RAÚL ARGENTARAZ</p> <p>• JUAN DE LA CRUZ CORREA</p> <p>• MARTÍN CASTRO ESCALADA</p> <p>• FELIPE J. BASAVILLASO</p> <p>• ANTONIO R. ZAMBRINI</p> <p>• ENRIQUE FERREIRA</p> <p>• DIEGONES MASSA</p> <p>• PEDRO LAHAQUE</p> <p>• LEONIDAS JORGE FACIO</p> <p>• PABLO M. BARBARO</p> <p>• EDUARDO MARIÑO</p> <p>• ARMANDO R. MAROTTA</p> <p>• LUIS A. TAMINI</p> <p>• MIGUEL SUSSINI</p> <p>• ROBERTO SELLÉ</p> <p>• PEDRO CHILIBO</p> <p>• JOSÉ M. JORGE (Hijo)</p> <p>• OSCAR COPELLO</p> <p>• ADOLFO P. LANDIVAR</p> <p>• JORGE DEYRO BÍAZ</p> <p>• ANTONIO R. CELESTIA</p> <p>• TOMÁS E. KENNY</p> <p>• GUILLERMO VALDÉS (Hijo)</p> <p>• VICENTE DIMITHI</p> <p>• ROMULO H. CHILATTO</p> <p>• JUAN JOSÉ VIDON</p> <p>• PABLO J. MOISSALINE</p> <p>• RAFAEL A. BILIRICH</p> <p>• IGNACIO IMAZ</p> <p>• PEDRO ESTEBAN</p> <p>• MARIANO R. CASTEX</p> <p>• PEDRO J. GARCÍA</p> <p>• JOSÉ DESTEFANO</p> <p>• JUAN R. GOYENA</p> <p>• JUAN JACOBO SPANGENBERG</p> <p>• TELLO MARTINI</p> <p>• CÉSARDO CASTRO MAYER</p> <p>• GERARDO RISTO</p> <p>• PEDRO DE ELIZALDE</p> <p>• FERNANDO SURWEILER</p> <p>• JUAN CARLOS NAVARRO</p> <p>• JAMME SALVADOR</p> <p>• TORIBIO PICARRO</p> <p>• CARLOS R. CIRIO</p> <p>• OSVALDO L. FORTABO</p> <p>• JULIO BIRIBARNE</p> <p>• CARLOS ALBERTO CASTAÑO</p> <p>• FAUSTINO J. TRONGÉ</p> <p>• JUAN R. GONZÁLEZ</p> <p>• JEAN C. BISSO DOMÍNGUEZ</p> <p>• JUAN A. GABASTOUE</p> <p>• ENRIQUE A. BORRO</p> <p>• JOSÉ A. BERUPE</p> <p>• NIPANOR PALACIOS COSTA</p> <p>• VICTORIO MONTEVERDE</p> <p>• TOMÁS A. CHAMORRO</p> <p>• DOMINGO BARRA</p> <p>• JOAQUÍN V. GREGO</p> <p>• JAVIER BRANDAN</p> <p>• ANTONIO PODESTÀ</p> <p>• AMABLE JONES</p> <p>• ALFREDO BUZZO</p>
--	---



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc..... DR. J. C. LLAMES MASSINI

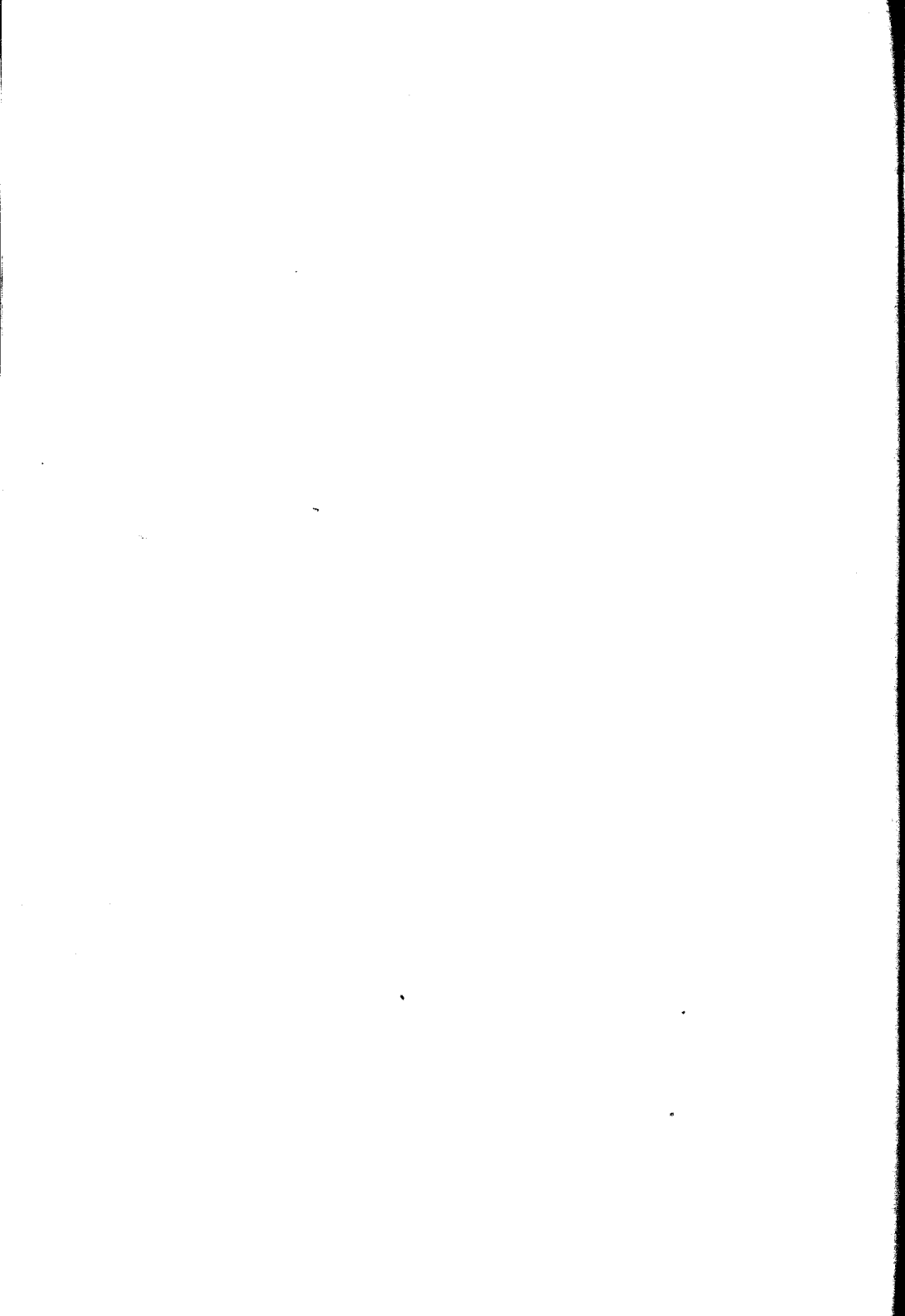
Segundo año:

Parto fisiológico..... DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica obstétrica DR. FANOR VELARDE

Puericultura..... DR. UBALDO FERNÁNDEZ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general.—Anatomía y Fisiología comparadas.....
 Física farmacéutica.....
 Química farmacéutica inorgánica...
 Botánica y Micrografía vegetal....
 Química farmacéutica orgánica.....
 Técnica farmacéutica (1er curso)...
 Higiene, Ética y Legislación.....
 Química analítica general.....
 Farmacognosia especial.....
 Técnica farmacéutica (2º. curso)...

Catedráticos titulares

Dr. ANGEL GALLARDO
 » JULIO J. GATTI
 » MIGUEL PUIGGARI
 » ADOLFO MUJICA
 (Vacante)
 » J. MANUEL IRIZAR
 » RICARDO SCHATZ
 » FRANCISCO P. LAVALLE
 Sr. JUAN A. DOMÍNGUEZ
 Dr. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas

Zoología general—Anatomía y fisiologías comparadas.....
 Física farmacéutica.....
 Química farmacéutica inorgánica... }
 Botánica y Micrografía vegetal.... }
 Química farmacéutica orgánica..... }
 Técnica farmacéutica..... }
 Química analítica general.....
 Farmacognosia especial.....

Catedráticos sustitutos

Sr. ANGEL BIANCHI LISCIETTI
 Dr. TOMÁS J. RUMI
 » ANGEL SABATINI
 Sr. EMILIO M. FLORES
 » ILDEFONSO C. VATTUONE
 » PEDRO J. MÉSIGOS
 Dr. LUIS GUGLIALEMELLI
 Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA
 » PASCUAL CORTI
 » CLEOFÉ CROCCO
 Dr. JUAN A. SANCHEZ
 Sr. OSCAR MIALOCK

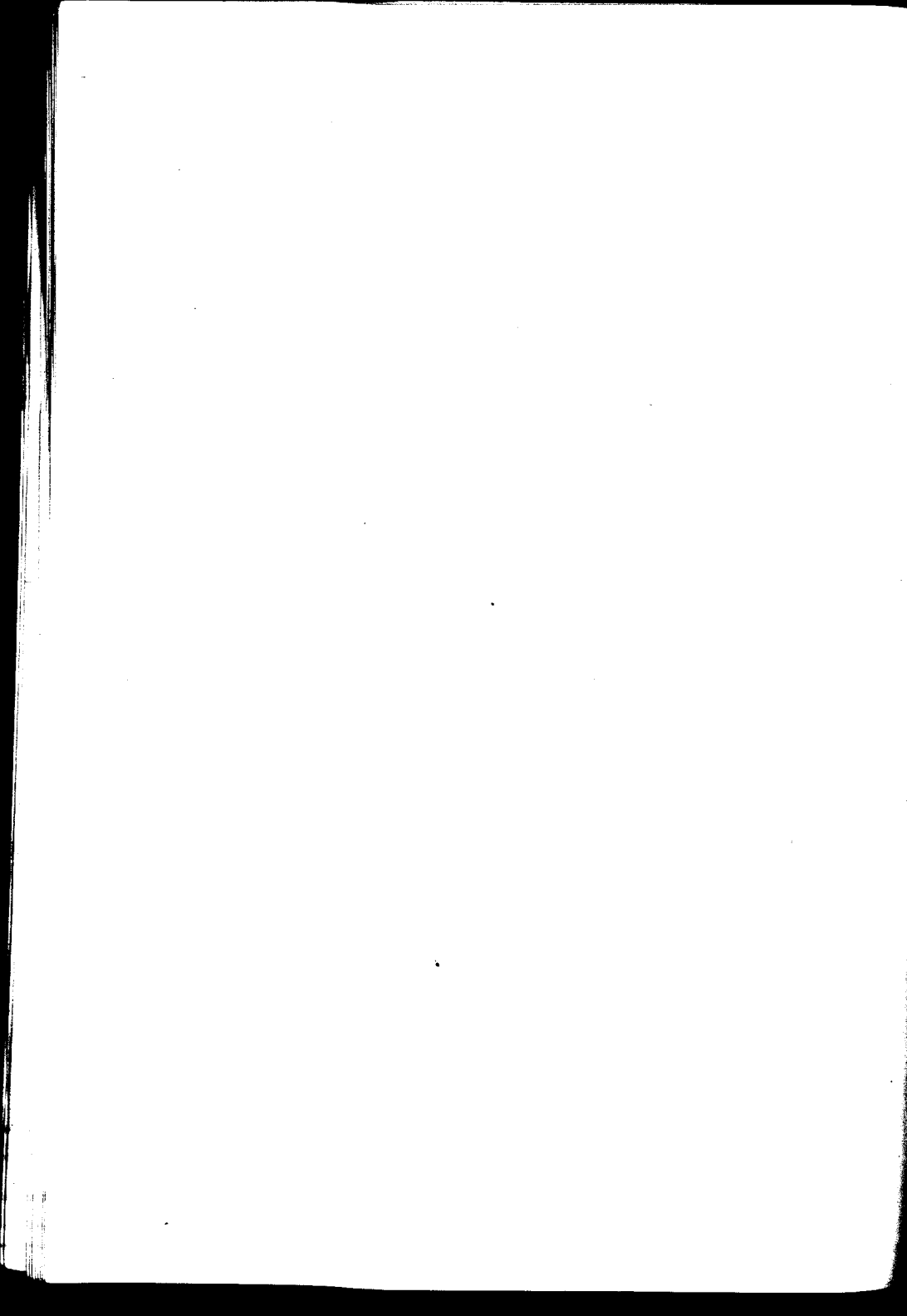
DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas

Complementos de Matemáticas.....
 Mineralogía y Geología.....
 Botánica (2. Curso) Bibliografía botánica argentina.....
 Química analítica aplicada (Medicamentos).....
 Química biológica.....
 Química analítica aplicada (Bromatología).....
 Física general.....
 Bacteriología.....
 Toxicología y Química legal.....

Catedráticos titulares

— — —
 — — —
 — — —
 Dr. JUAN A. SANCHEZ (supl. en ejercicio)
 » PEDRO J. PANDO
 — — —
 — — —
 » CARLOS MALBRÁN
 » JUAN B. SEÑORANS

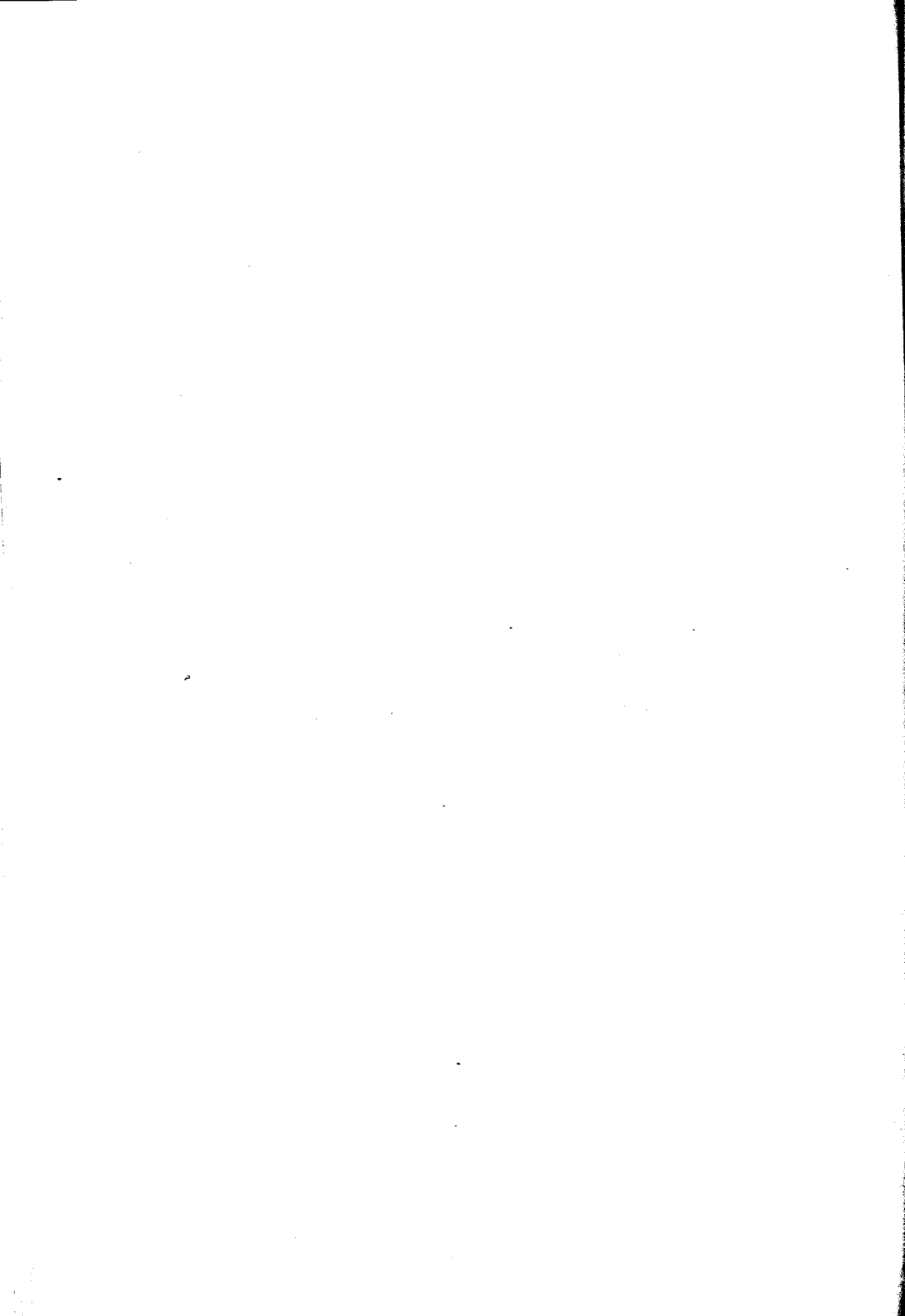


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUSQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» N. ETCHEPAREKBORDA
Prótesis dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos sustitutos

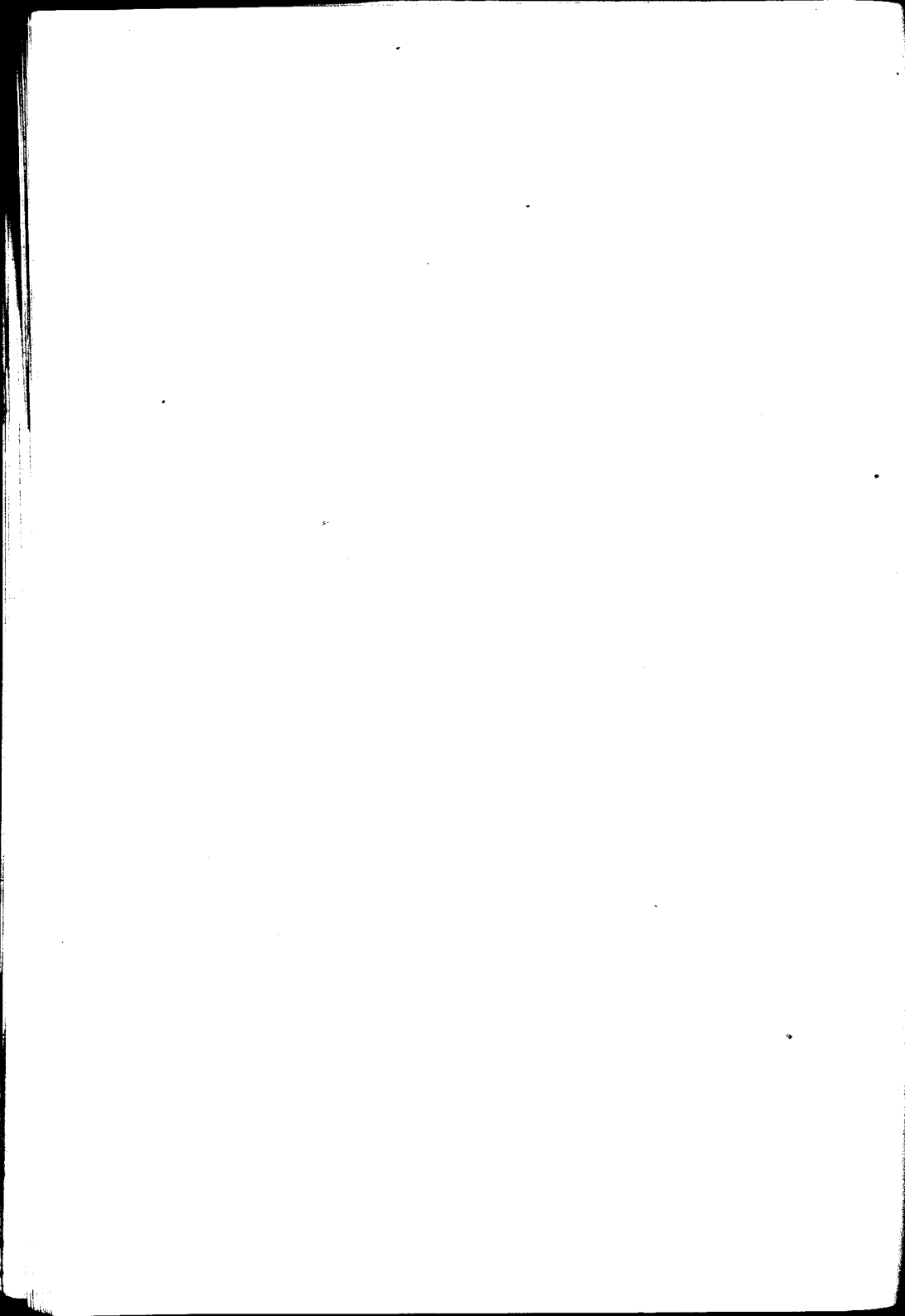
- DR. ALEJANDRO CABANNE
- » TOMAS S. VARELA (2º año)
- SR. JUAN U. CARREA (Prótesis)
- » CORIOLANO BREA (»)
 - » CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)



PADRINO DE TESIS:

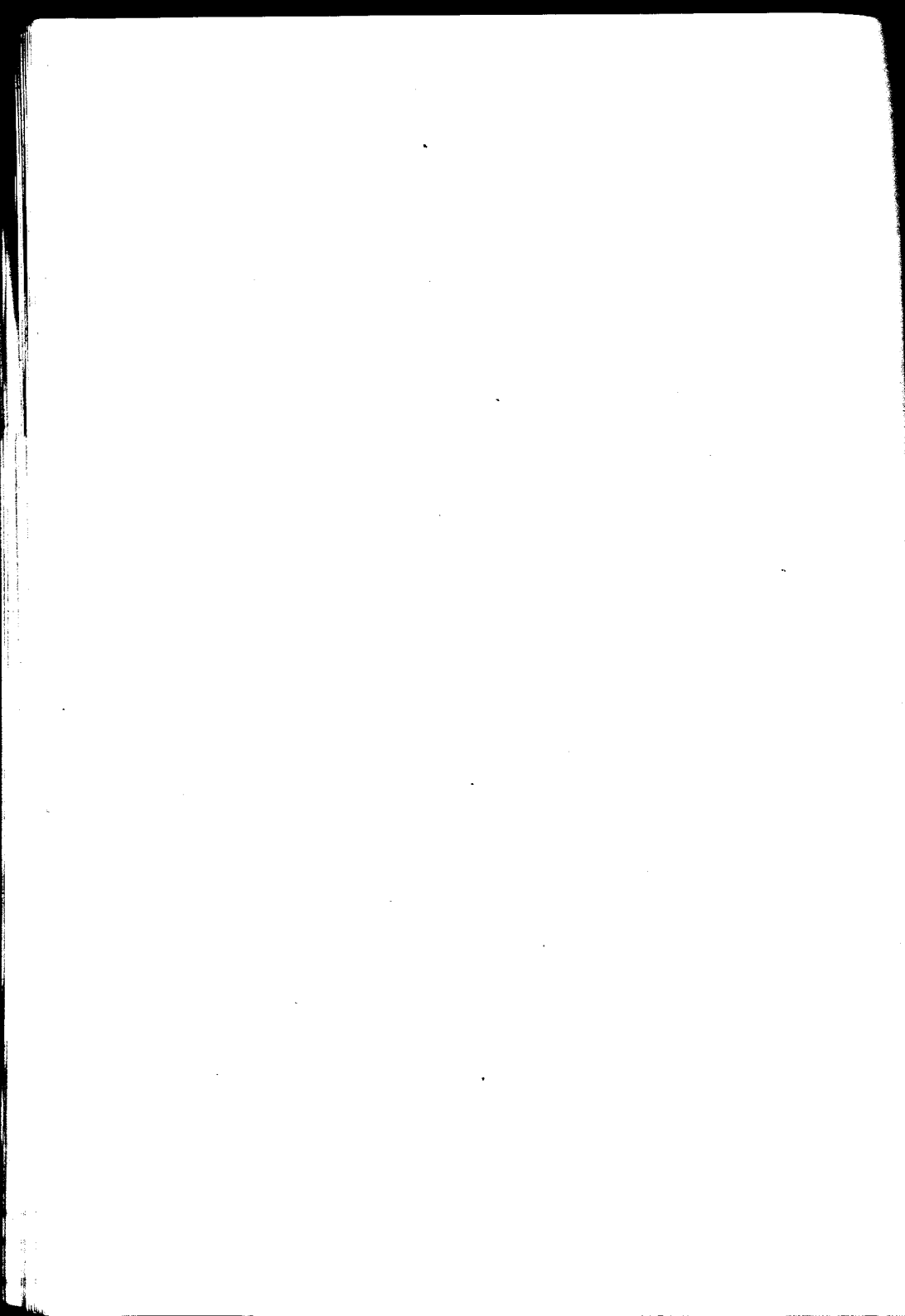
Dr. IGNACIO IMAZ

Profesor suplente de Clínica Médica en la Facultad de Medicina
Jefe del Servicio de Clínica del Hospital J. A. Fernández



