



Año 1917

Núm. 3261

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

# Úlcera sífilítica del estómago

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**CARMELO BARREIRO**

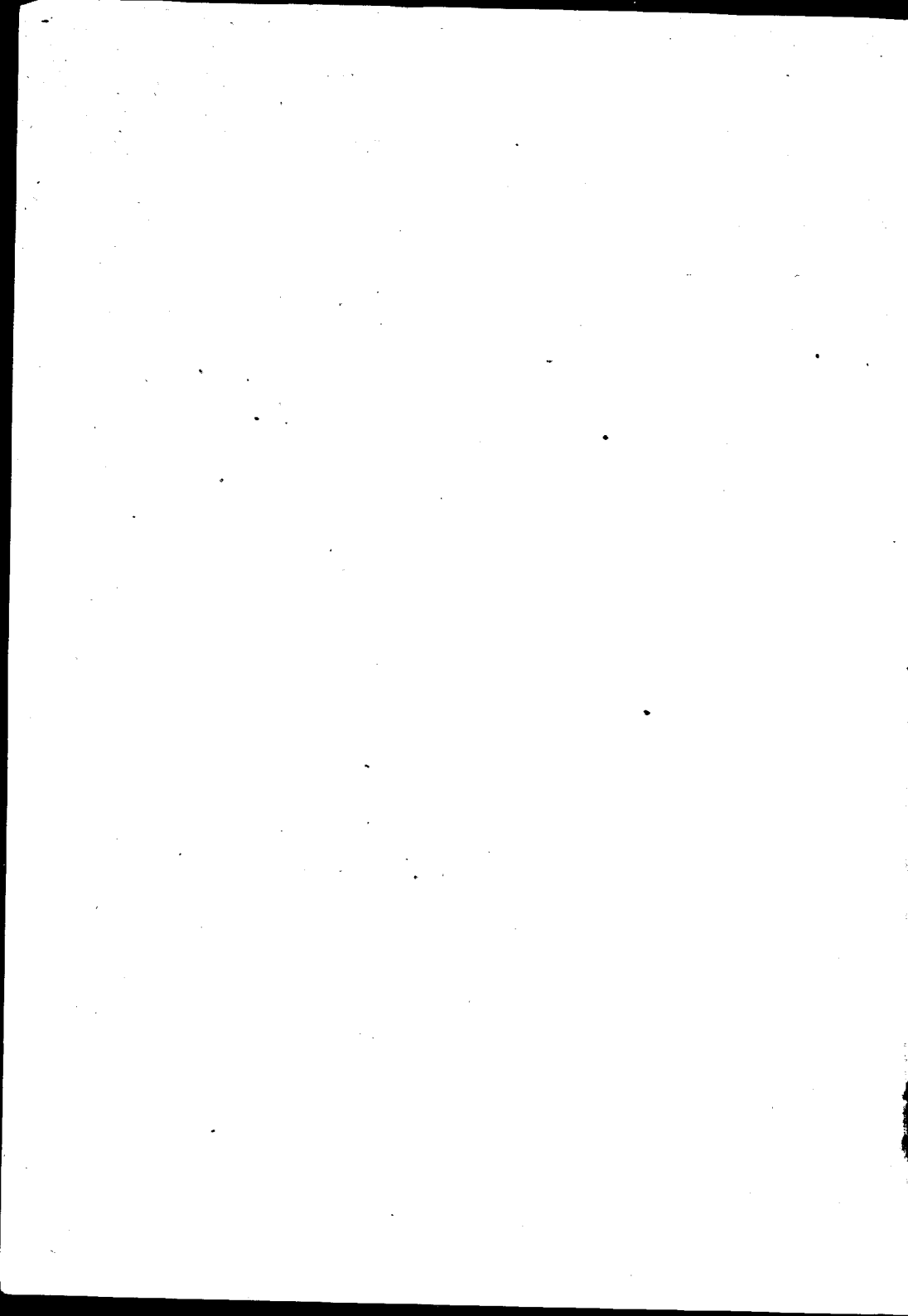
Ex-ayudante de farmacia del Hospital Vecinal Nueva Pompeya, 1909-1910  
Ex-interno del Hospital Francisco Xavier Muñiz, 1910-15  
Ex-practicante del Hospital Misericordia de La Plata, 1915  
Ex-practicante del Patronato de la Infancia, 1913-14  
Ex-practicante mayor por concurso del Hospital de Niños Expósitos, 1914-15