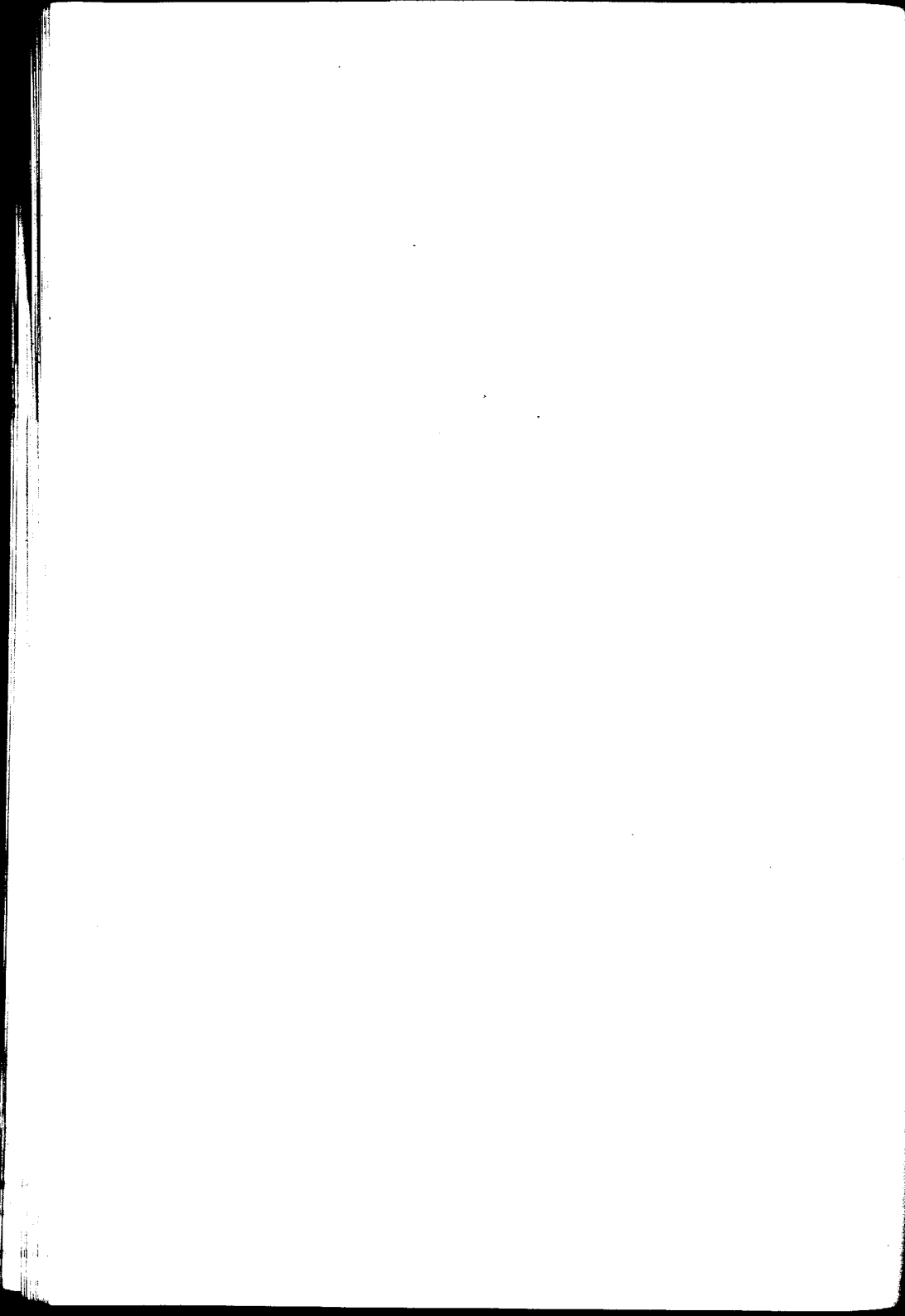
A MIS QUERIDOS PADRES

GRATITUD ETERNA

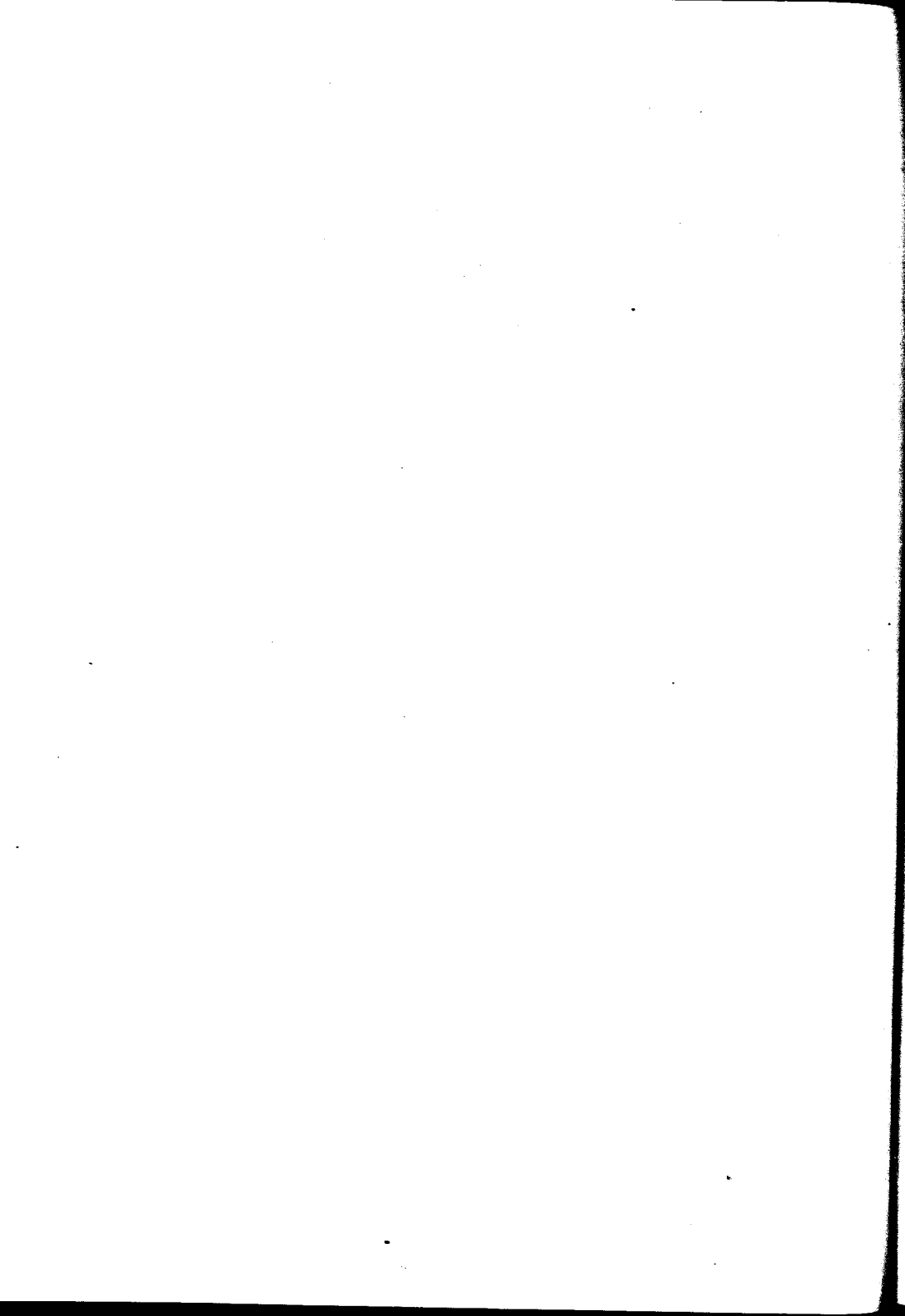


A MIS TIOS

PROFUNDO AGRADECIMIENTO



A LA MEMORIA DE MI BUEN HERMANO NICOLAS

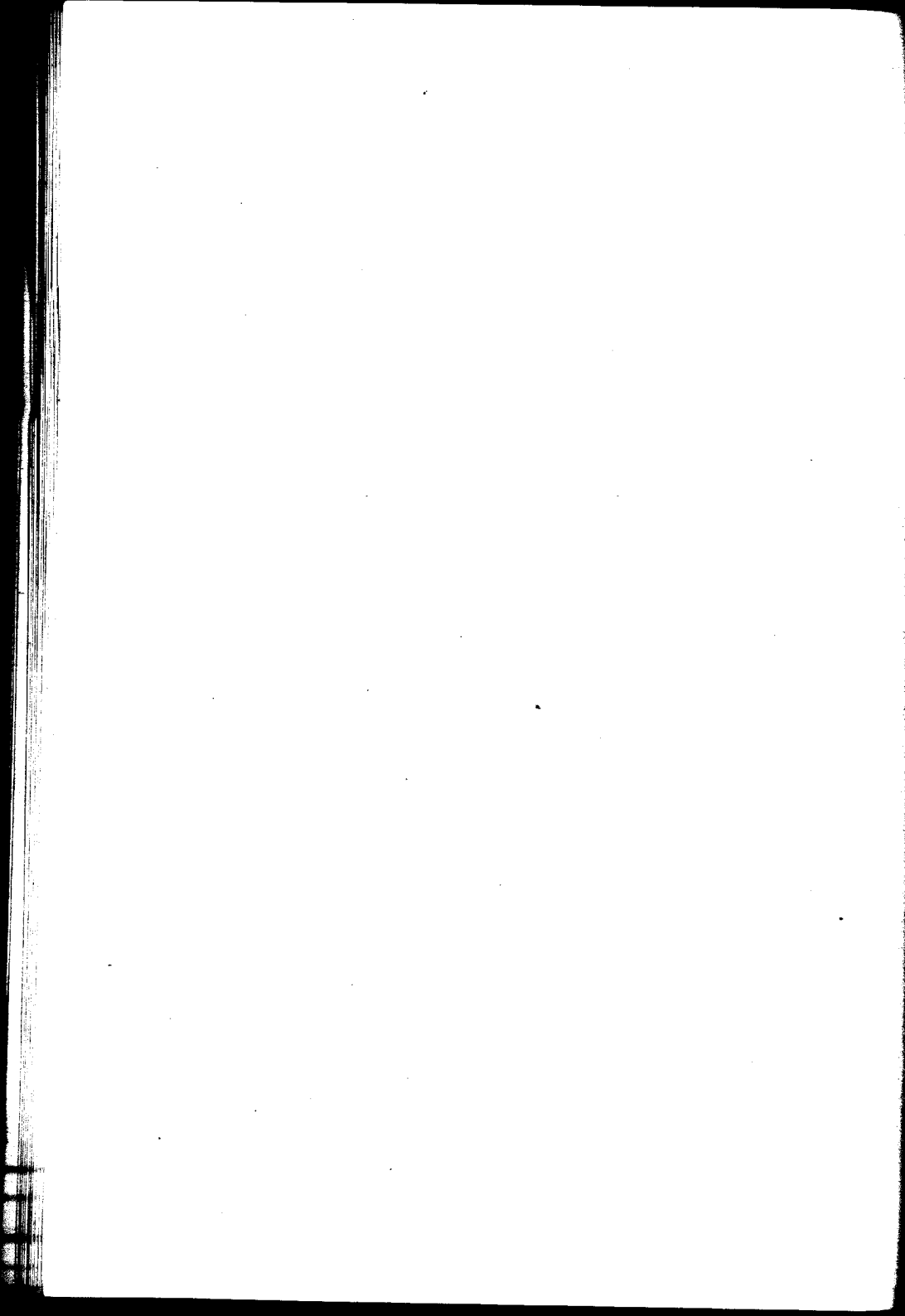


A MIS HERMANOS

CARLOS



A LOS MROS



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Con alguna indecisión que estimaréis justificada, vengo a presentarme ante vosotros en esta última prueba, a llenar no sólo el requisito que señala el reglamento, sino también con el afán de mostraros reunidas algunas observaciones sobre sífilis gástrica, fruto de experiencias personales unas, y otras, por su analogía facilitada por algunos jefes de servicios.

Al tratar el tema, he procurado ser minucioso en la medida de lo posible, valiéndome a este respecto del más variado y amplio caudal bibliográfico, con el propósito de poder aportar algunas conclusiones beneficiosas sobre esta dolencia, hoy en día, bastante generalizada.

Al abandonar este hogar científico, séame permitido expresar una palabra de agradecimiento a todos y ca-

da uno de mis profesores, por sus sabias lecciones y sanos consejos, pues serán mi guía en la práctica diaria.

Mi reconocimiento y aprecio al doctor Lucio O. Aravena, director del Hospital J. A. Fernández, y al doctor A. Rouvier Garay, director del Hospital Vecinal Las Heras.

A los médicos internos del Hospital Fernández, como también a los de la Sala X y a los jefes de servicios, profesores Ricardo Sarmiento Laspiur, Mamerto Aeuña, Juan C. Llamas Massini, doctores Julio Blaksley, Alberto Chueco, Ramón Collazo y Angel Villa, de quienes he sido practicante, mi reconocimiento por las lecciones prácticas con que han contribuido a formar mi criterio médico.

Al doctor Ernesto D. Dallas, médico interno del Hospital Vecinal Las Heras, el testimonio de mi amistad sincera.

Mi gratitud para todos aquellos que han puesto a mi disposición enfermos e historias clínicas que han servido de material de estudio, para la confección de la presente tesis.

Mi eterno agradecimiento, al profesor doctor Ignacio Imaz, que me dispensa el alto honor de acompañarme en este acto y por haberme inculcado la idea de este trabajo.

Finalmente la expresión de mi pereunte recuerdo a los que fueron mis compañeros de internado de los Hospitales Fernández y Las Heras.

Breve relación histórica

Las afecciones sífilíticas del estómago eran consideradas, en el siglo pasado, como una verdadera rareza, contrastando con la gran difusión del lúes y con la relativa frecuencia en que se encontraban en los órganos y tejidos lesiones sífilíticas.

En aquella época la localización gástrica existía como hoy, y se explica la carencia de publicaciones desarrolladas por médicos antiguos, no por ausencia de casos de esta índole, sino más bien por desidia o falta de observación.

A medida que se perfeccionaron los métodos de exploración clínica, aparecieron bibliografías cada vez más abundantes, hasta despertar en la actualidad mayor interés sobre este punto, más aún, es considerado hoy como una de las cuestiones más importantes de la patología digestiva, en razón de la sanción terapéutica que sigue al diagnóstico cuando éste ha sido establecido.

Los primeros conocimientos sobre tan interesante tema se los debemos a Andral, quien en 1834 cita la historia de dos enfermos de gastritis crónica, curados con tratamiento mercurial; a Topinard, que en 1865 describe el proceso de un enfermo afectado de vómitos incoercibles, curado también con tratamiento anti-sifilítico administrado por vía rectal; y a Dujardin-Beaumetz, que en 1866 refiere dos observaciones de hematemesis en el período terciario de la sífilis curado por el ioduro de potasio.

Más tarde, Klebs describe admirablemente desde el punto de vista anátomo-patológico, un caso de úlcera consecutiva a la degeneración caseosa de una infiltración gomosa, radicada en la pared posterior del estómago cerca de la región del cardias; luego Oser, en 1871 publica un caso de heredo-sifilítico con lesiones gomosas gastro-duodenales. En 1875, Trousseau hace un estudio clínico detallado sobre un enfermo afectado de gastralgia y vómitos nocturnos, curado con tratamiento específico.

Luego siguieron publicándose muchas observaciones desde el punto de vista puramente clínico, anátomo-patológico, como también afecciones congénitas y adquiridas. De las publicaciones habidas podemos citar las de Bartumeus (1879), Hiller (1883), Chiari (1885), Tavernier (1887), Jullien (1889), Rosanow (1890), Keser (1891), Bittner (1893), Stolper (1896), Flesner (1898), Aristoff (1898), Mackay (1898), Hemmeter (1901),

Dieulafoy (1902), Fournier (1903), Barbier (1904), Einhorn 1904), Hayen (1905), y otros.

Pater en su tesis, estudia la mayoría de las observaciones que se presentaron, dividiéndolas en dos grupos: En el primero de ellos, los casos con comprobación anatómica en el curso de la autopsia, o de la intervención quirúrgica, y en el segundo, los puramente clínicos.

Es en este último decenio, que numerosas e interesantes publicaciones aumentan la literatura médica, pudiéndose citar entre otros a Rochester, Eusterman, Downes, Neil, Morgan, Lombardi Comité, Bolton, Osvaldo de Olivera, Oscar Clark, etc.

En cuanto al material bibliográfico argentino, sobre esta dolencia, fué hasta hace poco tiempo casi nulo, habiendo llegado en la actualidad, a interesar a algunos estudiosos, que han producido brillantes exposiciones, aumentando así, el caudal de conocimientos respecto al tópico origen de nuestro trabajo.

El doctor Lorenzo Moss, es el que primero en interesante tesis, nos menciona cuatro casos diagnosticados de úlcera sífilítica estomacal; más tarde, en el año 1911, el doctor Carrera publica en la revista del Centro Estudiantes de Medicina y Círculo Médico Argentino, también otro caso de lues gástrica.

En 1915, en una de las sesiones de la Asociación Médica Argentina, fué ampliamente discutido este tema, emitiendo juicios y opiniones el profesor, doctor Pedro Escudero, como también los doctores José M. Es-

calier y Delfor del Valle. Al año siguiente, los Anales del Instituto Modelo de Clínica Médica, publica las historias de dos enfermos atacados de úlcera gástrica sifilítica y observadas por el doctor Fasan.

A principios de 1917, el doctor Carmelo Barreiro dedica a la sífilis del estómago, su tesis de doctorado.

Siguiendo la lista cronológica, tenemos al doctor Alberto Chueco, que presenta en Septiembre de 1917, en la reunión de médicos del Hospital Fernández, otro interesante caso de gastropatía lúética y demostrando al mismo tiempo la existencia de sífilis ignoradas. El profesor doctor Ignacio Imaz, en la misma reunión, tiene oportunidad de recordar algunos enfermos, cuyas dolencias decrecieron con el tratamiento mercurial.

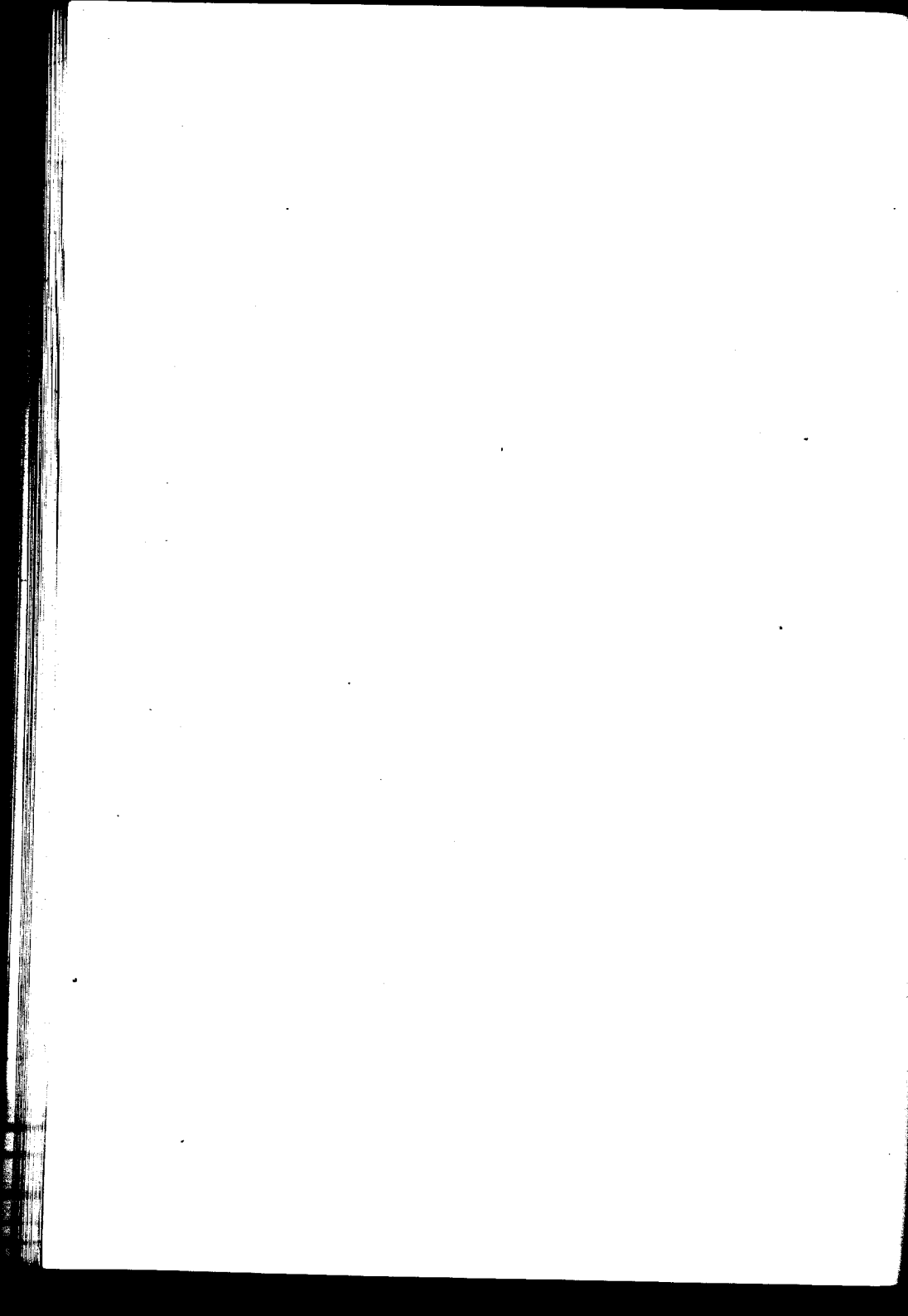
Otro de los médicos que con mayor celo han hecho acopios de antecedentes sobre úlceras gastro-duodenales, es el profesor, doctor Mariano Castex, habiendo publicado numerosas observaciones de sífilis estomacal, en los números correspondientes de Octubre de 1917 y Mayo de 1918 de la Prensa Médica Argentina.

El profesor, doctor R. A. Bullrich, presenta a la Asociación Médica Argentina en Abril del corriente año, otro caso muy demostrable de lúes gástrica y curado con tratamiento específico. Ultimamente, el doctor H. Dasso, presenta a la misma Asociación otros dos casos de úlcera gástrica sifilítica mejorados también por el mercurio.

En general, los autores modernos han revisado a fondo las diversas descripciones clínicas y anatómo-pa-

tológicas que se presentaron, y han contribuído a dejar sentado sobre cimientos más sólidos, el estudio del tema que estamos tratando.

Podemos dividir la literatura de la sífilis gástrica, como lo hace Eusterman, en tres períodos, a saber: El primero, que se extiende desde que aparecieron las publicaciones hasta el año 1905 y se refiere en gran parte al material de autopsia; el segundo, del año 1905 al 1910 en que la historia del enfermo y el tratamiento antisifilítico constituye la base del diagnóstico, y el tercero, donde la serología y la röntgenología son factores útiles para completar el conocimiento exacto de la enfermedad.



Etiología

Las investigaciones modernas nos demuestran, que la infección luética domina casi toda la patología clínica, siendo su campo de acción muy extenso.

Ahora bien, la existencia de la sífilis gástrica, ya sea hereditaria como adquirida, está hoy comprobada por los numerosos casos descriptos, constituyendo casi siempre una manifestación tardía.

Si nos remontamos a los primeros autores, vemos que Andral, ya se preguntaba el por qué no podían existir manifestaciones específicas en las mucosas viscerales, como en los tegumentos, y ceder al tratamiento antisifilítico. Así vemos sostener lo mismo a Myer, que la mayoría de los específicos tienen sífilis gástrica, y que en el período secundario se presenta una erupción en el estómago, lo mismo que en la piel. Engel y Lang, atribuyen a la sífilis los procesos ulcerosos en la proporción de un diez y veinte por ciento respectivamente.

Neuman y Brugsch, refieren que un veinte por cien-

to de las úlceras redondas se producen en personas específicas, como también Schueider, encuentra trece enfermos sífilíticos sobre cien, que tienen síntomas de úlcera gástrica. Más o menos en iguales proporciones manifiestan Fenwick, Portis, Eusterman y otros.

Entre nosotros, también se ha atribuido a la infección luética, el proceso etiológico de la úlcera gastroduodenal. Así el profesor, doctor Pedro Escudero, relató en la Asociación Médica Argentina en el año 1915, a raíz de una discusión sobre tratamiento de las úlceras del estómago y duodeno, que la sífilis no era extraña, y por consiguiente tenía su importancia en la etiología de la úlcera gastro-duodenal. El doctor Delfor del Valle, refiere en la misma Asociación, un caso de úlcera duodenal, que curó con tratamiento antilúético. Lo mismo han atribuido a la sífilis, los respectivos casos de úlceras observados por los doctores Carrera, Fasan, Barreiro, Chueco, profesor Bullrich y Dasso.

La sífilis estomacal, se muestra también como hemos dicho, hereditaria, y según la mayoría de los autores se presenta precozmente. Estos casos de procesos gástricos precoces en heredo-sifilíticos, los encontramos publicados en las tesis de Barbier y Pater, perteneciendo a Oser, Birch-Hirschfeld, Chiari, Bittner, Aristoff, Hastings y Oberndorfer.

Hemmeter y Machay, comprueban casos de sífilis hereditaria tardía. El primero, en un niño de 11 años de edad afectado de gastritis aguda, y el segundo, en un

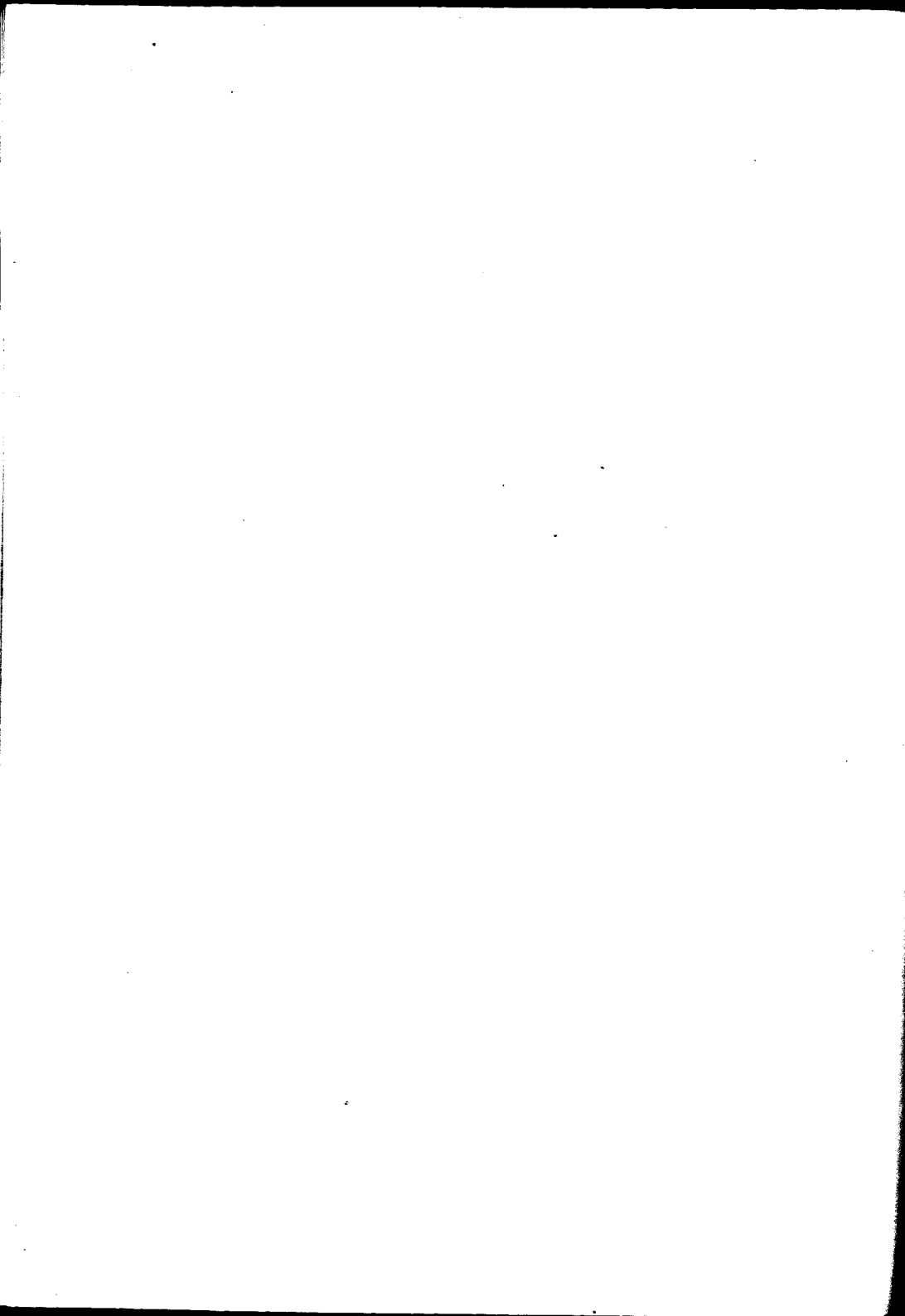
sujeto de 25 años con hematemesis, ambos curados con el tratamiento específico.

El profesor, doctor Castex, después de su publicación de Octubre de 1917, en que deducía que la infección sífilítica era una causa frecuente en la etiología de la úlcera gastro-duodenal, publica en Mayo del corriente año un nuevo estudio, pero esta vez, admite el exclusivismo etiológico luético para dichas afecciones; pudiendo ser indistintamente, adquirida o hereditaria. Más aún, manifiesta que antes de los treinta años de edad el 90 por ciento de las úlceras gástricas responde a la infección sífilítica hereditaria tardía y el 10 por ciento a la infección luética adquirida; después de los treinta años la proporción se invierte, el 90 por ciento corresponde a la sífilis adquirida y el 10 por ciento a la hereditaria.

Todos estos estudios, comprueban que la espiroqueta interviene en muchos casos, para la producción de gastropatías.

Como causas coadyuvantes que facilitan la producción de estas lesiones gástricas, tenemos: el alcoholismo, artritis, neurosis, traumatismo, etc.





Anatomía patológica

El estómago es asiento de lesiones sifilíticas, igualmente que el hígado, intestino y demás vísceras abdominales, pero, mostrando siempre una relativa resistencia, como lo es también a la tuberculosis.

Si bien se admite, que esta resistencia para la bacilosis interviene el poder destructivo del jugo gástrico, para la explicación en la infección luética reina una verdadera anarquía.

Las lesiones anatómicas encontradas son varias: Fenwick opina que la sífilis afecta en el estómago por tres procedimientos: goma, endarteritis e inflamación crónica.

Dieulafoy, ha encontrado lesiones sifilíticas consistentes en gomas, equimosis, infiltración de la submucosa, gomas ulcerados y cicatrices; pero generalmente se clasifican estas lesiones en cinco tipos, a saber:

Gastritis difusa inflamatoria

Neoformaciones gomosas

Úlceras

Cicatrices

Esténosis.

El primer tipo ha sido descripto admirablemente por Chiari y Aristoff, en jóvenes heredo-sifilíticos, y en el adulto por Virchow, Wagner, etc.

La mucosa y la submucosa, se encuentran completamente hiperemiadas e infiltradas por leucocitos, pequeñas células redondas que a veces se agrupan formando verdaderas gomas miliares. A menudo se encuentran asociados con lesiones sifilíticas de otros órganos anexos al tubo digestivo; hígado y páncreas por ejemplo.

Las neoformaciones gomosas, ya sean simples o múltiples, caracterizan generalmente las lesiones específicas, y se originan en la submucosa dando luego lugar a ulceraciones y cicatrizaciones en diferentes grados. Estas neoformaciones, son verdaderos tumores de consistencia dura, redondeadas o verdaderas placas indurativas, bien limitadas y de un color blanquizeo amarillento. Su número es variable como también su situación, ocupando con preferencia la región pilórica, pared posterior y anterior. En cuanto a las dimensiones, oscilan entre algunos milímetros a varios centímetros. Cronin, ha reunido casos de Cornil y de otros, en los que figuran infiltraciones gomosas con un diámetro que varía entre dos y veinticuatro centímetros. Myer refiere que la masa tumoral de uno de sus enfermos, tenía el tamaño de un huevo de gallina, y un caso de Morgan de una naranja. Estos productos en un período más

avanzado se caseifican, observándose entonces en el estómago verdaderas úlceras. Estas últimas pueden existir solas o acompañadas de gomas no ulcerados.

Klebs, Frankel y otros, reconocen como sifilíticas, únicamente a las úlceras que resultan de la degeneración de un goma. Eusterman, al ocuparse de este tema, describe la diferencia que existe en la patología macroscópica, la úlcera gomosa de la benigna.

Las primeras tienen una predilección especial para la porción pilórica del estómago, para el cardias y pequeña curvadura, además son siempre múltiples y complicadas con adherencias perigástricas, perigastro-duodenales, o con las demás vísceras, y con hiperplasia proliferativa de las paredes constituyendo una deformación bien marcada del órgano.

El tejido sifilítico, según Eusterman, difiere microscópicamente por su aspecto de aquel de la úlcera benigna y carcinomatosa, por los siguientes caracteres: existe una atrofia de la mucosa, hipertrofia de la submucosa y espesamiento de la muscularis, a causa de una infiltración densa de tejido conjuntivo o de una hiperplasia fibrosa.

Este cambio estructural y funcional de la mucosa estomacal, obedece en parte a una perturbación en la irrigación sanguínea; hay una endarteritis y endoflebitis obliterante, una verdadera infiltración linfocitaria, más una contracción general del tejido rodeante, debida a la degeneración fibrosa de la submucosa y de la muscular.

Este proceso ulcerativo, tiende luego a propagarse hacia las tunicas externas del órgano, hasta llegar a la perforación.

Como tendencia a la curación, se han encontrado en el estómago de específicos, cicatrices varias de color blanquecino, duras, de pequeñas dimensiones y situadas en el interior del órgano, como también en la superficie externa o peritoneal.

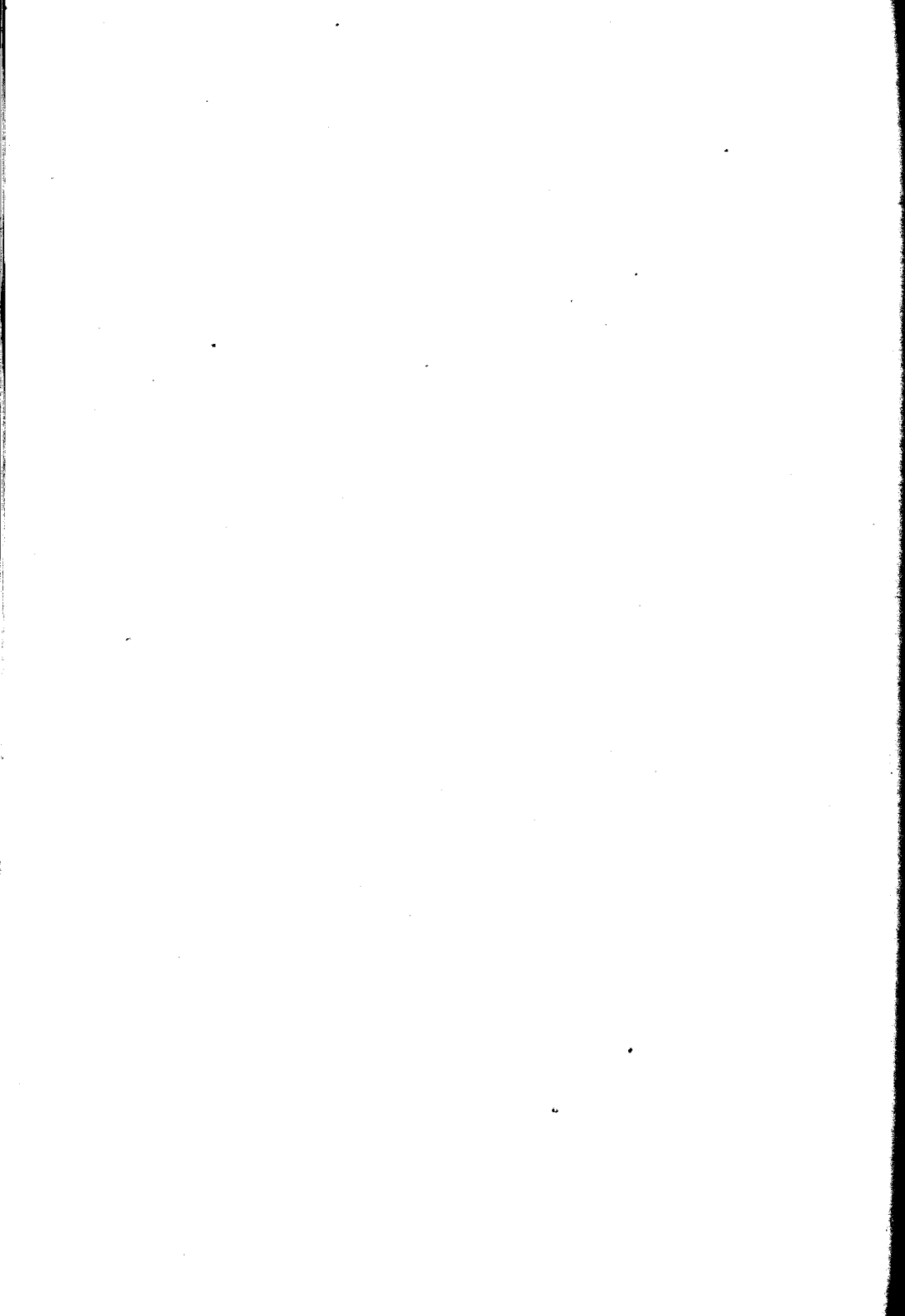
Varios autores, entre ellos Hemmeter, Hayem y Einhorn, citan también casos de estenosis pilórica por espesamiento de las tunicas a ese nivel y atribuidos al lues.

En cuanto a la demostración de la presencia* de la espiroqueta pálida, en el tejido sifilítico o en el contenido del estómago, hasta hoy, no ha sido del todo perfecto. La mayoría de los autores acusan no haberlos constatado. Pater, también se dedicó en la investigación de este agente infeccioso en tres estómagos de específicos hereditarios, pero, con resultado negativo. Seguramente su presencia no dejaría ya dudas sobre la causa de la lesión.

Krienitz, publica en Alemania un trabajo, manifestando haber encontrado diversas espiroquetas, entre otras, la espiroqueta pálida de Schaudin y Hoffman, en el contenido gástrico de un enfermo. En estos últimos tiempos, Pappenheimer relata haber encontrado unos filamentos típicos monoliformes, pero no, espirales típicas en tejidos sifilíticos; considerándolos de gran valor. Oertel de Nueva York, acentuó la existen-

cia de un gran número de células gigantesas “in gumata”, ajenos a la tuberculosis y que resultaban de la fusión o exuberancia de células granulosas, considerándolas también de gran importancia para el examen microscópico del tejido lúético.

Seguramente la demostración de la espiroqueta sería una evidencia conclusiva para el diagnóstico, alejando las dudas que pudieran existir todavía al respecto.



Sintomas y diagnóstico

Clínicamente, la enfermedad que estamos estudiando, se presenta con una sintomatología común a un sinnúmero de afecciones estomacales, tanto que el clínico pasa muy frecuentemente por delante de un caso de lues gástrica, sin tan siquiera sospecharla.

Es debido al examen muy prolijo de la región, como también la presencia de estigmas denunciadores del lues, ya sean cutáneos, mucosos u óseos; las investigaciones de los antecedentes, etc., con los que el clínico puede llegar al diagnóstico.

Los trastornos gástricos de etiología sifilítica, pueden presentarse en los diferentes períodos de la enfermedad, y se traducen por una sintomatología de las más variadas.

En el período de invasión, según diversos autores, se revela por trastornos de dispepsia, como también por anorexia, malas digestiones, náuseas, vómitos, colicos, etcétera; tomando a veces el cuadro idéntico de un em-

barazo vulgar. Estos fenómenos sobrevienen generalmente antes de la institución del tratamiento y contemporáneo a las erupciones cutáneas y mucosas.

En el período terciario, la gastropatía luética se manifiesta bajo diversos aspectos. La mayoría de los autores, basados en sus observaciones, la dividen así:

Úlcera sifilítica gástrica;

Tumor sifilítico del estómago, con o sin esténosis pilórica;

Gastritis crónica sifilítica;

Perigastritis sifilítica.

El cuadro clínico de la úlcera específica es muy parecido al de la úlcera redonda de Cruveilhier, pero los resultados obtenidos por la terapéutica, son diferentes en los dos casos. Después de un largo período dispéptico, se revela como en la úlcera simple, por la tríada clásica ya bien conocida: dolor, vómitos y hematemesis, pero siempre se observan algunas particularidades más o menos acentuadas, algunos matices que llaman la atención. Estos síntomas, pueden presentarse aislados o permanecer latentes hasta la aparición brusca y mortal de una profunda hematemesis o de una perforación.

Los dolores son constantes y muy a menudo agudísimos, pungitivos, con un punto epigástrico que corresponde a un punto raquideano y con irradiación hacia los hipocondrios y hombros. Generalmente toman el carácter de dolores nocturnos del tipo llamado "night-pain", por los autores ingleses y americanos, como tam-

bién exacerbaciones nocturnas en caso de dolores continuos.

Los vómitos son casi siempre alimenticios y de una frecuencia variable, constituyendo en algunos casos, como lo hace notar Pater, verdadera crisis con intolerancia gástrica completa.

Las hematemesis, es también un síntoma que se presenta muy a menudo, pudiendo ser únicas o múltiples, ligeras o abundantes, y las melenas a veces muy visibles.

Este tipo de gastropatía sífilítica, han sido citadas por numerosos autores y han cedido completamente al tratamiento específico. En nuestro capítulo de observaciones exponemos también casos que corresponden a esta clasificación.

La infección luética del estómago puede simular a veces un neoplasma, presentando todo el cortejo sintomático, físico y funcional de esta última enfermedad. En su comienzo son trastornos dispépticos, anorexia, vómitos, y luego alteraciones en la nutrición general, pérdida de fuerza, adelgazamiento, hasta llegar a la verdadera caquexia, como se observa en el cáncer.

La sintomatología, varía según el tumor ocupa el píloro u otro punto del estómago, si existe o no estenosis. Pertenecen a esta modalidad clínica de pseudo-cáncer los casos publicados por Lombardi Comité, Einhorn, G. Hayem, Kemp y otros.

“En el caso de Kemp se observó anaclorhidria y ácido láctico abundante. Este paciente había perdido 35

kilos en ocho meses y padecía de vómitos continuos. El estómago estaba dilatado, descendía debajo del ombligo y a pesar del tratamiento antilúético no cedía la obstrucción pilórica, razón que fué suficiente para drenar el órgano con el fin de preservarle la vida. A la palpación se notaba una resistencia a nivel de la región pilórica. Se laparotomizó, y se encontró un tumor en la pared posterior del píloro que obstruía a éste casi por completo. Se practicó una gastro-enterostomía y se instituyó tratamiento anti-sifilítico, cesando la sintomatología descripta y mejorando el caso.”

En 1914 publicó Osvaldo de Oliveira, en los Archivos Brasileiros de Medicina, una importante contribución sobre el mismo punto. Se trataba de un sujeto que poseía todos los síntomas del cáncer real del estómago, con Wassermann negativo y antecedentes no sifilíticos, pero que obtuvo la curación completa de su enfermo con el empleo de neosalvarsán y mercurio.

Otra modalidad de la infección luética, es la gastritis crónica, cuyo cortejo sintomático es también de lo más variado, pues comprende los diversos tipos de dispepsias, gastralgias, causados la mayoría de las veces por la absorción de los múltiples medicamentos ingeridos por vía bucal. Pertenecen a este grupo las observaciones de Andral, Topinard, Trousseau, Copelli y otros.

Ultimamente entre nosotros, el doctor Raúl Novaro, presentó en la Sociedad de Higiene, Microbiología

y Patología, un caso de gastritis difusa específica por lues adquirida.

En resumen, vemos que las manifestaciones luéticas del estómago presentan muy escasas particularidades que le pertenecen, y su diagnóstico difícil, porque no tiene rasgos clínicos exclusivamente propios y porque su semiología es idéntica a las de otras afecciones. Esto explica, la razón por la cual se pasa por alto muy fácilmente esta enfermedad, sin reconocerla. Es menester, como dice Dieulafoy pensar siempre en sífilis cuando la afección es rebelde a los tratamientos ordinarios o como dice Fournier: "Cuando os encontréis en presencia de un caso dudoso, pensad en la sífilis que bajo formas más raras y los matices más variados se encuentra oculta."

Para llegar a precisar el diagnóstico de lúes gástrica hay que tener en cuenta los antecedentes personales y familiares del enfermo, como también las manifestaciones sífilíticas concomitantes, las manifestaciones tardías y la acción favorable del tratamiento específico.

Es completamente claro, como dice Carman, que ninguno de estos elementos tienen un valor decisivo como si se constatará la presencia de la espiroqueta en el tejido gástrico resecaado. Es menester comparar con otras pruebas, que han sido ya bien demostradas y analizadas por su naturaleza, para poder llegar a aceptar el diagnóstico de un nuevo caso, por ser éste, tan concluyente como aquéllas.

Además no debe dejarse de recurrir al laboratorio.

La reacción de Wassermann nos proporciona datos muy útiles, especialmente en las sífilis ignoradas, pero hay que tener presente, que pueden haber reacciones de Wassermann positivas con trastornos gástricos no debidos a la sífilis o de lo contrario, los experimentos de Wassermann no pueden ser obtenidos en el caso de sífilis del estómago.

Respecto al quimismo gástrico, no se ha alcanzado conclusiones definitivas, debido a los resultados variables.

Según algunos autores, manifiestan cuando no cifras normales, la existencia de hiperclorhidria e hipersecreción continua y según otros, recalcan la aclorhidria permanente o la verdadera aquilia como característica de la afección gástrica sífilítica. En este último caso, existe confusión con los datos que nos proporciona el cáncer, pero la ausencia del estado caquéctico, la falta de una masa tumoral, la edad del sujeto, la existencia de la reacción de Wassermann, los antecedentes lúeticos, etc., son suficientes para dilucidar el diagnóstico.

Además de los métodos de exámenes ya mencionados, la roöntgenología, provee en algunos casos datos necesarios para establecer el diagnóstico, y ha tomado en la actualidad tanta importancia, que ya contamos numerosos radiologistas que pretenden poder definir la sífilis estomacal con los rayos X únicamente. En los casos con ausencias de lesiones orgánicas propiamente dichas, como ser las gastritis, la radiología tiene un valor

negativo, pero en cambio es de cierto interés, en los tipos gomosos, hiperplásticos e infiltrativos.

En el tipo ulcerativo, según los radiologistas, los signos característicos, son: *a)* Multiplicidad de ulceraciones, puesto que son debidas a erosiones en diversas partes de la pared gástrica infiltrada; *b)* Contracción del estómago en forma de reloj de arena; *c)* Ausencia de nicho y de bolsa accesoria, siendo estas últimas signos clásicos de la úlcera simple.

Otro factor que interviene a aclarar el diagnóstico, es el tratamiento llamado de prueba, pero en ciertas circunstancias puede faltar, lo mismo que la reacción serológica, el examen leucocitario y la investigación directa del treponema.