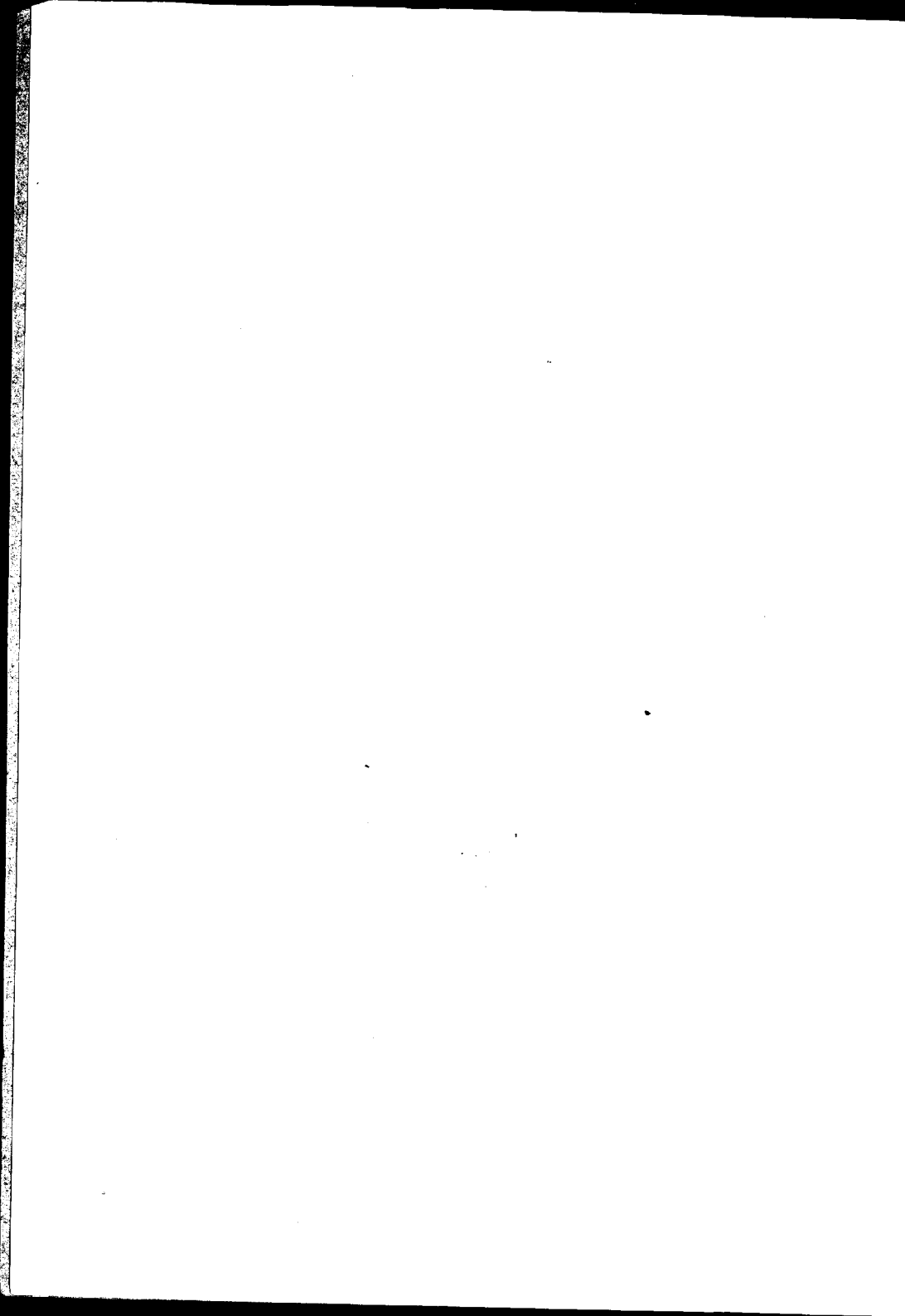
"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI  
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