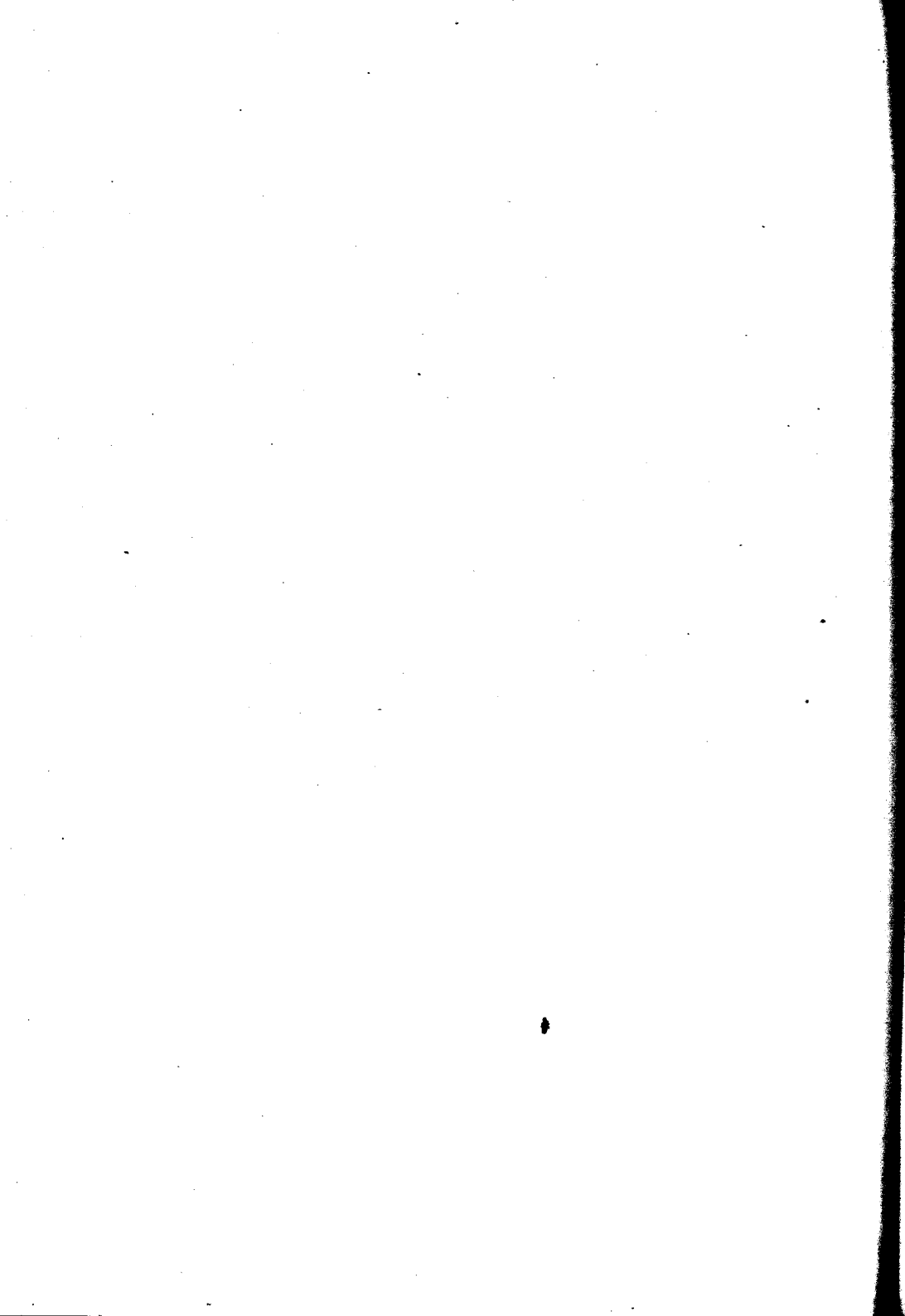
Pero, a pesar del Wassermann negativo, de la ausencia de antecedentes de infección, de la falta de aborto, de la existencia de la esterilidad, etc., no excluyen la posibilidad de sífilis, pues, hay que tener presente, que la invasión gástrica no constituye un proceso aislado, es una infección de orden eminentemente general y a menudo con una minuciosa investigación, observaremos algún signo o síntomas de lués en otro órgano o tejidos que nos harán sugerir la idea de que la causa de la producción de los trastornos gástricos es debida a la intervención del treponema pálido.

Hoy en día los autores modernos consideran de capital importancia para la investigación de la especificidad, los estigmas óseos, dentarios, cutáneos, pupilares, viscerales, etc.

El doctor Castex, refiriéndose a las numerosas observaciones de ulcus gastro-duodenales que sirvieron de base para su trabajo, encontró casi siempre manifestaciones de heredo-sífilis tardía, ocupando el primer puesto la aortitis y la mitro aortitis, siguiendo luego los trastornos intestinales bajo forma de pericolicitis crónica, rectosigmoiditis ulcerosa con perisigmoiditis y casos también de angio-esclerosis precoz, tiroiditis, hígato-esplenitis, etc.

Es en resumen, la cooperación del clínico, del médico del laboratorio y del radiologista, que imponen el diagnóstico afirmativo de sífilis gástrica.

Observaciones clínicas



OBSERVACION I

Teresa Barletta, casada, 55 años de edad, italiana.

Fecha de ingreso: Junio 9 de 1916. Alta: Agosto 30 de 1916.

Diagnóstico. — Sífilis gomosa del estómago.

Antecedentes hereditarios. — Los padres fallecieron e ignora la causa. Tres hermanos viven y son sanos; un hermano falleció a los 21 años de fiebre tifoidea.

Antecedentes personales. — No recuerda haber tenido afecciones en la infancia. Comenzó a menstruar a los 12 años de edad, siendo siempre regulares, abundantes y de 4 a 5 días de duración. Se casó a los 25 años; el marido vive y es sano. Ha tenido 5 hijos; uno vive y es sano; cuatro han muerto: el primero a los tres años de una afección gastro-intestinal; el segundo falleció a las pocas horas de haber nacido; el tercero a los ocho meses por trastornos de la lactancia y el cuarto murió a los 8 años de peritonitis tífica. Hacén doce años des-

pués del último parto sufría frecuentes metrorragias que motivó a que se hiciera un curetaje uterino, desapareciendo después de esta intervención las reglas.

Desde hace diez años aproximadamente, la enferma padece con frecuencia de perturbaciones gastro-intestinales, como ser vómitos frecuentes, pirosis y dolores diseminados en todo el abdomen. Constipada habitual. Ha sido regular bebedora de vinos y licores.

Enfermedad actual. — Hacen dos años tuvo una primera hematemesis, habiendo arrojado una regular cantidad de coágulos sanguíneos de sabor fuertemente ácido. Después de esta primera hemorragia comenzó a tener vómitos alimenticios frecuentes que sucedían a la hora de la ingestión de los alimentos. Hace un mes tuvo una nueva hematemesis de mayor abundancia que la anterior, acompañada de intensos dolores en el epigastrio y llegando a un verdadero estado lipotímico. La sangre arrojada era de un color oscuro y coagulada. Los dolores y vómitos continuaron y la enferma dice haber adelgazado bastante.

Procede de General Urquiza (Capital Federal).

Estado actual. — Mujer de estatura mediana, buen desarrollo esquelético, musculatura escasa e hipotónica, panículo adiposo nulo, piel blanca, tinte pálido.

Cabeza: Cráneo dolicocefalo, regular cantidad de cabellos y cejas.

Ojos: Agudeza visual normal; reacciones pupilares y reflejos conjuntivales normales. Nada de particular

en la nariz, boca y oídos. Mucosas pálidas, lengua ligeramente saburral, dentadura mal conservada.

Cuello: No se ven latidos, ni se palpan ganglios.

Tórax: Buena conformación torácica.

Pulmones: Sonoridad normal, respiración vesicular.

Corazón: Area normal, tonos conservados, salvo el primero aórtico que es soplante. Pulso igual, regular, hipotenso, y noventa pulsaciones por minuto.

Abdomen: Flácido, fácilmente palpable, no doloroso.

Estómago: El contorno del estómago se marca sobre la pared abdominal; si se lo excita, éste se anima con contracciones violentas que hacen ondular la pared abdominal en sentido de las contracciones peristálticas normales. A la presión atestigua dolor.

Hígado, bazo, riñones: Normales.

Cuerda cólica algo dolorosa.

Reacción de Wassermann: Positiva.

Examen de sangre:

Glóbulos rojos	3.800.000
Glóbulos blancos	6.500
Hemoglobina Sahli	75%
Polinucleares neutrófilos	69%
Linfocitos	25%
Formas de transición	5%

Examen del jugo gástrico:

Se le da comida de prueba que consiste en 100 gramos de pan y 250 gramos de té. Se retira a la hora 200 gramos de una pulpa semilíquida que se manda a analizar (Junio 14).

Acidez total	0.79 0/100
H. C. L. libre	00
Cloro combinado	0.51 0/100
Acido láctico	positivo.
Sangre	negativo.

Reacción de Weber: negativo.

Análisis de orina: Normal.

Examen radioscópico:

Junio 14. — *Tórax:* Se observa un pequeño aneurisma del llamado aórtico. Corazón permanece en su área normal. Se ven algunos ganglios hipertrofiados.

Pulmones claros.

Espacio de Traube completamente libre.

Dada la lechada de bismuto se puede ver que ésta se detiene en la parte superior del estómago y luego por una parte estrechada va pasando al fondo, el cual está colocado a un través de dedo por debajo del ombligo. De ahí pasa con bastante facilidad al duodeno. De estas dos sombras, la superior es menos clara que la inferior.

Junio 20. — Se le hace una segunda radioscopia, la cual confirma en todo la anterior.

Julio 1.º — En una nueva radioscopia se observa que la parte estrecha del estómago se ha ampliado en algo, adquiriendo más o menos la forma normal.

Julio 18. — El estómago ha adquirido una forma que no difiere de lo normal.

La parte estrecha que antes se observaba ha desaparecido.

La lechada de bismuto llega sin interrupción hacia el fondo estomacal, teniendo ésta la forma de una Y griega.

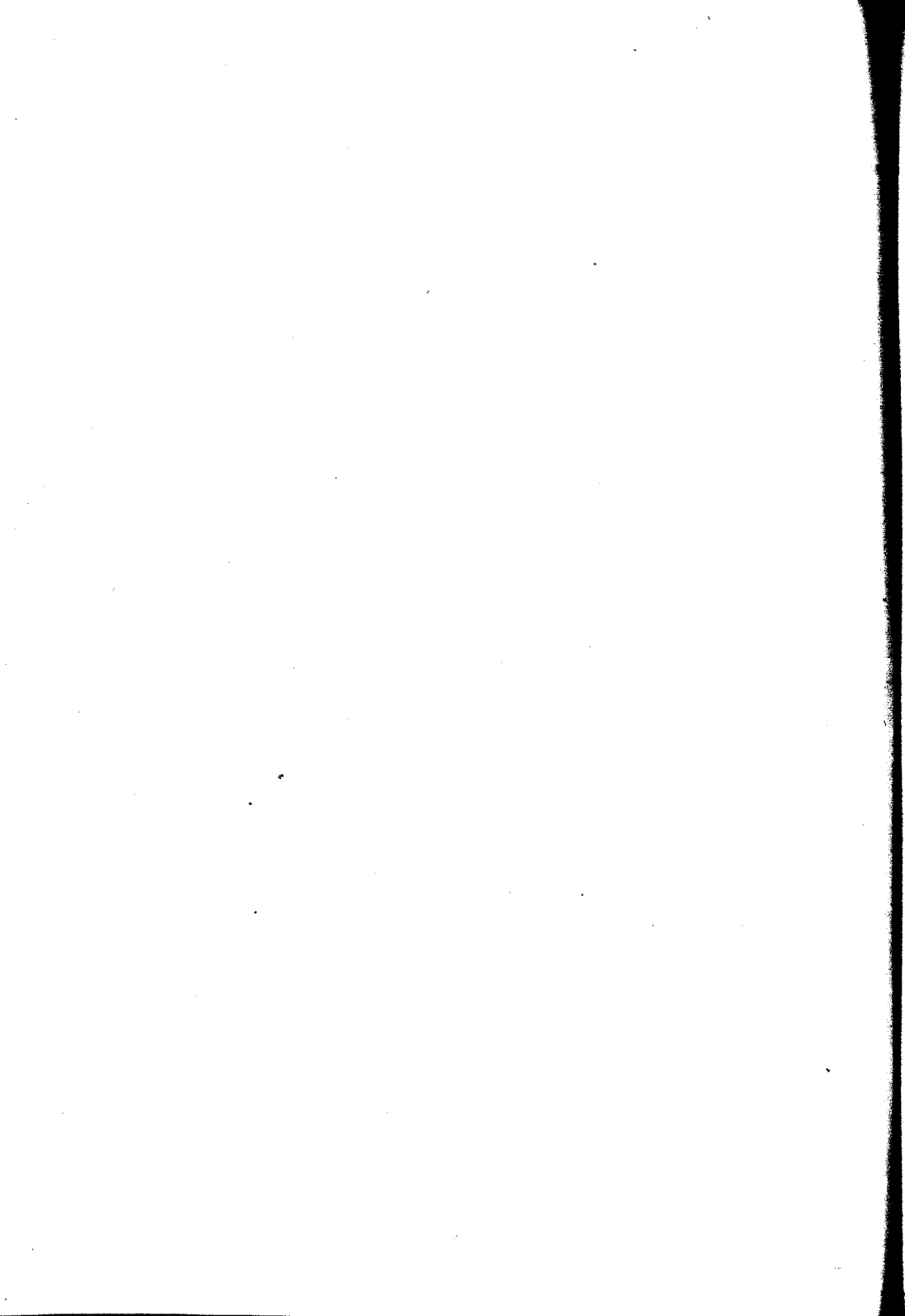
Las contracciones son enérgicas y rítmicas; se forma una bola a nivel del píloro que pasa rápidamente al duodeno.

Agosto 15. — Efectuando un nuevo examen radioscópico, observamos que la imagen es parecida a la obtenida en la radioscopía anterior, aun cuando con más tendencia a la normalidad.

Tratamiento. — Junio 24 de 1916. — Pesa 46 kilos. Se inicia el tratamiento con inyecciones endovenosas de bicianuro de mercurio (0.01 centigramos día por medio) hasta el día 31 de Julio que se inyecta 0.15 centigramos de neosalvarsán Billón. Se da una segunda inyección de neosalvarsán 0.25 centigramos el día 10 de Agosto y una tercera de 0.50 el 19 del mismo mes.

Durante el tratamiento mercurial la enferma ha evolucionado hacia una franca curación, hechos comprobados por los datos subjetivos, por el examen clínico y radioscópico, saliendo de alta en perfectas condiciones y con 51 kilos de peso. Hasta el día de hoy la enferma goza de buena salud.

~~~~~



## OBSERVACION II

Catalina Castello, casada, 32 años de edad, italiana.

Fecha de ingreso: Febrero 10 de 1917. Alta: Abril 30 de 1917.

*Diagnóstico.* — Ulcera sifilítica del estómago.

*Antecedentes hereditarios.* — Padres muertos. Hermano vivo y sano.

*Antecedentes personales.* — Sarampión y escarlatina en la infancia. Menstruó a los trece años. Menstruaciones normales, abundantes, inodoras. Contrajo matrimonio a los 16 años, tuvo siete hijos, de los cuales murió solamente el primero de bronceoneumonía. Embarazos y partos normales. Después de sus siete partos, tuvo dos abortos espontáneos, ambos ovulares y sin causas aparente que los explicara. Siempre tuvo flujo amarillo, espeso, abundante, fétido y con ardor a la micción. En estos últimos tiempos las menstruaciones se hicieron irregulares.

*Enfermedad actual.* — Empezó hace cinco años, des-

pués de su quinto parto con dolores en la región de los anexos, siendo espontáneos, continuos y con exacerbaciones intermitentes; dolores lumbares y de los miembros inferiores. Cefalea continua. Dolores intensos en el epigastrio que aumentan inmediatamente después de las comidas. No hay pirosis ni acidez. Ha tenido vómitos. Al iniciarse su enfermedad se le cayeron los cabellos en abundancia y se presentaron los síntomas de una erupción generalizada. No hubo placas mucosas en la boca. Sus dolores en el epigastrio han ido agravándose poco a poco hasta hacerse insoportables. Constipación desde el comienzo de su enfermedad, como también anorexia. Orinas escasas y oscuras.

Vive en Realicó, F. C. O.

*Estado actual.* — Enferma de regular estatura, buen esqueleto óseo, masas musculares pequeñas e hipotónicas, pániculo adiposo escaso, piel blanca.

*Cabeza:* Conformación dolicocefala del cráneo. Regular cantidad de cabellos, lacios y castaños.

*Cara:* Simétrica.

*Ojos:* Visión y reflejos pupilares: normales.

*Nariz y oídos:* Bien.

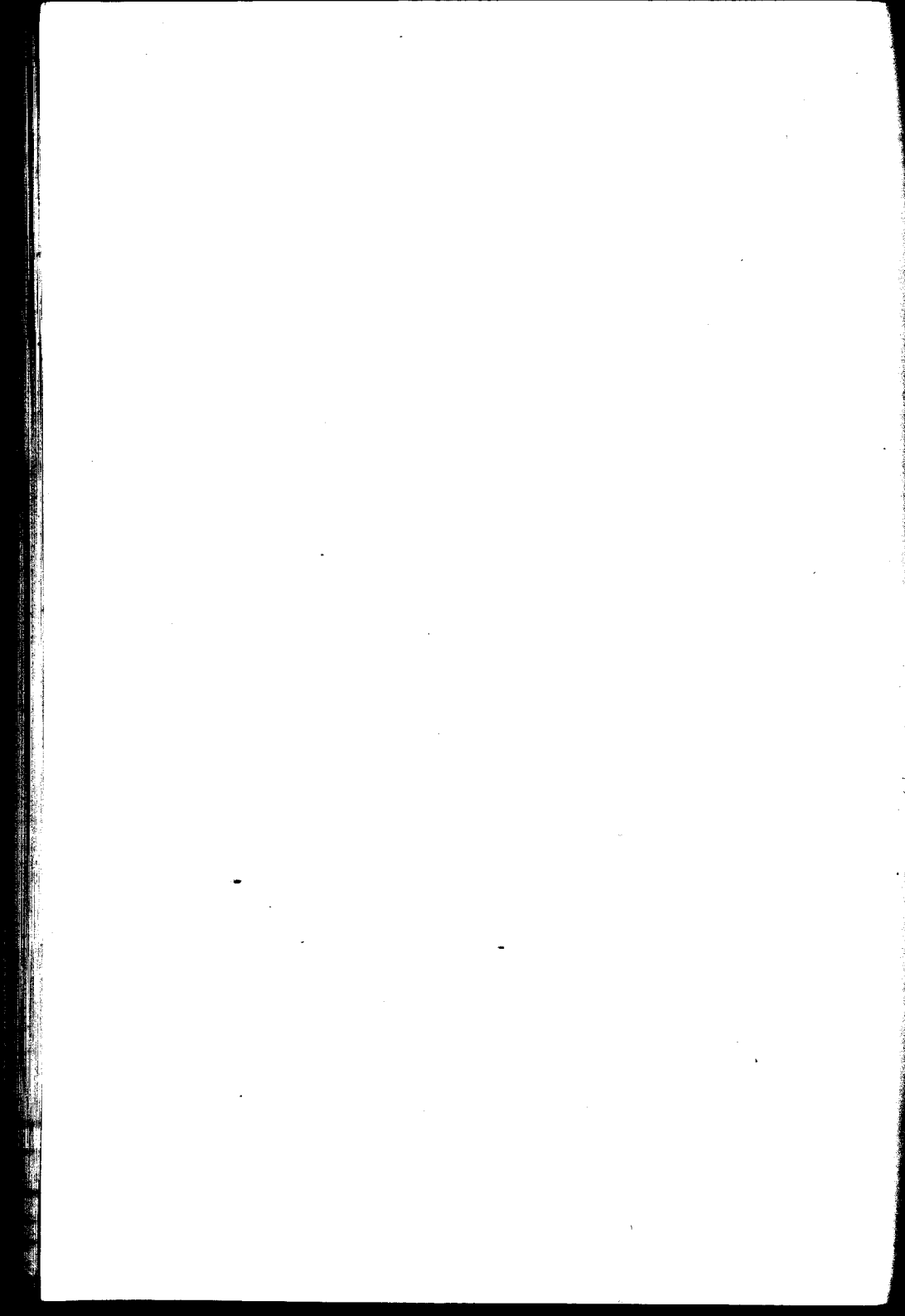
*Boca:* Regular, lengua húmeda y rosada; dientes en mal estado de conservación, encías pálidas.

*Cuello:* Dimensiones normales. No se palpan ganglios, ni se perciben latidos arteriales.

*Tórax:* Bien constituido. Tipo respiratorio normal.

*Pulmones:* Sonoridad, vibraciones y murmullo vesicular: normales.





### OBSERVACION III

Pascual Bornaghi, casado, 34 años de edad, italiano, empleado.

Fecha de ingreso: Agosto 23 de 1916. Alta: Enero 2 de 1917.

*Diagnóstico.* — Sífilis gástrica.

*Antecedentes hereditarios.* — Sin importancia.

*Antecedentes personales.* — No recuerda haber tenido enfermedades en la infancia. A los 14 años tuvo paludismo. A los 18 y 23 años de edad contrajo blenorragia, sin dejar ninguna complicación. Niega sífilis. Es casado, su señora ha tenido dos hijos que viven y son sanos y no tuvo ningún aborto. Buen bebedor, regular fumador.

*Enfermedad actual.* — Hace un año y medio comenzó a tener trastornos gástricos caracterizados por dolores en el epigastrio, sensación de peso después de las comidas y por erutos frecuentes. Estos síntomas se vinieron cada vez más acentuando hasta la fecha. Se queja tam-

bién de tos, desde hace un año atrás. El apetito ha sido siempre conservado. Es constipado habitual.

*Estado actual.* — Enfermo en regular estado de conservación, buen desarrollo óseo, escaso panículo adiposo.

*Cabeza y cuello:* Normal. No hay alteraciones pupilares.

*Aparato respiratorio:* En la base del pulmón derecho hay rales inspiratorios y espiratorios, però muy escasos.

*Aparato circulatorio:* Normal.

*Abdomen:* Dolor al nivel del epigastrio cuando se palpa. No hay otra anormalidad.

*Reacción de Wassermann:* Positiva.

*Análisis del jugo gástrico:*

|                           |      |            |
|---------------------------|------|------------|
| Acidez total . . . . .    | 3.22 | por 100    |
| Cloro combinado . . . . . | 1.33 | " "        |
| HCL libre . . . . .       | 1.68 | " "        |
| Acido láctico . . . . .   |      | vestigios. |

*Reacción de Weber:* Negativa.

*Examen radioscópico:*

Noviembre 26.

*Pulmones:* Ligera obscuridad en ambos vértices, especialmente el izquierdo. Se ven ganglios tráqueo peribronquicos.

*Estómago:* Se observa que es bilocular. Se da lechada de bismuto y se ve que la pasta pasa bien en la parte superior del estómago y encuentra dificultad en la

parte media (estenosis mediana). Una vez franqueada esta estenosis pasa al segmento inferior y de allí rápidamente al duodeno.

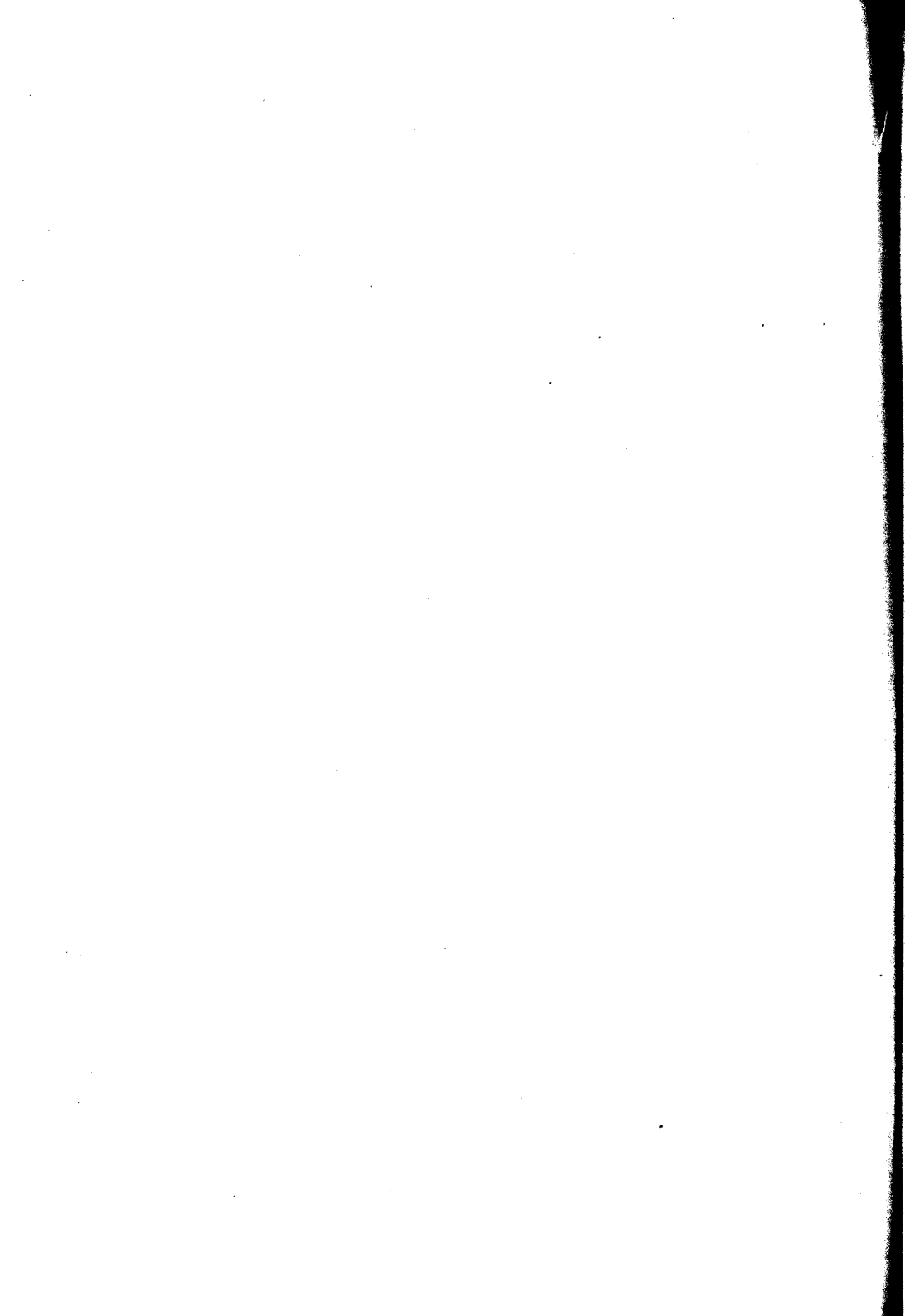
El fondo se halla a nivel del ombligo.

Diciembre 20.

Se le administra la sopa de carbonato de bismuto a las 7 de la mañana (60 gramos). Examinado a las 11 y 1|2 no se nota el bismuto en el estómago, notándose ligeras cantidades en la última porción del intestino delgado. Respecto a la forma del estómago, se encuentra algo modificado en relación a la anterior comprobación.

*Tratamiento:* Se le administran 24 inyecciones endovenosas de bicianuro de mercurio (1 cc. diario) y neosalvarsán (0.15, 0.40, 0.60, 0.90). Se le da de alta en condiciones muy mejorado.

~~~~~



OBSERVACION IV

Juan Garabello, 30 años de edad, empleado.

Fecha de ingreso: Mayo 7 de 1917. Alta: Junio 28 de 1917.

Diagnóstico. — Ulcera sifilítica del estómago.

Antecedentes hereditarios. — Padres vivos y sanos, 6 hermanos vivos y sanos, 3 murieron ignorando de qué afección.

Antecedentes personales. — No recuerda enfermedad en su infancia, siempre sano. Ha tenido a los 22 años varios chaneros que dice haber sido blandos, acompañados de adenitis inguinal supurada.

Es casado, su esposa ha tenido un parto a los 7 meses y 3 abortos: uno de 5 meses y dos de 3 meses. Tuvo después a los ocho meses, otro parto con niño muerto.

Regular fumador, antiguamente muy buen bebedor de vino, alcohol y ajeno, llegando repetidas veces a da embriaguez.

Enfermedad actual.—Refiere el enfermo que hace cosa de cuatro años que viene sintiendo un dolor en el epi-

gastro, dolor que aparece cuatro horas después de la comida y que se calma con la ingestión de pequeña cantidad de alimento. Hace cosa de dos años ha tenido varias veces vómitos que sucedían a las dos horas de haber comido, arrojando toda la cantidad ingerida.

Es constipado, orina bien, apetito aumentado, ha perdido aproximadamente 12 kilos de peso en 9 meses.

Estado actual. — Buena conformación esquelética, tejido muscular bien desarrollado, panículo adiposo en regular cantidad, piel blanca.

Cabeza: Bien conformada.

Ojos, nariz, oídos: Normales.

Boca: Dentadura en regular estado de conservación, lengua ligeramente saburral, mucosas normales.

Cuello: Normal.

Tórax: Bien conformado.

Pulmones: Normales.

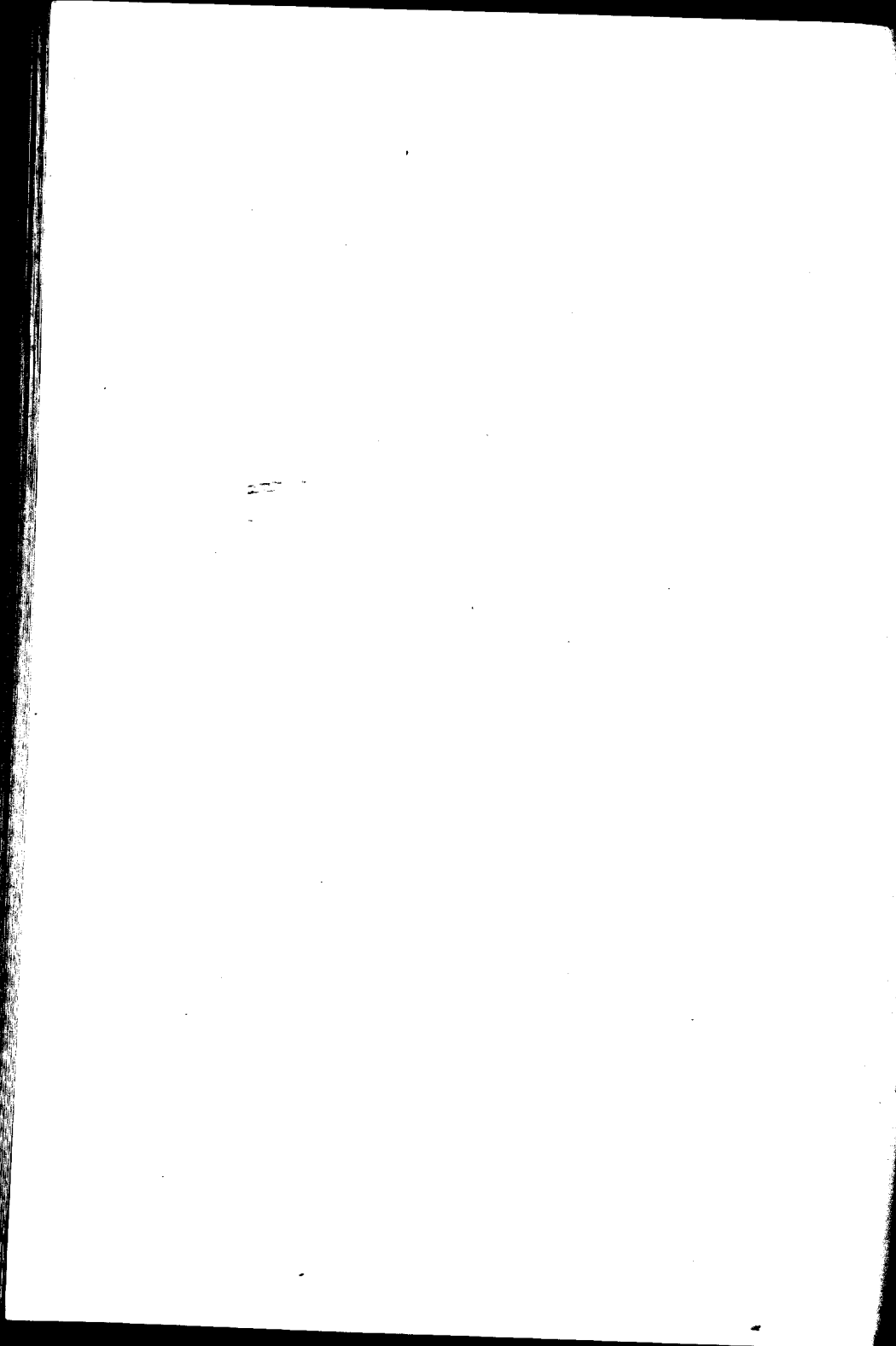
Corazón: Area cardíaca normal, a la auscultación se observa el segundo tono acentuado en el foco aórtico y en los demás focos tonos conservados.

Abdomen: La palpación de la región epigástrica acusa dolor que aumenta a medida que se haga más fuerte la presión.

Hígado, Bazo: Normales.

Sistema nervioso: Normal. Reflejos conservados.

Radioscopia: Mayo 15 de 1917. Se observa a la pantalla, después de la ingestión del alimento, el pasaje del líquido en el píloro bien. No hay contracciones buc-



OBSERVACION V

Antonio Rebizzo, casado, de 55 años de edad, jornalero.

Fecha de ingreso: Noviembre 8 de 1917. Alta: Noviembre 28 de 1917.

Diagnóstico: Sífilis gástrica.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — En su infancia, sarampión. A los 20 años dice haber tenido una afección estomacal revelándose por malestar, erutos, falta de apetito y decaimiento general que curó a los 6 meses. Tuvo a los 30 años una blenorragia que curó sin dejar complicaciones y un chancro seguido de adenitis inguinal supurada. Es muy buen fumador y bebedor. Tiene un hijo y la señora tuvo tres partos prematuros con expulsión de feto muerto.

Enfermedad actual: Se encuentra enfermo desde hace 15 años con dolores continuos en el epigastrio, con irradiaciones hacia los hipocondrios. No digiere los alimentos y tiene pérdida casi completa del apetito.

Sensación de peso en el estómago y muy a menudo arcadas y náuseas, pero no vómitos. A veces ha notado pérdida de sangre con las materias fecales. Orina bien y es constipado habitual.

Estado actual. — Sujeto de escaso panículo adiposo, buen desarrollo esquelético y muscular. Piel blanca, no hay alteraciones pupilares.

Cuello: Largo, con ligera micropoliadenopatía. No se observan latidos.

Aparato respiratorio: Normal.

Aparato circulatorio: Area cardíaca normal; tonos apagados, el segundo aórtico poco fuerte. Area de los grandes vasos aumentada.

Pulso: Igual, regular, buena tensión, paredes duras.

Abdomen: Blando, palpable, doloroso en la región epigástrica.

Análisis de orina: Normal.

Examen de sangre:

Glóbulos rojos..	±.300.000
„ blancos..	7.000
Hemoglobina..	70 %
Polinucleares neutrófilos.. . .	52 „
„ eosinófilos	7 „
Linfocitos..	37 „
Polinucleares grandes.. . . .	4 „

Reacción de Weber: Positivo.

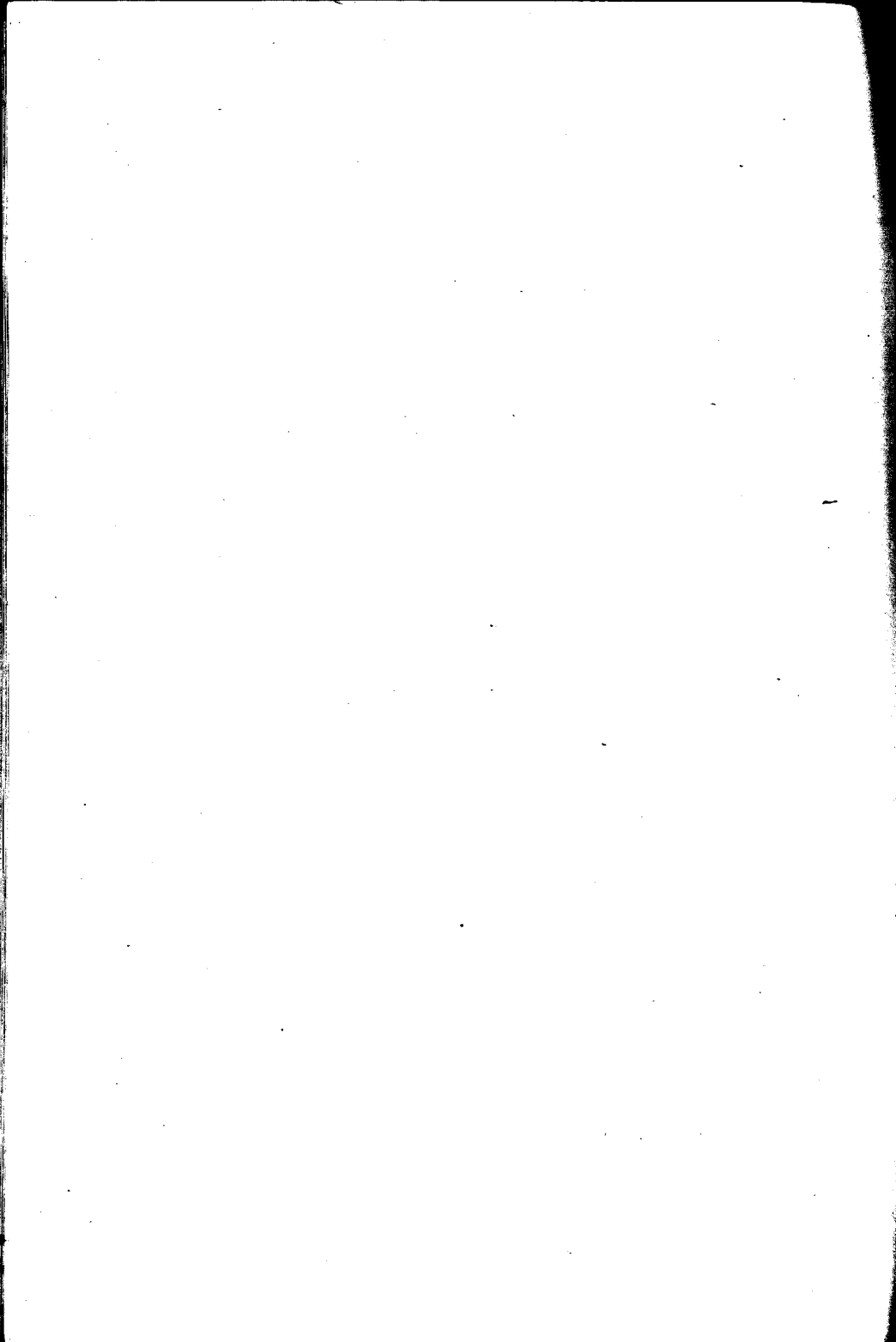
Reacción de Wasserman: Positiva.

Examen radioscópico: Area de los grandes vasos aumentados. Estómago chico, se encuentra a un dedo

por encima del ombligo. Se dá bismuto y se constata que pasa muy rápidamente al intestino.

Tratamiento: Inyecciones diarias endovenosas de bicianuro de Hg. Se da de alta el 28 de Noviembre, muy mejorado.





OBSERVACION VI

Daniel Candia, de 39 años de edad, soltero, carnicero.

Fecha de ingreso: Enero 10 de 1918. Alta: el 10 de Mayo de 1918.

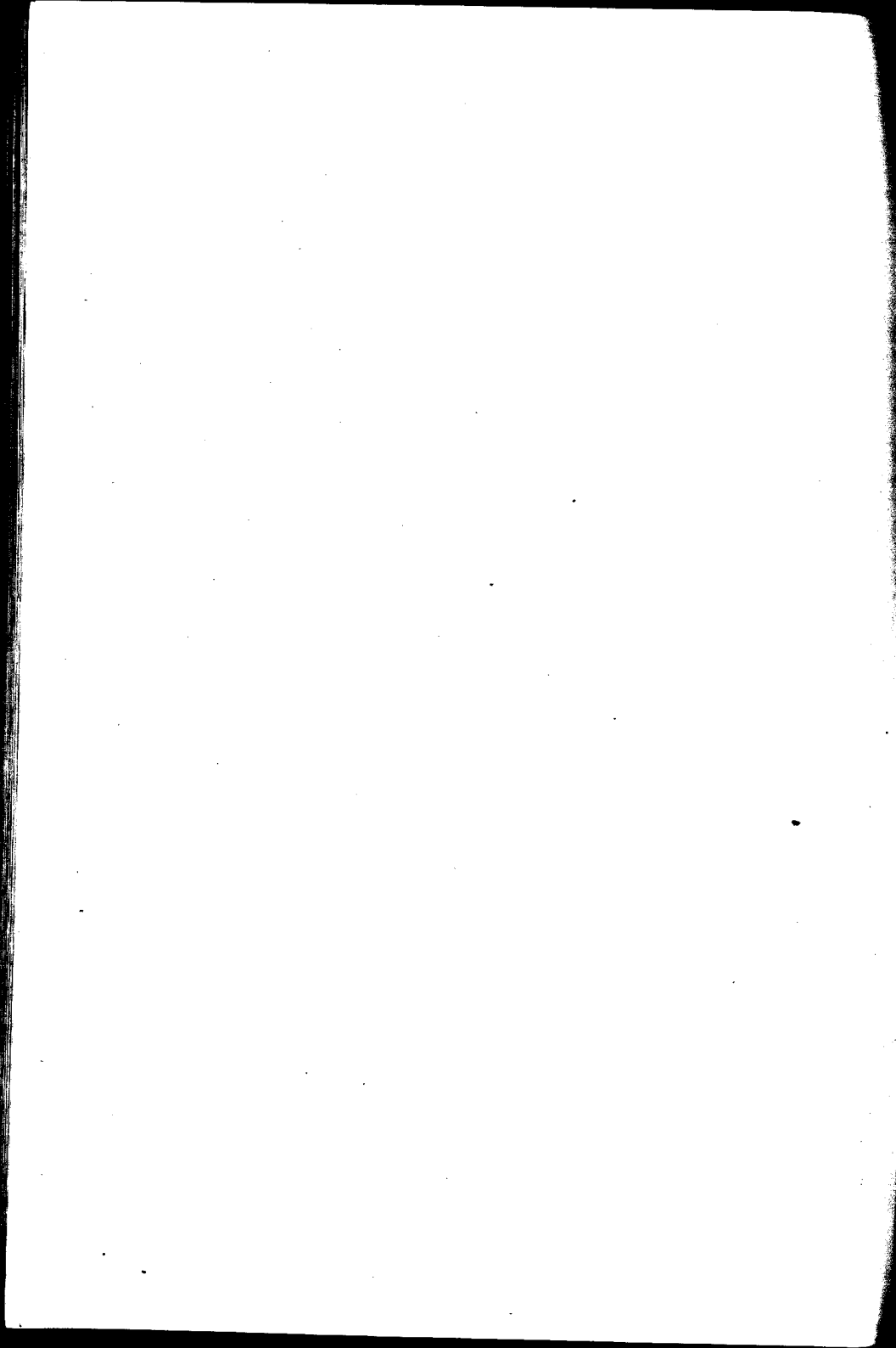
Diagnóstico: Ulcera sifilítica del estómago.

Antecedentes hereditarios. — El padre vive y es sano, la madre murió a los 32 años, de un tumor a la matriz. Tiene cinco hermanos sanos y uno murió a los 28 años de tuberculosis.

Antecedentes personales. — No recuerda haber tenido enfermedades en la infancia. A los 10 años tuvo paludismo, que le duró unos tres o cuatro meses. Niega gonococcia y sífilis. No hay otros antecedentes.

Enfermedad actual. — Comenzó su enfermedad hace un año con malestar general, pérdida de apetito y mareos frecuentes. Después le aparecieron vómitos a las 2 horas de las comidas, dolores de estómago cada vez más pronunciados hasta que en esta última época se

Se dan inyecciones intramusculares de aceite gris semanalmente. Se le inyecta también cuatro veces No-voarzeno benzol (0,45). El día 5 de Mayo sale de alta mejorado.



OBSERVACION VII

José P. Soler, casado, de 41 años de edad, empleado de ferrocarril.

Fecha de ingreso: Noviembre 15 de 1916. Alta: Diciembre 19 de 1916.

Diagnóstico: Úlcera gástrica sifilítica.

Antecedentes hereditarios. — El padre falleció a los 65 años, ignora de qué afección. La madre vive y es sana. Tiene 10 hermanos vivos y 4 fallecidos, ignorando también las causas.

Antecedentes personales. — Varicela y sarampión en la segunda infancia, no recuerda haber tenido otras enfermedades a no ser que dos blenorragias que curó y a los 35 años un chanero que cicatrizó al mes y medio. No da antecedentes secundarios. Tiene dos hijos idiotas y la señora tuvo varios abortos. Poco fumador y poco bebedor.

Enfermedad actual. — Hace 19 días que se inicia su afección con malestar general, sensación de peso en el

estómago y con una gran hematemesis después de 3 horas del almuerzo. Toma un purgante y a las 12 de la noche vuelve a tener un nuevo vómito de una regular cantidad de materia semi-líquida de color borra de café. A las 5 de la mañana se le presenta una tercera hematemesis, llegando el enfermo a un verdadero estado depresible. El médico le impone reposo absoluto, hielo, ergotina, etc. Al mover el vientre, las materias fecales eran completamente negras.

El apetito está conservado, tiene ardores y mueve bien su vientre.

Disminuyó 8 kilos de peso durante 18 días. No da otros antecedentes.

Estado actual. — Sujeto adelgazado, esqueleto óseo bien desarrollado; escaso panículo adiposo, piel blanca y húmeda. No se palpan ganglios.

Cabeza y cuello: Normal, no hay alteraciones pupilares.

Aparato respiratorio y circulatorio: Normales.

Abdomen: Vientre depresible, no hay venas superficiales, no hay dolor ni espontáneo ni provocados, no hay defensa muscular.

Reacción de Weber: Positiva.

Reacción de Wasserman: Negativa.

Análisis del jugo gástrico: Amarillo, débil. Depósito regular. Acido.

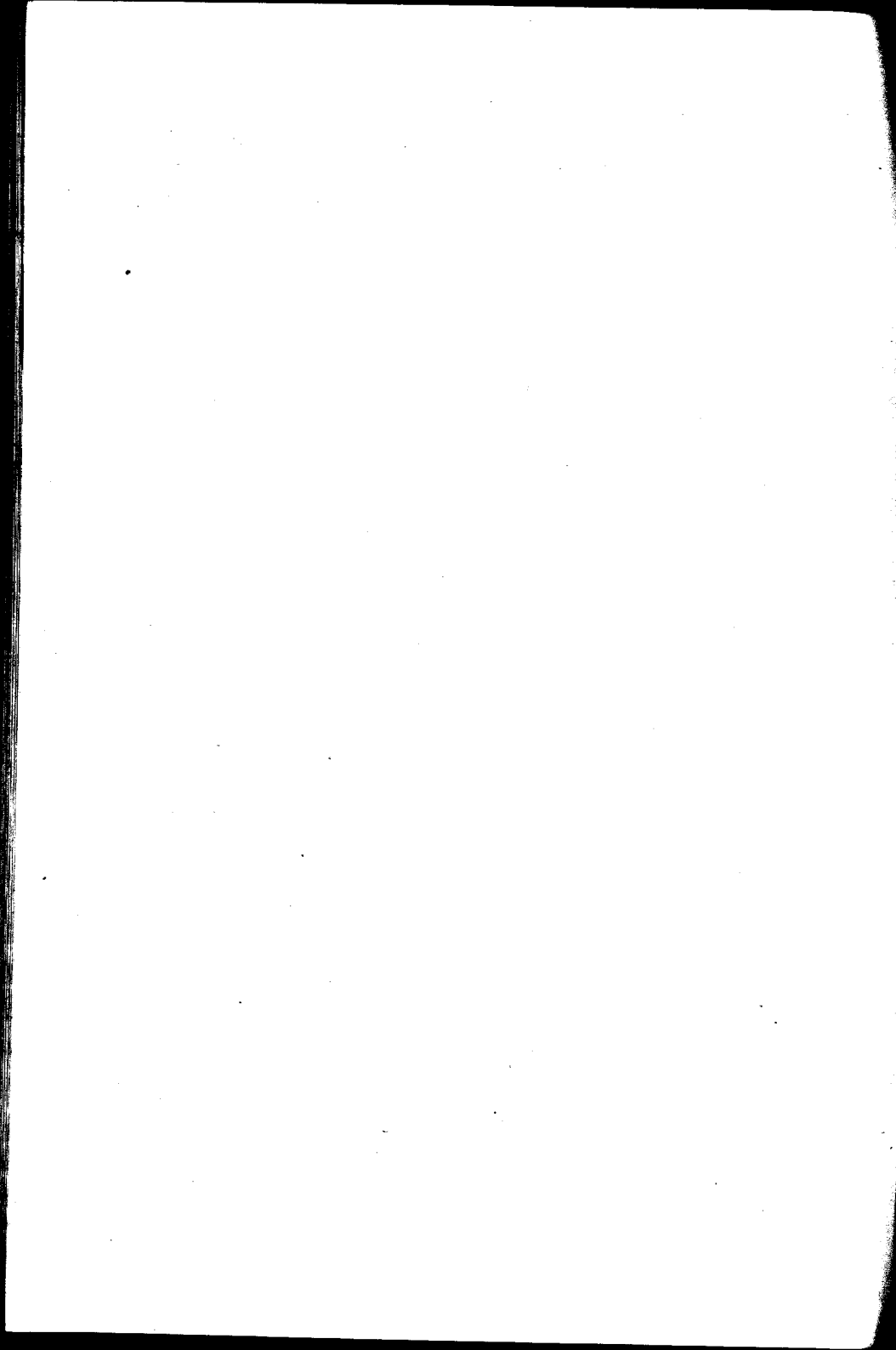
Acidez total.	2.774	o/oo
HCL. libre.	0.876	„
Cloro combinado orgánico.	2.022	„

Acido láctico... 0.50 o/oo
 Almidón... Gran cantidad
 Albúmina... Vestigios
Análisis de orina: Normal.