*M. B. G. S.*



ULCERA SIFILITICA DEL ESTOMAGO



Año 1917

Núm. 3261

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

# Úlcera sifilítica del estómago

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CARMELO BARREIRO

Ex-ayudante de farmacia del Hospital Vecinal Nueva Pompeya, 1899-1910

Ex-interno del Hospital Francisco Xavier Muñiz, 1910-15

Ex-practicante del Hospital Misericordia de La Plata, 1915

Ex-practicante del Patronato de la Infancia, 1913-14

Ex-practicante mayor por concurso del Hospital de Niños Expositos, 1914-15



"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI  
CÓRDOBA 1377 - BUENOS AIRES

La Facultad no se hace solidaria de las  
opiniones vertidas en las tesis.

*Artículo 162 del R. de la F.*

# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

## ACADEMIA DE MEDICINA

### Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

### Vice-Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

### Miembros titulares

1. Dr. D. EUFEMIO UBALLES
2. .. .. PEDRO N. ARATA
3. .. .. ROBERTO WERNICKE
4. .. .. JOSE PENNA
5. .. .. LUIS GÖEMES
6. .. .. ELISEO CANTON
7. .. .. ANTONIO C. GANDOLFO
8. .. .. ENRIQUE BAZTERRICA
9. .. .. DANIEL J. CRANWELL
10. .. .. HORACIO G. PISERO
11. .. .. JUAN A. BOERI
12. .. .. ANGEL GALLARDO
13. .. .. CARLOS MALBRAN
14. .. .. M. HERRERA VEGAS
15. .. .. ANGEL M. CENTENO
16. .. .. FRANCISCO A. SICARDI
17. .. .. DIOGENES DECOUD
18. .. .. BALDOMERO SOMMER
19. .. .. DESIDERIO F. DAVEL
20. .. .. GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. .. .. DOMINGO CABRED
22. .. .. ABEL AYERZA
23. .. .. EDUARDO OBEJERO

### Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS



# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

## ACADEMIA DE MEDICINA

### **Miembros Honorarios**

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. " " EMLIO R. CONI
3. " " OLINTO DE MAGALHAES
4. " " FERNANDO WIDAL
5. " " ALOYSIO DE CASTRO



# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

## **Decano**

DR. D. E. BAZTERRICA

## **Vice Decano**

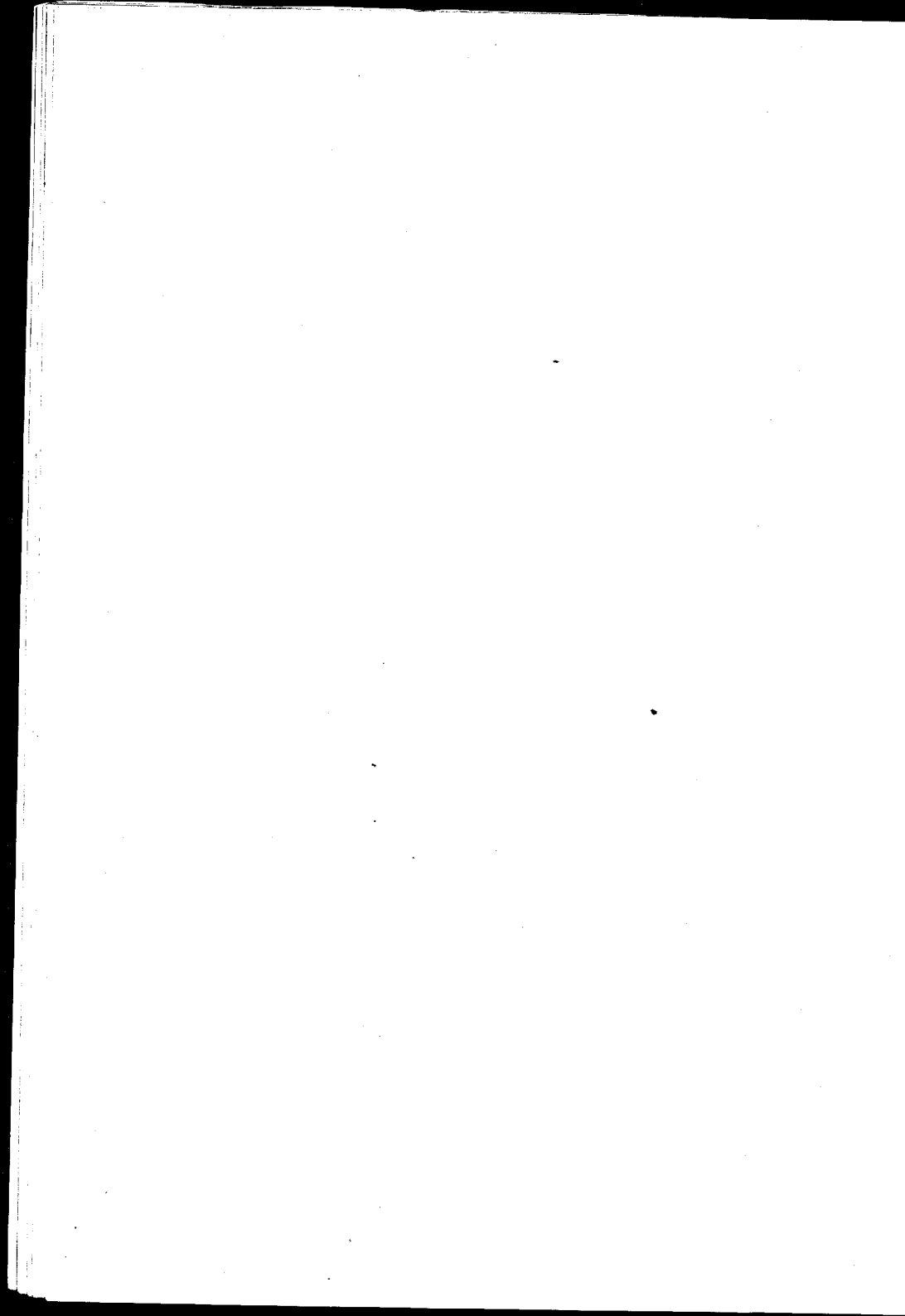
DR. D. CARLOS MALBRAN

## **Consejeros**

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA  
.. .. ELISEO CANTÓN  
.. .. ANGEL M. CENTENO  
.. .. DOMINGO CABRED  
.. .. MARCIAL V. QUIROGA  
.. .. JOSÉ ARCE  
.. .. EUFEMIO URBALLES (con lic.)  
.. .. DANIEL J. CRANWELL  
.. .. CARLOS MALBRÁN  
.. .. JOSÉ F. MOLINARI  
.. .. MIGUEL PUIGGARI  
.. .. ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)  
.. .. FANOR VELARDE  
.. .. IGNACIO ALLENDE  
.. .. MARCELO VÍÑAS  
.. .. PASCUAL PALMA