<i>Análisis de sangre:</i>	Novbre. 17	Diciembre 1°
Glóbulos rojos	3.400.000	4.930.000
„ blancos	8.800	6.400
Relación globular	1 x 681	1 x 777
Hemoglobina	60 %	93 %
Valor globular	0.90 „	0.95
Polinucleares neutrófilos	71 „	60 %
Eosinófilos	0.33 „	1.66 „
Linfocitos	27 „	34 „

Tratamiento: Se le administra tratamiento mercurio iodurado, bajo forma de inyecciones diarias endovenosas de bicianuro de Hg e ioduro de potasio por vía digestiva. El enfermo en 20 días aumenta 6 kilos de peso y el 19 de Diciembre es dado de alta como curado. Se le aconseja la continuación del tratamiento mercurial.





OBSERVACION VIII

Juan Alieni, de 46 años de edad, casado, italiano, comerciante.

Fecha de ingreso: Diciembre 14 de 1915. Alta: Marzo 3 de 1916.

Diagnóstico: Sifiloma del estómago (tipo pseudo-canceroso).

Antecedentes hereditarios: La madre vive y es sana; el padre falleció, ignora la causa. Tiene tres hermanos sanos.

Antecedentes personales. — Dice haber sido siempre sano, niega enfermedades venéreas. Regular bebedor y fumador.

Enfermedad actual. — Comienza su enfermedad desde el mes de Mayo con dolores en el epigastrio y con diarreas abundantes, 6 u 8 deposiciones diarias. Consulta al médico, quien lo alivia por el tratamiento impuesto, pero a los 15 días más tarde, reaparecen con igual intensidad las diarreas y los dolores en el epigas-

trio con irradiaciones hacia el hipocondrio derecho. Nota que palidece de más en más, como también se percibe su adelgazamiento progresivo. A los dolores se añade un ardor constante que aumenta considerablemente a las dos horas después de las comidas y que persiste largo tiempo hasta que un vómito constituido de un líquido claro, poco ácido y sin restos alimenticios lo alivia.

Estado actual. — Sujeto bastante adelgazado, pannículo adiposo escaso, buen desarrollo esquelético. Piel pálida, de color pajizo; ligero edema maleolar. No se palpan ganglios.

Facies: Pálida, asimétrica, pliegues faciales borrosos.

Ojos: Conjuntivas pálidas. Pupilas redondas, iguales, con reflejos normales. Ptosis del párpado superior derecho.

Boca: Dientes mal conservados, lengua rosada, desviación de la punta hacia la derecha.

Oídos: Normales.

Aparato circulatorio: Pulso regular, igual, amplio, buena tensión, 75 pulsaciones por minuto.

Corazón: Area cardíaca normal, tonos normales, no hay soplos.

Aparato respiratorio: Normal.

Abdomen: Ligeramente globuloso, simétrico, no se observa venas superficiales. A la palpación indoloro, elástico. En la mitad izquierda de la región epigástrica, se palpa un tumor del tamaño de una mandarina, irre-

gular, de consistencia sólida, no renitente, desplazable con la respiración y fijable. Por encima de él se palpa el borde izquierdo del hígado, duro y liso. No hay dolor. Percusión del abdomen timpánica.

Reacción de Wassermann: Negativa.

Reacción de Weber: Positiva.

Análisis del jugo gástrico: (Comida de Ewald).

Incoloro. Depósito abundante. Reacción ácida ligera.

Acidez total.	0.876	o oo
HCL libre.	00	
Cloro orgánico.	1.22	„
Acido láctico.	0.40	„
Glucosa.	Vestigios	
Almidón.	„	
Peptona.	„	

Análisis de orina: Normal.

<i>Examen de sangre:</i>	<i>Diciembre 15</i>	<i>Enero 1.º</i>
Glóbulos rojos.	2.400.000	3.930.000
„ blancos.	7.200	6.400
Hemoglobina.	42 %	71 %
Relación globular.	1 x 333	1 x 614
Polinucleares neutrófilos	69 %	68.33 „
Eosinófilos.	1 „	1 „
Linfocitos.	29 „	29.65 „
Glóbulos rojos, anémicos.		

Examen radioscópico: Diciembre 20.

Motilidad disminuída. Borde inferior debajo del ombligo. En la unión de los dos tercios superiores con el tercio inferior, la gran curvadura aparece poco neta y

no se desplaza a la presión; es además dolorosa. No hay imagen diverticular. El píloro se llena normalmente; la evacuación es lenta.

El día 21 de Diciembre, el enfermo tiene un ictus, quedando con parálisis del facial derecho, paresia marcada del miembro superior derecho y apenas en la pierna del mismo lado.

Los fenómenos mejoran rápidamente, mediante el tratamiento específico.

Tratamiento: Se le administra tratamiento mercurial (bicianuro de mercurio y aceite gris).

Se nota franca mejoría y en Marzo 13 se le da de alta.

El tumor gástrico ha desaparecido; la palpación no es dolorosa, no tiene vómitos, y la parálisis también ha desaparecido totalmente.

Hasta la fecha no volvieron a aparecer los trastornos gástricos anteriores, a pesar de su dieta libre.



OBSERVACION IX

Constantino Pons, de 25 años de edad, soltero, español, agricultor.

Fecha de ingreso: Enero 16 de 1917. Alta: 28 de Febrero de 1917.

Diagnóstico: Ulcera sifilítica del estómago.

Antecedentes hereditarios. — Los padres viven y son sanos, tiene seis hermanos también sanos, otro hermano falleció por ruptura de aneurisma (?).

Antecedentes personales. — Dice haber padecido afecciones intestinales desde los 4 a 6 años de edad. Cefaleas intensas y frecuentes después de los 12 años, mejorando a los 18 años. Tuvo a esta última edad fiebre tífus. Al año más tarde contrajo una blenorragia que curó pronto. A los 21 años tuvo un chanero acompañado de adenitis sin supuración. Desde hace 2 años y medio tiene un eczema generalizado en los miembros superiores, inferiores y en el tronco. No es bebedor, fumador moderado.

Enfermedad actual. — Desde hace 7 meses y medio comenzó a sentir dolores intensos en el epigastrio, que se hacían insoportables después de las comidas, con propagación hacia atrás y arriba; dolor punzante que el enfermo compara a un pinchazo que llegara hasta la columna vertebral. Hace tres meses después de seguir el tratamiento medicamentoso, se somete a una intervención quirúrgica que se le practica en el Hospital Fernández, comprobándose una úlcera en la pared posterior del estómago cerca del píloro. Se efectúa una gastroenterostomía posterior. El enfermo siguió bien hasta un mes y medio después de esta operación, volviendo entonces a sufrir de sus dolores continuos en la región epigástrica en igual forma que antes de la intervención, razón por el cual resuelve ingresar nuevamente al hospital. Desde hace mucho tiempo tiene diarreas frecuentes.

Estado actual. — Enfermo de estatura normal, buen desarrollo esquelético y regular panículo adiposo. Piel blanca, seca y elástica. Tiene una erupción máculo-papulosa rosada localizada en los miembros, tórax y abdomen, siendo más abundante en la cara interna del muslo y pierna derecha y en la cara póstero-externa del muslo y pierna izquierda. No hay picor, es seco, ligeramente escamoso, rosado, tomando el tipo psoriasiforme. Hay escasos ganglios pequeños en el cuello e ingles. Tiene una cicatriz operatoria en el epigastrio.

Cabeza y cuello: Pelo rubio y seco, se le cae fácil-

mente, lo mismo que las cejas. No hay alteraciones pupilares. Leucoplasias en la cara interna de las mejillas. No hay otras alteraciones.

Aparato circulatorio: Pulso regular, buena tensión, amplio y de 90 pulsaciones por minuto. Area cardíaca normal, tonos normales, el segundo aórtico aumentado.

Aparato respiratorio: Normal.

Abdomen: Simétrico, timpánico, no hay venas superficiales. A la palpación tenso, elástico, doloroso en el epigastrio. Colon ilíaco palpable, también algo doloroso.

Reflejos tendinosos exagerados en el miembro inferior.

Análisis de orina:

Densidad 1023, ácida. Urea 33. Cloruros 10. No hay elementos patológicos.

Reacción de Wassermann: Negativa.

Análisis de sangre:

Glóbulos rojos	4.700.000
„ blancos	7.000
Relación globular	1 x 671
Hemoglobina	90 %
Polinucleares neutrófilos	70 %
Eosinófilos	0.33 %
Linfocitos	27 %
Formas de transición	2 %

Análisis del jugo gástrico:

Acidez total.	1.606 %
HCL libre.	0.365 „
Cloro combinado.	0.730 „
Acido láctico: positivo.	

Tratamiento

Se le administran veinte inyecciones endovenosas de bicianuro de mercurio. El día 28 de Febrero sale de alta a su pedido, encontrándose muy mejorado de sus dolencias y con buen aumento de peso.

OBSERVACION X

Luis M., casado, de 51 años de edad, italiano, jornalero.

Diagnóstico: Sífilis gástrica (tipo pseudo-canceroso.)

Fecha de ingreso: Enero de 1918.

Enfermedad actual. — Es difícil obtener datos del enfermo, porque padece de otitis media bilateral desde hace 9 años y contesta al interrogatorio con dificultad. No tuvo nunca vómitos, pero sí náuseas. El apetito se encuentra muy disminuído; tiene deposiciones diarreicas desde hace tiempo, pero no hay sangre visible.

Estado actual. — Sujeto en mal estado de nutrición, con escaso pániculo adiposo; piel flácida, seca y de tinte pajizo. Mucosas y encías muy pálidas. Pesa 51 kilos.

Aparato circulatorio y respiratorios Normales.

Abdomen: Aspecto normal, no hay meteorismo, ni dolor; escasa defensa en el epigastrio. Se palpa una

masa pequeña en el lado derecho del epigastrio, de consistencia algo dura desplazable con la respiración. El examen de orina no revela nada de anormal.

Examen de sangre: (Diciembre 15 de 1917).

Glóbulos rojos..	2.500.000
„ blancos..	10.500
Relación globular..	1 x 251
Hemoglobina.....	50 %
Valor globular..	0.98
Polinucleares neutrófilos..	73 %
Basófilos..	0.50 %
Eosinófilos..	1.50 „
Linfocitos..	20.50 „
Mononucleares..	2 „

Reacción de Wassermann: (varias veces): Negativa.

Reacción de Weber: „ „ Positiva.

Análisis del jugo gástrico:

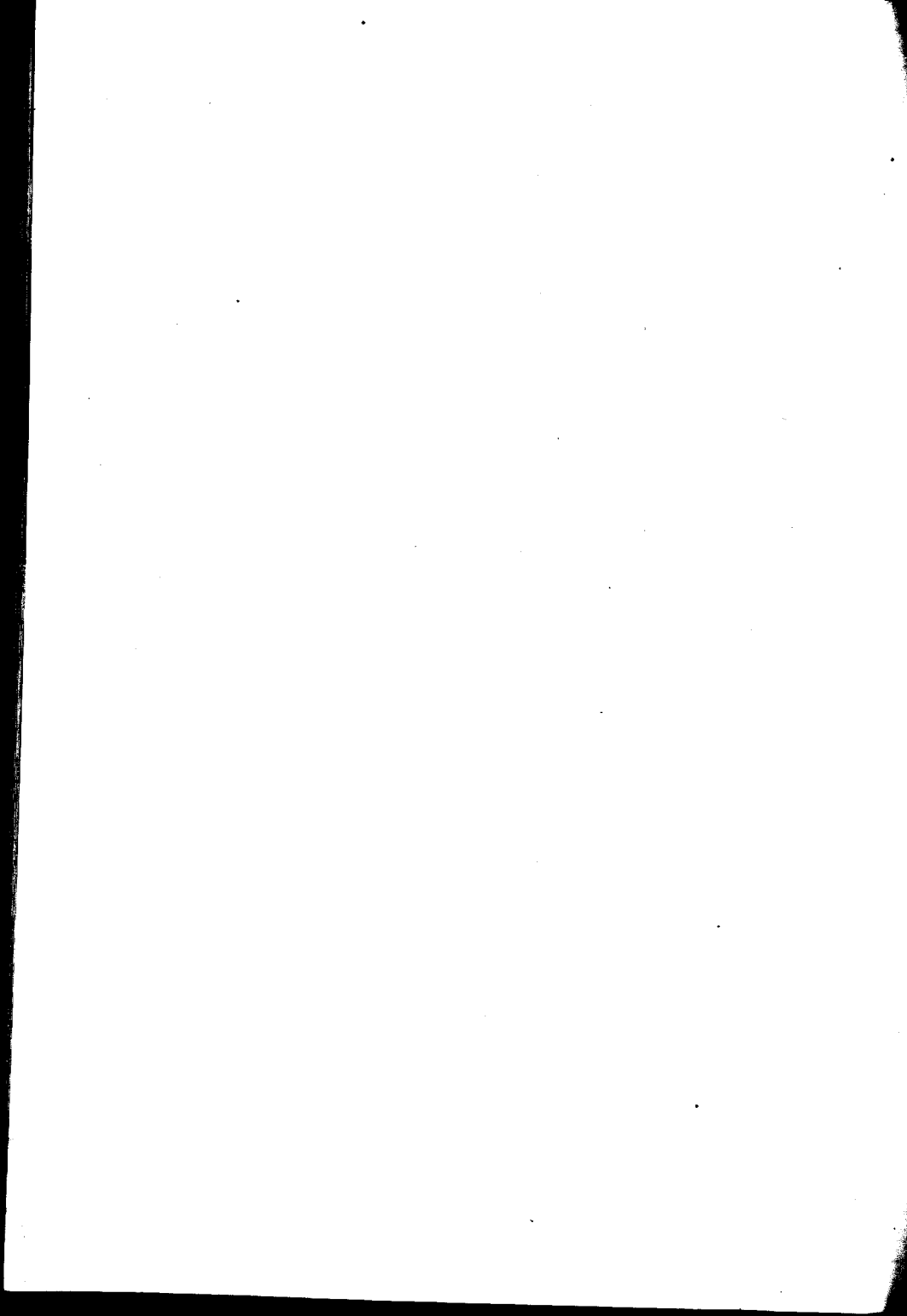
	Líquido residual	Después de la comida de prueba
Acidez total..	0.65 o oo.	1.50 o oo.
Acidez orgánica	00 „	0.40 „
HCL libre	00 „	00
Acidez cloro orgánica	0.55 „	0.95 o oo.
„ fosfática	0.10 „	0.15 „
Acido láctico	Regular cantidad	Regular cantidad
„ butírico	„ „	„ „

Examen Radioscópico: Se observa que todo el estómago está rechazado a la derecha, es hipotónico. El píloro se encuentra en el flanco derecho a 3 dedos de la

espina ilíaca superior derecha. No hay vaciamiento. Se ve inmovilización de la pequeña curvadura y píloro.

Tratamiento: Habiendo sido diagnosticado sífilis gástrica, se instituyó tratamiento específico a base de fricciones mercuriales. Después de un mes y medio, el enfermo se encontró muy mejorado, con reaparición del apetito, con aumento de peso, desaparición de la anemia y con buen estado general.

En la actualidad el enfermo se encuentra en óptimas condiciones.



OBSERVACION XI

María G., de 32 años de edad, española, casada.

Fecha de ingreso: Enero de 1918. Alta: Julio 30 de 1918.

Diagnóstico: Sífilis gástrica. (forma ulcerosa).

Antecedentes hereditarios. — Padre muerto de afección cardio-renal; la madre vive y padece de reumatismo desde hace mucho tiempo. Tiene tres hermanos que son sanos.

Antecedentes personales. — En la infancia escarlatina y difteria. Entre los 16 y 18 años fué operada de apendicitis. Niega venérea y sífilis; no recuerda ninguna otra afección de su pasado.

Enfermedad actual. — Enero 4 de 1918. Viene quejándose de su estómago desde hace un año y medio sin que notase mejoría alguna a pesar del tratamiento dietético-medicamentoso que se le instituyó. Comenzó su padecimiento con dolores periódicos al principio y luego continuos, exacerbándose con los movimientos y du-

rante la noche. También viene sufriendo desde hace tiempo cefaleas frecuentes y vespertinas, malestar general que le impide continuar trabajando, no pudiendo encontrar alivio con sellos de aspirina y piramidón que a menudo tomaba. Refiere no haber notado nunca ardores y acidez de estómago. Ha sido siempre constipada, pasando a veces una semana sin poder mover el vientre. Dice haber perdido ocho kilos de peso en un año.

Estado actual. — Enferma de buen estado de nutrición, regular panículo adiposo, buen desarrollo esquelético.

No existen alteraciones en la visión, ni fenómenos pupilares. Motilidad normal.

Aparato circulatorio y respiratorio: Normales.

Abdomen: Muy flácido, fácilmente palpable, doloroso a nivel del epigastrio. Hay defensa muscular.

Reacción de Wassermann: Positiva.

Reacción de Weber: Positiva.

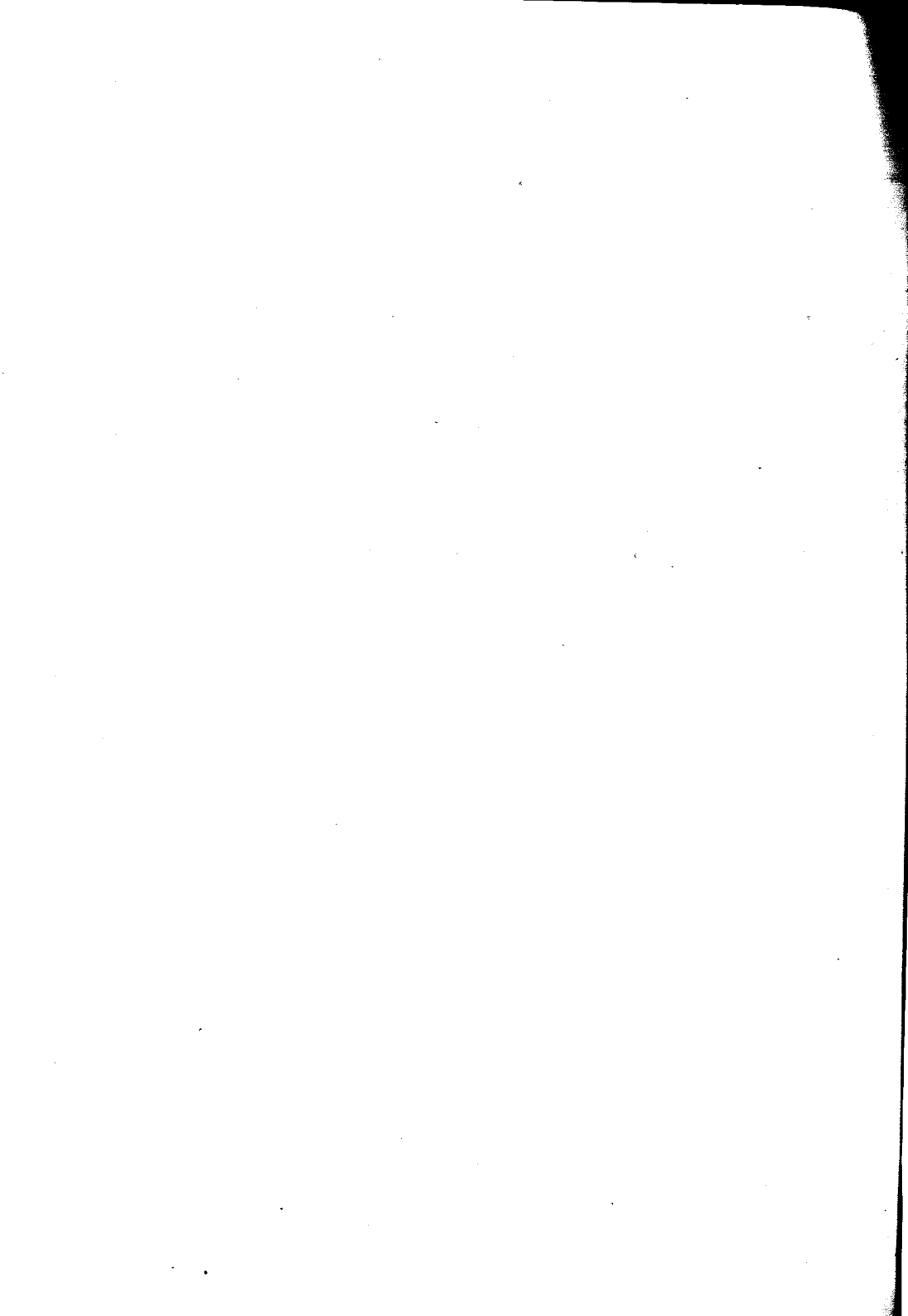
Análisis del jugo gástrico:

Acidez total..	0.50 o/100
HCL. libre..	00
Cloro orgánico..	0.35 „
Acido láctico y butírico..	Vestigios

Análisis de sangre:

Glóbulos rojos..	4.000.000
„ blancos..	7.200
Hemoglobina..	82 %
Linfocitos..	26 „

Tratamiento: Se le administran 8 inyecciones intramusculares de aceite gris y luego 16 inyecciones endovenosas de biioduro de mercurio. Se da de alta completamente curada, en Mayo 29 de 1918. En Julio 30 es vista de nuevo, y manifiesta no tener ningún rastro de perturbaciones pasadas a pesar de su dieta libre.



OBSERVACION XII

Elías Escudero, de 36 años de edad, soltero, argentino.

Fecha de ingreso: Marzo 1916. Alta: Mayo 1916.

Diagnóstico: Ulcera sifilítica del estómago.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — No recuerda haber tenido enfermedades en su niñez. A los 20 años contrajo blenorragia y a los 26 años un chancro que fué clasificado específico. Padece muy a menudo de dolores reumáticos. Estuvo bajo asistencia de un médico quien le practicó durante un año inyecciones intramusculares de aceite gris. Dice no haber tenido manifestaciones secundarias. Es bebedor, fumador como también muy constipado.

Enfermedad actual. — Hace como tres años que experimenta dolores epigastrálgicos acompañados de vómitos a la hora u hora y media de haber ingerido ali-

mentos. Estos dolores se propagan hacia la espalda y aumentan con la presión. Tiene acidez muy pronunciada y ardores casi todo el día. Dice haber tenido varias veces hematemesis.

En cuanto al examen somático no revela ninguna particularidad a no ser que su punto doloroso en la región del estómago, su estado de nutrición bastante deficiente y el tinte de la piel y mucosa muy anémicos. Pulmones y corazón normales.

Después de un largo tiempo que estuvo sujeto a un régimen medicamentoso como también dietético, pero sin resultado, se resuelve intervenir quirúrgicamente.

En Marzo de 1916, el doctor Blaksley, constata una úlcera del tamaño de una moneda de diez centavos en la cara anterior del estómago, cerca de la pequeña curvadura. Se efectúa una gastro-enterostomía posterior.

Como resultado post-operatorio, el enfermo se encuentra muy aliviado de sus dolencias y se le continúa con tratamiento mercurial. Se da luego de alta en Mayo 30, con óptimos resultados hasta la fecha.

OBSERVACION XIII

Gerónimo Angielo, de 35 años de edad, español, casado.

Fecha de ingreso: Junio de 1918. Alta: Julio 30 de 1918.

Diagnóstico: Ulcera gástrica estomacal.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Dice haber tenido en su edad infantil, escarlatina, fiebre tifoidea y viruela. Hace como diez años contrajo un chanero específico seguido de adenitis no supurada. No tuvo ninguna manifestación secundaria ni terciaria como consecuencia de su enfermedad venérea. A menudo padece de reumatismo y de colitis. Manifiesta haber sido siempre constipado. Bebedor y fumador moderado.

Enfermedad actual. — Junio de 1918. Ingresa en el hospital Fernández, quejándose de dolores bastante intensos en la región del estómago, que viene padeciendo desde hace dos años. Estas epigastralgias que al principio eran de intensidad variable, se hicieron

cada vez más graves hasta tomar en la actualidad caracteres de verdadera crisis. Tuvo dos hematemesis durante estos últimos meses y vómitos frecuentes en cualquier época del día. Completa este malestar gástrico, una hiperacidez que es bastante acentuada a la hora y media de las comidas.

A la palpación revela dolor y defensa en la región del estómago. No se observan anormalidades en los pulmones y corazón. Las pupilas reaccionan bien a la luz y a la acomodación.

Reacción de Wassermann: Positiva.

En vista de su agravación, a pesar de su largo tratamiento dietético medicamentoso, se resuelve operar.

Es intervenido el 15 de Julio por el Dr. Blaksley, quien constata una formación ulcerosa en la parte media del estómago, cara anterior, y píloro grande e indurado. Se practica una gastroenterostomía posterior. Al enfermo, después de esta intervención, se le continúa tratamiento mercurial, dándose de alta completamente curado.



OBSERVACION XIV

Carlos Cavioli, de 35 años de edad, brasilero.

Antecedentes personales. — En su niñez no padeció enfermedades de importancia. A los 30 años contrae un chancro al parecer específico, pero sin ninguna otra manifestación como consecuencia de su enfermedad venérea. No recuerda haber tenido otras afecciones a no ser que ligeras bronquitis que siempre curó. No es bebedor pero sí fumador. Es constipado habitual.

Enfermedad actual. — Agosto de 1916. Hace tres años que comenzó su padecimiento estomacal con un dolor brusco y agudísimo en la región del epigastrio después de una comida algo copiosa. Estas epigastralgias continuaron siendo intermitentes hasta llegar hacerse en la actualidad continuas y exagerarse a la hora u hora y media después de la ingestión de los alimentos. No ha tenido hematemesis, pero sí grandes ardores durante todo el día, como también vómitos alimenticios en horas irregulares. Desde el comienzo de su afección siempre tuvo hiperacidez, apetito muy dis-

minuído y malestar general. El examen somático muestra: gran defensa de la pared en el epigastrio (lado derecho) y dolor intenso a la palpación. En los demás órganos nada de anormalidad. Sujeto muy demacrado, panículo adiposo muy escaso, encías y mucosas algo pálidas.

Fracasa todo tratamiento medicamentoso y dietético, razón por el cual se resuelve operar.

En Septiembre de 1916, interviene el doctor Blakley y constata una formación ulcerosa en la cara anterior del estómago cerca de la gran curvatura.

Se efectúa una gastro-enterostomía posterior y luego se continúa con tratamiento específico.

Con la obtención de una gran mejoría, se da de alta en Octubre de 1916.



OBSERVACION XV

Agustín Evin, de 44 años de edad, español, casado.
Fecha de ingreso: Septiembre 1917. Alta: Octubre
31 de 1917.

Diagnóstico: Úlcera gástrica específica.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — En su infancia viruela, escarlatina y sarampión. No tuvo ninguna otra afección a excepción de un chanero duro que contrajo cuando tenía 32 años de edad y que curó con un tratamiento impuesto por un médico. No tuvo ninguna manifestación secundaria. Es bebedor moderado, no es fumador.

Enfermedad actual.—Septiembre de 1917. Hacen como cuatro años que viene padeciendo de su afección gástrica. Se inició bruscamente después de una comida, con epigastralgia tan intensa, que tuvo que recurrir a la morfina. Estos dolores se presentaron otras veces con intermitencias hasta que en estos últimos

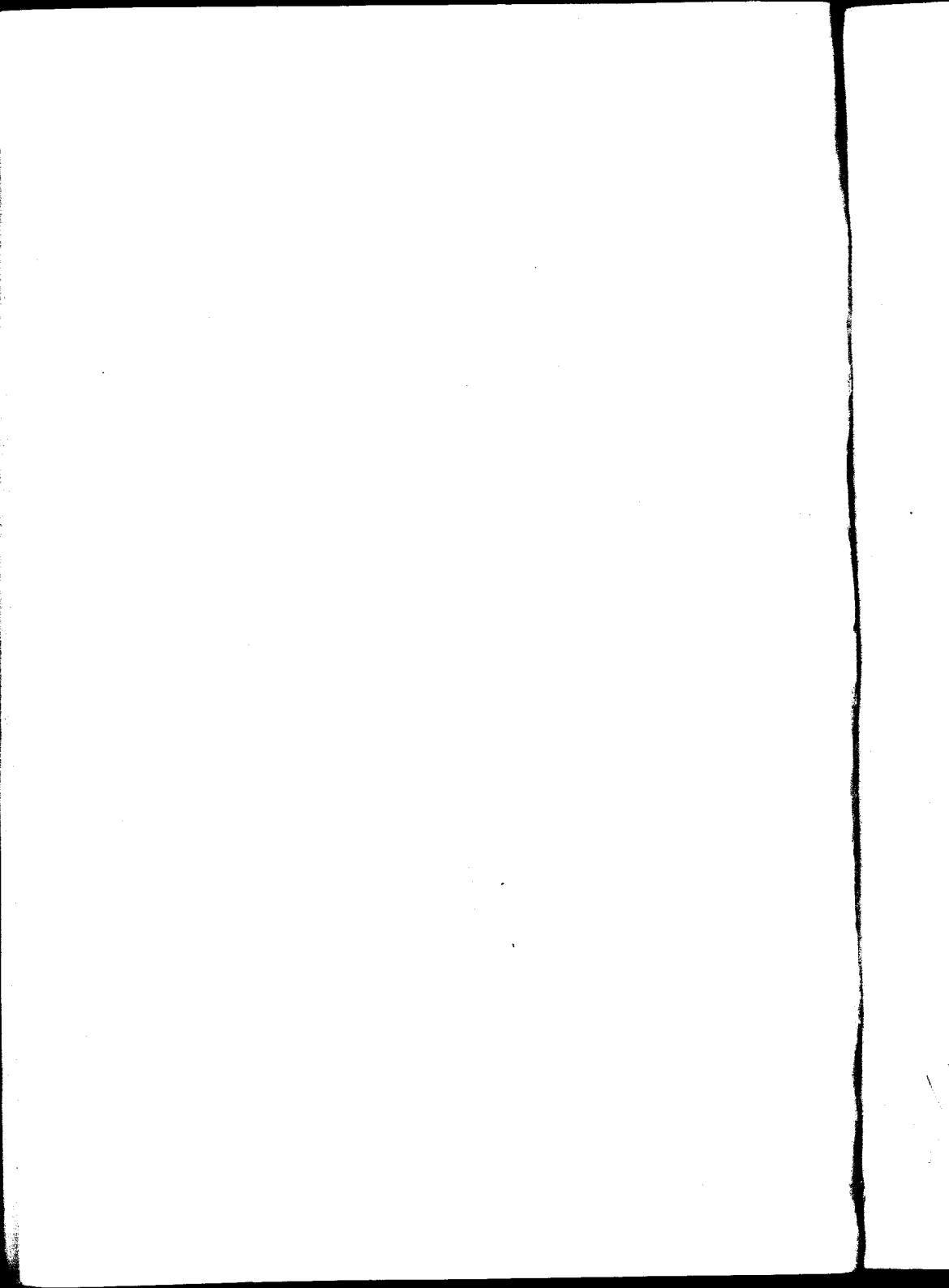
meses se hicieron continuos y se intensificaron en forma muy intolerables con irradiaciones hacia los hipocondrios y dorso. Dice haber tenido dos abundantes hematemesis, frecuentes vómitos y pocos ardores. Nunca se quejó de acidez.

Reacción de Wassermann: Positiva.

Valores del análisis del jugo gástrico: Normales.

El examen somático revela: dolor en la región del epigastrio, sobre todo a la derecha de la línea media con defensa de la pared. No se observan fenómenos pupilares. El aparato respiratorio como el circulatorio, nada de particular.

Habiendo fracasado el tratamiento dietético-medicamentoso que se le había impuesto con anterioridad al ingreso a este servicio, solicita el paciente la intervención quirúrgica. Es operado en Septiembre de 1917, por el Dr. Julio Blaksley, quien constata una úlcera de tamaño pequeño situada en la región pre-pilórica. Se practica una gastro-enterostomía posterior. Posterior a la intervención, se instituye tratamiento mercurial (inyecciones endovenosas de biioduro) dándose de alta en Octubre 31 de 1917, completamente curado.



SIFILIS DEL ESTOMAGO

Número de orden	NOMBRE del ENFERMO	EDAD	NACIONALIDAD	ESTADO	PROFESION	Edad de la iniciación de la enfermedad	Tiempo que se iniciaron los síntomas después de la infección	SINTOMATOLOGIA													Diagnóstico		Tratamiento	Resultado	Duración de la enfermedad	
								DOLORES	Irradiación del dolor	MAUSEAS	ARDORES	VOMITOS	Secreción gastr.	Hematemesis	Funciones del Intestino			PALPACION ABDOMINAL	APETITO	ESTADO DE NUTRICION	Reac. de Wassermann	Clínico				Operatorio
															Constipac.	Diarreas	MELENA									
1	Teresa Barletta	55 años	italiana	casada	q. d.	45 años	—	Intensos	No hay	—	Si	Frecuentes	Ausencia de ac. clorhid.	Abundantes	Si	No	No	Epigastrio doloroso. Se observa el contorno estomacal que se contrae a la presión.	Disminuido	Regular	Positivo	Sifilis gommosa del estómago	—	Bicianuro de Hg. Neosalvarsan	Curado	10 años
2	Catalina Castello	32 años	italiana	casada	q. d.	27 años	—	Intensos	Lumbar y miembros inferiores	—	No	Si	Hiperclorhidria	No hay	Si	No	—	Neoformación plana dura, irregular y desplazable.	Anorexia	Regular	Positivo	Sifilis gommosa del estómago	—	Bicianuro de Hg. Aceite gris Neosalvarsan	Mejorado	5 años
3	Pascual Bornaghi	34 años	italiano	casado	empleado	32 años	—	Hay	No hay	Si	No	No hay	Hiperclorhidria	No hay	Si	No	No	Doloroso en el epigastrio.	Disminuido	Regular	Positivo	Úlcera sifilítica del estómago	—	Bicianuro de Hg. Neosalvarsan	Mejorado	2 años
4	Juan Garabello	30 años	italiano	—	empleado	26 años	4 años?	Hay	No hay	—	No	Si hay	Hiperclorhidria	No hay	Si	No	No	Epigastrio doloroso a la presión	Aumentado	Bueno	Positivo	Úlcera gástrica	—	Bicianuro de Hg. Neosalvarsan	Curado	4 años
5	Antonio Rebizzo	55 años	italiano	casado	Jornalero	40 años	10 años?	Hay, son continuos	Ambos hipocóndrios	Si	No	No	—	No hay	Si	No	Si	Epigastrio doloroso	Muy disminuido	Regular	Positivo	Úlcera gástrica	—	Bicianuro de Hg.	Muy mejorado	15 años
6	Daniel Candia	39 años	parag.	soltero	carnicero	38 años	—	Intensos durante noche	No hay	Si	Si	Si hay	Hiperclorhidria	No hay	—	—	No	Debida muscular y dolor en la región epigástrica.	Disminuc. casi compl.	Malo	Positivo	Úlcera gástrica	—	Aceite gris Neo-arsenobenzol	Muy mejorado	1 1/2 años
7	José P. Soler	41 años	argent.	casado	empleado	41 años	11 años	No hay	No hay	—	Si	Si desde el principio	Ligera hiperclorhid.	Numerosas y abund.	—	—	Si	Indoloro. No hay defensa muscular.	Conservado	Muy adelgazada	Negativo	Úlcera gástrica	—	Bicianuro de Hg. Ioduro de K.	Curado	6 meses
8	Juan Alieni	46 años	italiano	casado	—	45 años	—	Existen	hipocóndrio derecho	—	—	Si	Hipoclorhidria	No hay	No	Abundantes	Si	Se palpa un tumor irregular, parte izquierda del Epigastrio.	Disminuido	Malo	Negativo	Sifilis gástrica (Tipo pseudo canceroso)	—	Bicianuro de Hg. Ioduro de K. Aceite gris	Curado	1 año
9	Constantino Pons	25 años	español	soltero	agricultor	24 años	4 años	Violentos desde el principio	Dorso y arriba	—	—	No	Hipoclorhidria	No hay	No	Frecuentes	—	Dolor en el epigastrio.	Conservado	Bueno	Negativo	—	Úlcera gástrica en cara posterior, cerca de piloro.	Fracasa tratamiento dietético, medicamentoso y quirúrgico. Mejora con bicianuro.	Curado	2 años
10	Luis M.	51 años	italiano	casado	Jornalero	—	—	No hay	No hay	Si	No	No	Ausencia de ac. clorhid.	No hay	No	Intensos	Si	Masa tumoral muy pequeña y desplazable.	Muy disminuido	Malo	Negativo	Sifilis gástrica (Tipo pseudo canceroso)	—	Fricciones de pomada mercurial.	Muy mejorado	—
11	Maria G.	32 años	españ.	casada	q. d.	30 años	—	Intermitentes y luego continuos	No hay	—	No	No	Ausencia de ac. clorhid.	No hay	Si	No	Si	Doloroso y defensa muscular.	Conservado	Bueno	Positivo	Úlcera gástrica	—	Aceite gris Bi-ioduro de Hg.	Curado	2 años
12	Elias Escadero	36 años	argent.	soltero	empleado	33 años	7 años	Hay	Hacia el dorso	—	Si	Si desde el comienzo	Hiperclorhidria	Varias veces	Si	—	—	Epigastrio doloroso.	—	Deficiente	—	Úlcera de la cara anterior del estómago cerca de la pequeña curvatura	Quirúrgico y con bi-ioduro de Hg.	Curado	3 años	
13	Gerónimo Angiolo	35 años	español	casado	Jornalero	33 años	8 años	Existen con carácter de crisis	No hay	—	—	Si	Hiperclorhidria	2 veces	Si	—	—	Dolor y defensa muscular en la región del estómago.	Conservado	Regular	—	—	Úlcera en la cara anterior del estómago	Quirúrgico y continuación del mercurial.	Curado	2 1/2 años
14	Carlos Cavioli	35 años	brasiler	—	Jornalero	32 años	2 años	Intensos. Al principio intermit. y luego cont.	No hay	—	Si	S	Hiperclorhidria	No hay	Si	—	—	Gran defensa de la pared.	Disminuido	Regular	—	—	Úlcera de la cara anterior del estómago cerca de la gran curvatura	Fracasa tratamiento medicamentoso y mejora con el quirúrgico y el mercurial.	Curado	3 1/2 años
15	Agustín Evin	44 años	español	casado	Jornalero	40 años	8 años	Intermitent. y luego continuos.	Hipocóndrios y dorso	—	Si	S	Normal	2 veces	—	—	—	Dolor y defensa muscular.	Conservado	Bueno	Positivo	—	Úlcera prepilórica	Fracasa tratamiento medicamentoso y cura con la intervención y mercurio.	Curado	4 1/2 años



Consideraciones clínicas

Todas estas observaciones, no dejan lugar a la menor duda respecto a la naturaleza luética de la afección, pues, la invulnerabilidad para todo tratamiento dietético-medicamentoso y la evolución obtenida bajo la influencia de la medicación anti-sifilítica, es la mejor demostración. En efecto, la mayoría de estos enfermos curaron por completo, y los menos mejoraron.

De la publicación del Dr. Castex, extraemos: "Las lesiones propiamente sifilíticas son casi en su totalidad accesibles al tratamiento; las de origen, pero no de naturaleza luética lo son poco o nada; las lesiones secundarias, verdaderas secuelas residuales de lesiones propiamente sifilíticas, son en absoluto inaccesibles a los medicamentos específicos. Estas últimas, constituyen indicaciones operatorias formales contra las cuales la medicina poco o nada puede y todo lo puede la cirugía."

La mayoría de nuestros enfermos, pertenecen al se-

xo masculino, así vemos, que hay en los quince casos, doce hombres, o mejor dicho, un 80 por ciento y tres mujeres, o sea, un 20 por ciento; lo que equivale a cuatro del sexo masculino por uno femenino.

En cuanto a la edad, el paciente más viejo tiene 55 años y el más joven 25 años.. El término medio de la edad es de 39 años, cifra que no se aparte del término medio de las úlceras benignas o no sifilíticas. Casi todos son mayores de 30 años.

En lo que refiere a la sintomatología, el dolor ocupa el primer lugar. El punto epigástrico ha sido notado en todos los casos, con irradiación frecuente hacia el dorso, hacia los hipocondrios, especialmente el derecho, y en un caso también hacia la región lumbar.

El dolor nocturno, lo hemos constatado únicamente en dos enfermos (14 por ciento); en 6 casos, el dolor era agudísimo y en los demás pacientes de intensidad variable, con acentuación generalmente después de la ingestión de alimentos.

Los vómitos, se han observado en 10 enfermos, es decir, en un sesenta y seis por ciento, de los cuales, en tres pacientes existían desde el comienzo de su afección. Los ardores y náuseas se notaron igualmente en nuestros casos.

Las hemorragias, bajo forma de hematemesis, melena y también como oculta en las heces, fueron observados en algunos de nuestros enfermos. De los 15 casos registramos cinco con hematemesis (33 por ciento), siendo éstas abundantes y frecuentes. En el caso nú-

mero 1 y número 7, este síntoma inició la serie de los trastornos gástricos. La reacción de Weber fueron positivas en 5 enfermos.

Respecto al análisis del jugo gástrico, no pudimos sacar ninguna conclusión. En ocho pacientes, el análisis de su jugo gástrico dió una hiperclorhidria manifiesta y en cinco una anaclorhidria. Según algunos autores, es de gran importancia la hipo o anaclorhidria, pues la consideran como característica de la sífilis gástrica. Así lo manifiestan Neugebauer, Brugsch, Schneider, Clark y otros.

En cambio, otros sostienen la hiperclorhidria en la mayoría de los casos, y explican la hipo o anaclorhidria que puedan presentarse, por el estado avanzado de la enfermedad, por la eliminación rápida del contenido gástrico y por la afección de las glándulas del estómago, especialmente en los casos altamente contracturados o en forma de reloj de arena.

Esta hipo o anaclorhidria nosotros la hemos observado en la proporción de un 33 por ciento.

El examen de sangre sobre siete enfermos, reveló disminución de glóbulos rojos, o sea, un promedio de 3.600.000 y de hemoglobina, o sea, 67.

El promedio de glóbulos blancos alcanzó a 7.800.

Por lo que respecta a la función del intestino, comprobamos constipación bien marcada en el 60 por ciento, diarrea en el 20 por ciento y normal en lo restante.

Mediante el examen físico, la palpación reveló una masa tumoral bien neta en dos enfermos, o sea en las

observaciones número 2 y número 8 y un rastro de prominencia palpable en la observación número 10. En los demás casos, la región epigástrica se presentó dolorosa, a excepción de uno, como también defensa muscular bien marcada.

Respecto a los enfermos número 8 y número 10, eliminamos el diagnóstico de cáncer real del estómago por la evolución obtenida mediante el tratamiento mercurial, pues, curaron de sus dolencias y desaparecieron sus respectivos tumores. Contribuía al diagnóstico de cáncer además de la masa tumoral, la ausencia de antecedentes específicos, las edades de los sujetos y la ausencia de Wassermann en ambos casos.

Bajo el punto de vista del estado nutritivo y ponderal, observamos en todos los casos pérdida de peso, pero, el estado general de nutrición, poco atacado. Es interesante tener presente esto, pues, la pérdida ponderal acompañada con el grado de caquexia, pérdida de fuerza, etc., se observan en las afecciones gástricas malignas.

El apetito también se mostró en general poco disminuído, a no ser que cuatro enfermos sobre quince la alimentación fué muy escasa y en uno presentaba anorexia completa.

Nos queda para abordar el estudio de la etiología.

De todos nuestros enfermos, ocho únicamente revelaron haber tenido la infección luética, o mejor dicho, confesaron su chancro y los demás negaron completamente.

En cuanto a la reacción de Wassermann, 9 veces resultó positiva sobre 13 enfermos, o sea, en la proporción de un 69 por ciento.

Pero, a pesar de la falta de Wassermann y de la ausencia de antecedentes de infección en algunos casos, no excluimos el diagnóstico de gastropatía luética, pues la presencia de ciertos síntomas especiales, la poca acción de la medicación ordinaria común (alcalinos, belladona, etc.), y la acción favorable del mercurio, nos hicieron inducir la creencia de que nos encontrábamos ante una lesión específica.

En general, el diagnóstico en la sífilis gástrica lo hace el tratamiento, siendo de escasísima utilidad los datos que nos proporciona el laboratorio.

En cuanto al tiempo de la iniciación de los síntomas después de adquirir la infección, pudimos obtener datos en ocho casos. El plazo menor fué de dos años y el mayor de once años; término medio, siete años.

La duración más corta de la enfermedad fué de seis meses y la más larga de 15 años.

Todos estos pacientes fueron sujetos a la medicación específica con resultados satisfactorios. Es natural, que interviniendo procesos esclerosos, cicatriciales, con estenosis pilórica o medio gástrica, la terapéutica específica es reemplazada por la intervención quirúrgica.

De las consideraciones precedentes dejamos sentado, que hoy en día, la existencia de la sífilis del estómago

no es rara como antes se creía; es al contrario, frecuente en nuestro ambiente.

Sin embargo, autores modernos como Eusterman pone en duda el rol desempeñado por la sífilis en la etiología de la úlcera gástrica. Contribuye a su creencia los siguientes hechos:

1.º La rareza de los casos en que las dos afecciones están asociadas, pues únicamente la encontró en la proporción de 1/3 a 1 por ciento sobre 2.500 enfermos de úlcera benigna constatadas por la intervención quirúrgica.

2.º Los resultados de las investigaciones de Rosenow con respecto al origen estreptocócico de las úlceras gastro-duodenales.

3.º Por la falta de una prueba constatando que la simple úlcera gástrica se vuelve gomatosa en presencia de sífilis generalizada o estomacal, como fué sostenida por Brugsch y Schneider.

Coincidiendo con nuestro trabajo, aparece la interesante publicación del Profesor Dr. Castex, en que sostiene que toda úlcera gastro-duodenal implica infección sifilítica.

Basado en este principio, tuvimos en un breve plazo de tiempo la oportunidad de observar la evolución de algunos pacientes afectados de *ulcus gástrico*.

En todos éstos, de edades diferentes, investigamos minuciosamente los antecedentes hereditarios, como también la sintomatología física y funcional del estómago, especialmente en los casos que habían Was-

sermann negativo y ausencia de antecedentes luéticos adquiridos. Además, instituímos tratamiento mercurial intensivo, bajo forma de inyecciones endovenosas de biioduro y bicianuro de mercurio, pero confesamos, sin llegar a un resultado favorable.

A continuación publicamos los historiales de los dos únicos enfermos menores de 30 años, que tuvimos la oportunidad de seguir durante un tiempo más o menos largo:

OBSERVACION XVI

Hospital Fernández. — Servicio del Profesor Doctor Ignacio Imaz

Juana Candora, de 17 años de edad, italiana, soltera.

Fecha de ingreso: Mayo 9 de 1918. Alta: Septiembre 12 de 1918.

Diagnóstico: Úlcera gástrica.

Antecedentes hereditarios. — Padres vivos. La madre padece anualmente, durante el invierno, dolores reumáticos. Tiene tres hermanas. Un hermanito murió de pocos días. La madre no ha tenido abortos.

Antecedentes personales. — En la infancia tuvo sarampión. Se resfría con facilidad durante el invierno. Dice haber sido siempre muy excitable, si bien nunca ha padecido de crisis nerviosas. Hace un año, experimentó durante varios días, fuertes dolores de espalda, que ella atribuye a su excesivo trabajo. Nunca tu-

vo tos. Menstruó a los 12 años; indoloras, escasas y de dos a tres días de duración. Desde hace dos meses sus menstruaciones son dolorosas y ha tenido que guardar cama por esta causa. Asegura no haber tenido relaciones sexuales.

Enfermedad actual.—Hacen dos meses, una mañana después de media hora de haber tomado su alimento habitual, sintió un intenso dolor en el epigastrio, como si se le apretaran; este dolor se propagaba hacia el dorso, como un verdadero pinchazo. Esto se repitió durante varias veces tomando carácter de una verdadera crisis, hasta que en la actualidad se hicieron continuos aunque menos intensos. Nunca tuvo vómitos, pero sí ardores. Dice haber disminuído mucho de peso en poco tiempo. Se hizo constipada desde el comienzo de su enfermedad.

Estado actual. — Enferma en regular estado de nutrición, escaso pániculo adiposo.

Las pupilas reaccionan bien a la luz y a la acomodación.

No se observan cicatrices cutáneas, ni estigmas de heredo-lues.

Aparato respiratorio y circulatorio: Nada de particular.

Abdomen: Dolor en el epigastrio con ligera defensa muscular.

Análisis de orina: Normal.

Reacción de Wassermann: Negativa.

Examen funcional del estómago: Revela poca retención alimenticia e hiperacidez.

Radioscopia: Aoarta normal.

Tratamiento: Se le instituye tratamiento antisifilítico de prueba. Se le administran 20 inyecciones endovenosas de bicianuro de mercurio. La enferma no encuentra alivio, continuando en el mismo estado. Los dolores existen como también los ardores.

El tratamiento con bismutos y alcalinos mejora en cambio a la enferma, que se retira del servicio curada cuatro meses más tarde.

OBSERVACION XVII

Hospital Alvear.—Servicio del Prof. Dr. R. A. Bultrich

Juan Rodríguez, de 25 años de edad, español, soltero, peón.

Fecha de ingreso: Febrero 5 de 1918.

Diagnóstico: Úlcera del estómago.

Antecedentes hereditarios. — Los padres han fallecido, ignora de qué enfermedad. Tiene seis hermanos sanos, habiendo muerto uno, no sabiendo tampoco la causa.

Antecedentes personales. — No recuerda haber tenido ninguna enfermedad, a no ser que el sarampión en la infancia y ligeros catarros del aparato respiratorio en estos últimos tiempos. No ha tenido enfermedades venéreas de ninguna clase, ha sido poco bebedor y regular fumador.

Enfermedad actual. — Comenzo hace un año con un

dolor en el abdomen, pero con mayor predilección en el epigastrio. Este dolor era espontáneo y se acentuaba después de las comidas. Su localización fué después perfectamente debajo del apéndice xifoides con irradiación hacia el dorso. No tuvo vómitos, pero sí mucha acidez y algunas veces arcadas. Con el propósito de remediar sus dolencias, ingresa en el hospital de Chivilcoy donde se somete a una intervención quirúrgica. Tiene en la actualidad una cicatriz supra-umbilical, de doce centímetros de largo. Salió del hospital a los 25 días, sin notar ninguna mejoría, razón por la cual resuelve venir a esta capital e ingresó a este servicio. Nota el enfermo que desde el comienzo de su enfermedad es constipado y ha disminuído mucho de peso.

Estado actual. — Sujeto de regular estado de nutrición, buen desarrollo esquelético, regular panículo adiposo.

No se observa nada de anormal en cabeza y cuello, ni en el aparato respiratorio y circulatorio.

A la palpación abdominal se constata regular tensión y meteorismo. Se provoca dolor a nivel del epigastrio.

Reacción de Weber: Positiva. (Varias veces).

Análisis de orina: Densidad 1014. Urea, 11.35. Cloruros, 5.20. No hay elementos patológicos.

Reacción de Wassermann: Negativa.

Examen del jugo gástrico: (líquido residual).

Acidez total..	2.70 o/100
HCL libre..	1.25 „
Acidez cloro orgánica..	0.95 „
Acido láctico..	Vestigios

Examen radioscópico: Estómago aumentado de volumen, peristáltica y peristólica bien. No se observan adherencias.

El estómago se vacía bien.

Tratamiento: Se administran 30 inyecciones de biioduro de mercurio. Hasta la fecha no se observa ninguna mejoría, pues persisten los dolores y la acidez.



Como vemos, se trata de enfermos sin ningún antecedente de lués, y acompañados de Wassermann negativa. El cuadro sintomático, no presenta ninguna particularidad que los distinga de los demás y carecen de estigmas que se encuentran generalmente en la heredo-sífilis. Ambos no experimentaron mejoría con el tratamiento específico.

En otro enfermo, constatamos dos copiosísimas hematemesis y una enterorragia, coincidiendo con el tratamiento anti-sifilítico.

Entre las numerosas observaciones del doctor Caxtex, también constató otro caso de hematemesis abundante, que la atribuyó directamente a la medicación mercurial. Se trataba de un enfermo de sífilis gástrica por infección luética adquirida.

En cambio, nuestro paciente niega por completo haber adquirido la infección, acusando únicamente una blenorragia; pero, recogemos entre sus antecedentes,

haber tenido el padre una hemorragia cerebral y además su reacción de Wassermann, practicada en el Hospital de Clínicas, demostró la existencia de la sífilis.

He aquí su historia:

OBSERVACION XVIII

Hospital Fernández. — Servicio del Prof. Dr. Ricardo Sarmiento Laspiur

Leonardo Quevedo, de 30 años de edad, argentino, empleado, soltero.

Antecedentes hereditarios: La madre vive y es sana; el padre vive, pero hace cinco años tuvo una hemorragia cerebral. Tiene dos hermanos sanos.

Antecedentes personales. — Sarampión y escarlatina en la infancia. Tuvo una blenorragia a los 24 años, que dice haber curado rápidamente. Niega haber tenido chancros. Es constipado habitual. Gran fumador, regular bebedor.

Enfermedad actual. — Febrero de 1918. Hace como un año que se inició su afección, con crisis dolorosas intensas que tenían como asiento el epigastrio, con irradiación hacia el hipocondrio derecho. Estos dolores se acentuaban hasta llegar a una verdadera desesperación a las dos horas después de la comida, siendo las digestiones muy lentas y acompañados de frecuentes erutos ácidos. Estos disturbios eran continuos tanto de día como de noche, impidiéndole para conseguir sueño. Nota adelgazamiento bien marcado y en

15 días disminuye 10 kilos de peso. Consulta médicos quienes les imponen un régimen dietético medicamentoso que lo lleva a cabo hasta un cierto tiempo, pero luego lo abandona. Como los síntomas no mejoraron resuelve ingresar al Hospital de Clínicas donde se le hace una reacción de Wassermann, dando resultado positivo. Se le instituye tratamiento mercurial (20 inyecciones intramusculares de biioduro seguido luego de una serie de inyecciones de aceite gris).

Egresas del Hospital al mes de su estadía, pero continúa siempre con sus inyecciones que se le aplican en el Consultorio Externo. Los dolores del epigastrio disminuyen en algo, pero nunca desaparecieron, hasta que en los últimos días de Febrero volvieron acentuarse con viva intensidad, generalizándose en todo el abdomen y tomando el enfermo el aspecto de un peritoneal con pulso de 120, enfriamiento de las extremidades y facies contraídas.

Los médicos que le asistían en esta época, le diagnosticaron apendicitis perforada, razón por la cual ingresa en el servicio de la Sala III, del Hospital Fernández, el día 1.º de Marzo de 1918, para ser intervenido de urgencia.

Examinado el caso se comprueba el estado peritoneal, pero no se hace diagnóstico de apendicitis perforada, ni se cree conveniente a una intervención de urgencia. Se ordena al enfermo hielo, suero, cafeína, etc. y se deja en observación.

Se recogen datos de haber estado en tratamiento por

una afección gástrica y de haber tenido dos hematemesis, coincidiendo con el tratamiento mercurial.

El enfermo continúa durante algunos días con el cuadro antes descripto, agregándose a esto, una gran enterorragia.

Después de algunos días los síntomas graves desaparecen y se vuelve a examinar comprobándose que el dolor tiene mayor predominio en el epigastrio y (con los síntomas que presentaba) se hace diagnóstico de úlcera de estómago.

Se empieza el tratamiento con suero de caballo gelatinado, administrándose una cuchara grande todas las mañanas en ayuna, luego se da bismuto, belladona, alcalinos, etc., y acompañado de un régimen alimenticio. El estado general mejora visiblemente, y desaparecen los ardores, la sensación de peso y demás molestias gástricas. El estado ponderal aumenta considerablemente, aparecen las fuerzas y es dado de alta el 15 de Abril, considerado curado. Hasta la fecha no experimenta ningún trastorno que llame la atención.

En esta observación, sacamos entre otras consideraciones, la de haber curado su dolencia gástrica con la medicación ordinaria, es decir, con bismuto, belladona, alcalinos, etc., y no con el tratamiento mercurial, a pesar de su Wassermann positivo. Esto nos hace pensar

de que se trata de un proceso ulceroso no específico, en un terreno sifilítico.

Por último, gracias a la gentileza del Profesor Dr. Ignacio Imaz, resumimos una historia bastante interesante de un enfermo afectado también de úlcera gástrica, y atendido en su consultorio particular.

OBSERVACION XIX

E. M. T., de 20 años de edad, soltero, argentino, empleado.

Diagnóstico: Úlcera simple del estómago (hematemesis). Al año siguiente, sífilis, (chanero, accidentes secundarios.)

Antecedentes hereditarios. — El padre ha sido operado de litiasis biliar infectada, hace tres meses. La madre padece de arteroesclerosis según dice el enfermo. Tiene cinco hermanos sanos; tres han fallecido, uno de infección intestinal (?), el otro de meningitis al año y medio de edad y el tercero que adquirió la sífilis murió de meningitis cerebro espinal.

Antecedentes personales. — Sarampión y coqueluche. Entre los diez y catorce años ataque de tos y fatiga clasificados de asmáticos. Ha sido operado por hipertrofia de las amígdalas.

En Febrero de 1916, empezó a sentir ardores de es-

tómago después de las comidas, que se repitieron de cuando en cuando en los meses sub-siguientes y se calmaban con la inyección de bicarbonato o de sal de frutas.

El 25 de Mayo del mismo año, después de comer en un restaurant, tuvo a las dos de la madrugada un vómito alimenticio abundante, notando en la última porción, una pequeña cantidad de sangre coagulada. No dió a este hecho mayor importancia y continuó sin modificar su régimen alimenticio habitual, hasta que cuatro días más tarde, es decir el 29 de Mayo, tuvo una considerable hematemesis que fué seguida de melena durante varios días. Este accidente le obligó a permanecer en cama durante dos semanas, al principio con bolsa de hielo en la región epigástrica y dieta absoluta, y después con leche y agua mineral. Como tratamiento medicamentoso recibió inyecciones de suero fisiológico y más tarde tomó suero de caballo, subnitrito de bismuto a dosis elevadas y alcalinos.

Ha seguido muy bien hasta principios del año actual (1918) que empezó a sentir dolores en la región peri-umbilical, acidez después de las comidas, eructos y alguna que otra vez ardores de estómago, que se mejoraron también con el uso del bicarbonato de sodio. El vientre funciona regularmente, rara vez tiene constipación que se corrige con toda facilidad con un enema.

Le ha gustado siempre comer alimentos fuertes y

condimentados, masticando mal y con precipitación. Ingiere poco alcohol y no fuma.

En Junio de 1917, adquirió la sífilis, que se manifestó por la aparición de un chanero al lado del frenillo, con infato inguinal bien manifiesto sobre todo en el lado derecho, sin llegar a la supuración. Pocas semanas después apareció la roseola en el pecho y una erupción papulosa en la frente, que desaparecieron después de varias inyecciones intramusculares practicadas por un especialista. Mes y medio más tarde notó la presencia de ictericia intensa; tinte amarillo-canario de la piel, coloración oscura de la orina y decoloración de las materias fecales, curando al cabo de veinte días.

Cada dos meses ha seguido haciendo tratamiento específico en este orden: 914 intravenoso, inyección de enesol (20), aceite gris (8), enesol-aceite gris-lipiodol y en la actualidad (Junio de 1918) inicia una serie de enesol endovenosa.

Ha pesado 84 kilos, pero después de adquirir la sífilis, disminuyó a 72 kilos.

El enfermo hace notar que la recidiva de su padecimiento gástrico se ha manifestado en pleno tratamiento específico.

Examen objetivo: Es un sujeto bien desarrollado, de tinte un poco pálido.

Las pupilas reaccionan bien a la luz y a la acomodación.

La lengua está limpia y húmeda; los dientes bien

conservados, no se observa tubérculo de Carabelli. No hay leucoplasia.

Amígdalas ligeramente hipertrofiadas.

El corazón y la aorta no presentan ninguna particularidad digna de notarse, la situación de la punta es normal, la percusión señala límites fisiológicos, la auscultación permite observar tonos puros en todos los focos.

En el pulmón se oyen algunas sibilancias diseminadas en ambos lados.

Abdomen: Ligeramente deprimido en la región epigástrica, normal en la parte inferior y en los flancos; es blando y fácilmente depresible.

La palpación de la región epigástrica no es dolorosa, salvo en un punto que corresponde a la parte media de la línea de Bouchard. No se nota resistencia muscular, ni induración alguna, tanto en la zona pilórica, como en el resto del estómago.

Los límites percutorios son normales, no se observa clapoteo.

El examen del intestino nada patológico revela; se palpa el ciego que no se halla dilatado, ni doloroso.

El hígado no se palpa, sus límites percutorios son normales; igual cosa sucede con el bazo.

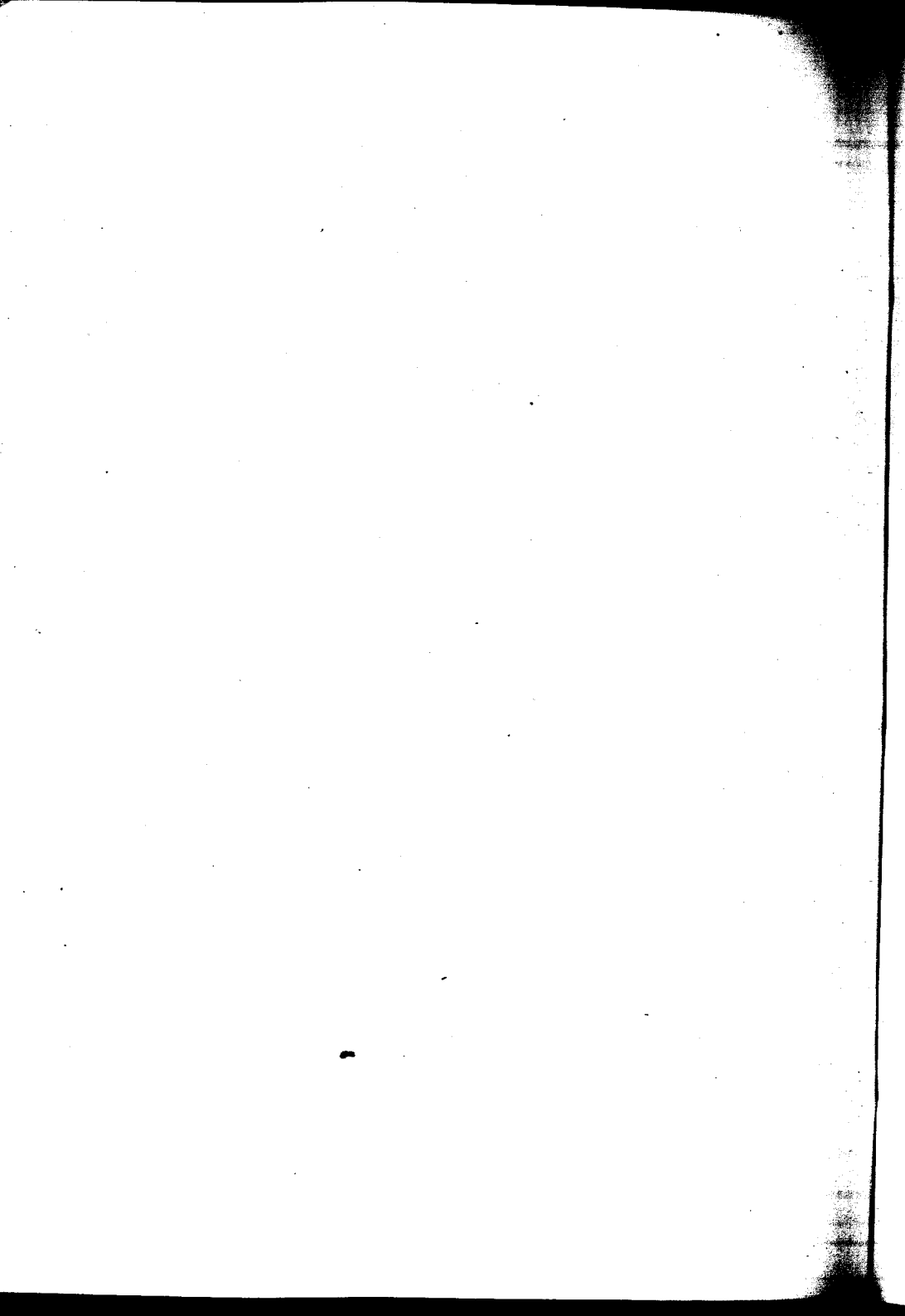
En el examen del sistema nervioso sólo se comprueba una leve exageración de los reflejos tendinosos, en los miembros superiores e inferiores.



Presenta esta documentación clínica, la particularidad de haber tenido el enfermo avariosis, al año siguiente de la aparición de sus fenómenos gástricos, o mejor dicho, contrae un chancro con una posterioridad de 16 meses a la de la iniciación sintomática de una úlcera estomacal. Además, según refiere el enfermo, tiene una recidiva en sus padecimientos que coincide en pleno tratamiento específico.

Ante este caso, pensamos que la afección gástrica es completamente ajena a la infección luética.

En general, creemos necesario todavía un estudio muy profundo, con demostraciones numerosas, tanto clínicas como anatómicas, para poder dilucidar el tema de la sífilis gástrica, hoy todavía algo confuso.



Conclusiones

De lo expuesto con relativa amplitud en las líneas que preceden, sacamos las siguientes conclusiones:

1.º — La gastropatía sifilítica no es rara, es hoy enfermedad bastante generalizada.

2.º — Esta afección se manifiesta generalmente en forma de úlcera, de gastritis crónica y de tumor (pseudocáncer), con o sin estenosis pilórica.

3.º — Clínicamente la sintomatología es muy semejante a las que presentan dichas afecciones, pero los antecedentes específicos hereditarios o adquiridos, la reacción de Wassermann, los datos radiológicos, la marcha insidiosa de la enfermedad y el carácter nocturno de las dolencias, permiten hacer el diagnóstico de sífilis gástrica.

4.º — La evolución hacia la mejoría o curación, mediante el tratamiento anti-sifilítico, es la mejor demostración de la naturaleza de la afección.

5.º — Los casos que no responden a la sintomatología

común y no cedieran al tratamiento dietético-medica-
mentoso, deben ser sospechados de origen luético.

6.º — El tratamiento debe ser causal y además sintomático.

7.º — Los resultados obtenidos por el tratamiento específico, son frecuentemente halagadores. La intervención quirúrgica está indicada en ciertos casos (estenosis, perforación).

8.º — El mercurio no cura a las gastropatías que no son sifilíticas.

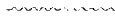
9.º — Es indispensable mayores comprobaciones, como también numerosas observaciones, para poder admitir el exclusivismo etiológico específico de las úlceras estomacales.

Victor Mastronardi.

Bibliografía

- Moss Lorenzo.* — Úlcera sifilítica del estómago. Tesis, 1901.
- Carrera.* — Revista del Círculo Médico Argentino, página 1.261, n.º 124, 1911.
- Revista de la Asociación Médica Argentina, páginas 1.306, 1.308 y siguientes, 1915.
- Agote Luis.* — Úlcera gastro-duodenal, 1916.
- Fasán.* — Anales del Instituto Modelo de Clínica Médica, n.º 5, tomo 1.º, pág. 102, 1916.
- Barreiro Carmelo.* — Úlcera sifilítica del estómago. Tesis, 1917.
- Chueco Alberto.* — Sífilis ignoradas. La Semana Médica, n.º 40, 1917.
- Castex Mariano.* — La sífilis en la etiología de las úlceras gástricas y duodenales. La Prensa Médica Argentina, n.º 15 y 16, 1917.
- Castex Mariano y Adolfo Mathis.* — Sífilis heredi-

- taria tardía. La úlcera gástrica y duodenal, n.º 34, Mayo de 1918.
- Bullrich R. A.* — Sífilis de estómago. La Semana Médica, Mayo de 1918.
- Dasso Héctor.* — Sífilis de estómago. La Semana Médica. Mayo 1918.



- Barbier Pierre.* — Syphilis de l'estomac. Thèse de Paris, 1904.
- Boas I.* — Diagnosi e terapia della malattia dello stomaco, 1909.
- Bartumeus.* — Gastralgia intermitente sifilítica. Revista de Ciencia Médica, Barcelona.
- Brinton W.* — Ulcer of the stomach. Diseases of the stomach, London 1864.
- Clark Oscar.* — Contribução ao estudo clínico da syphilis do estómago. Brasil Médico, n.º 12, 1916.
- Cerné et Delaforge.* — La Radioseopie des ulcères de l'estomac. Archives des maladies de l'appareil digestif, 1910.
- Cornil F.* — Leçons sur la syphilis, 1879.
- Carman Roussell.* — Syphilis of the stomach in its Roentgenologic aspects. Collected Paper of the Mayo Clinic, 1916.
- Carman R.* — Roentgen Diagnosis of Concurrent gastric and Duodenal Ulcer. The American Journal of Roentgenology, 1917.

- Cesaris-Damel.* — Sulla sifilide gastrica a tipo ulcerativo. Arch. per le scienze mediche, 1899.
- Dieulafoy G.* — Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. Quatrième leçon, 1897-98.
- Domenici Emilio.* — Contributo alle rarissime localizzazioni della sifilide terziaria. Gazzetta degli Ospedali, n.º 21, 1912.
- Debove G. M.* — Maladies du tube digestif, 1907.
- Eusterman George.* — Syphilis of the Stomach: A Clinical and Roentgenologic study, with a Report of 23 cases. Collected Paper of the Mayo Clinic., 1916.
- Kiechhorst E.* — Trattato di Patologia e terapia speciale medica, 1910.
- Fournier Alfred.* — Traité de la syphilis, tomo 2.º, 1901.
- Hayem-Lion.* — Maladies de l'estomac, 1913.
- Hallopeau H.* — Traité de la syphilis, 1911.
- Kemp R.* — Syphilis of the Stomach. Diseases of the Stomach intestines and Pancreas, 1917.
- Marfan A. B.* — Les ulcerations gastriques. Gazette des Hopitaux, 23 Avril 1887.
- Meyers J.* — Albany Medical Annals Journal de Praticiens, 1913.
- Mathieu A.* — A Syphilis gastrique. Maladies de l'estomac, 1913.
- Mathieu A.* — La syphilis gastrique. Gazette des Hopitaux n.º 81. 1911.
- Oliveira Oswaldo de.* — Considerações geraes sobre a syphilis. De um caso de syphilis gastrica de typo

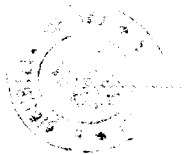
pseudo-canceroso. Archivos Brasileiros de Medicina, 1914.

Pater Henri. — Syphilis de l'estomac. Thèse de Paris, 1907.

Pater M. H. — Syphilis de l'estomac. Gazette des Hôpitaux, n.° 128-131, 1907.

Robin A. — Maladies de l'estomac, 1904.

Soupault M. — Traité des maladies de l'estomac, 1906.



20334

Buenos Aires, Septiembre 17 de 1918.

Nómbrese al señor Académico Dr. Luis Güemes al profesor titular Dr. Joaquín Llambías, y al profesor suplente Dr. Alfredo Vitón, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. CANTÓN.

J. A. Gabastou.

Buenos Aires, Septiembre 28 de 1918.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N° 3502 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

A. C. GANDOLFO.

B. G. Ramos.

Oficial Mayor



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Quimismo gástrico en la sífilis del estómago.

Luis Güemes.

II

Relaciones anatómicas de la úlcera gástrica sífilítica con la úlcera redonda.

Joaquín Llambías.

III

Sistematización del tratamiento en la sífilis del estómago.

Alfredo Vitón.