## **Secretarios**

DR. D. P. CASTRO ESCALADA  
DR. D. JUAN A. GABASTOU



## ESCUELA DE MEDICINA

---

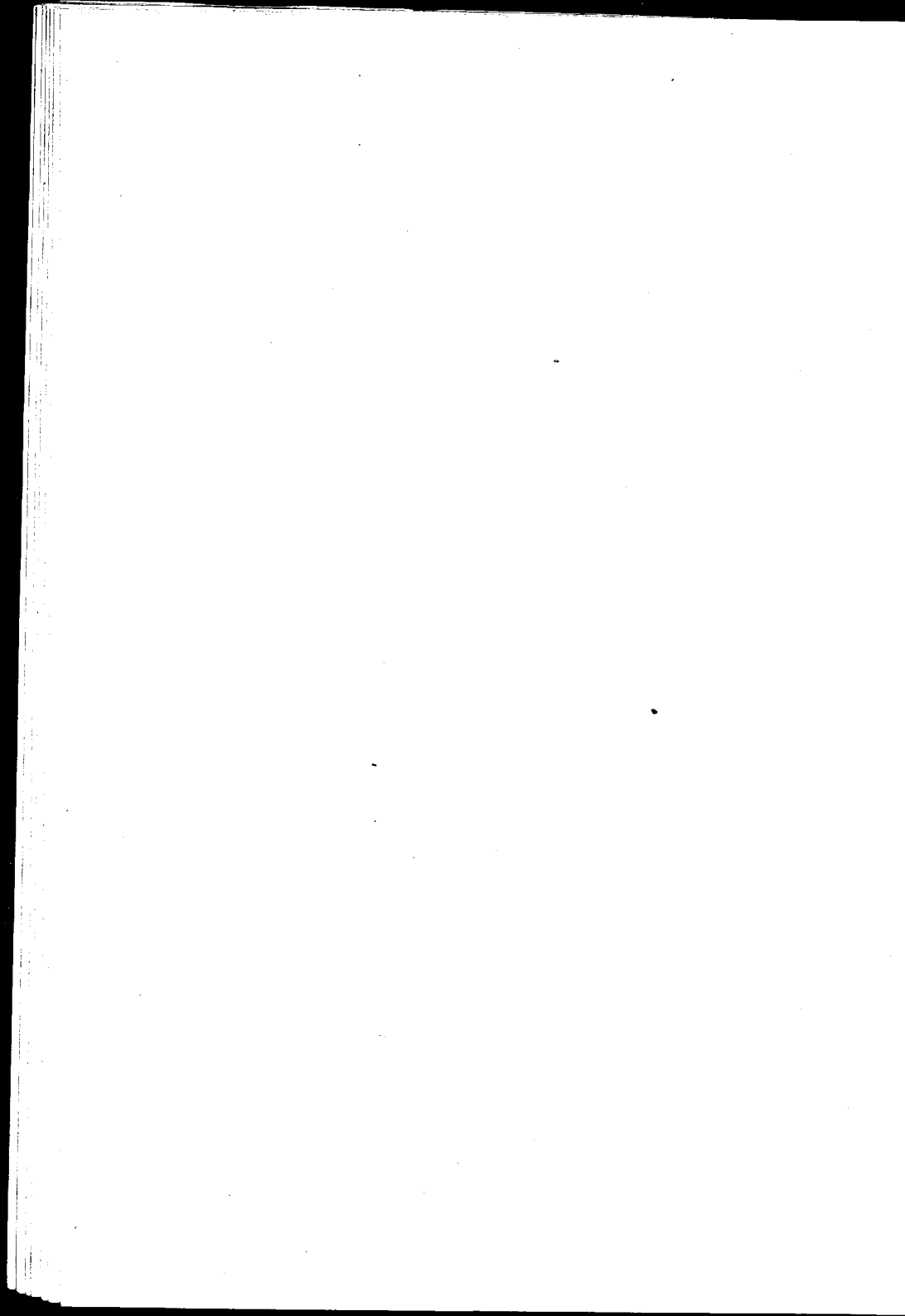
### PROFESORES HONORARIOS

DR: ROBERTO WERNICKE  
" JUVENCIO Z. ARCE  
" PEDRO N. ARATA  
" FRANCISCO DE VEYGA  
" ELISEO CANTON  
" JUAN A. POERI  
" FRANCISCO A. SICARDI



## ESCUELA DE MEDICINA

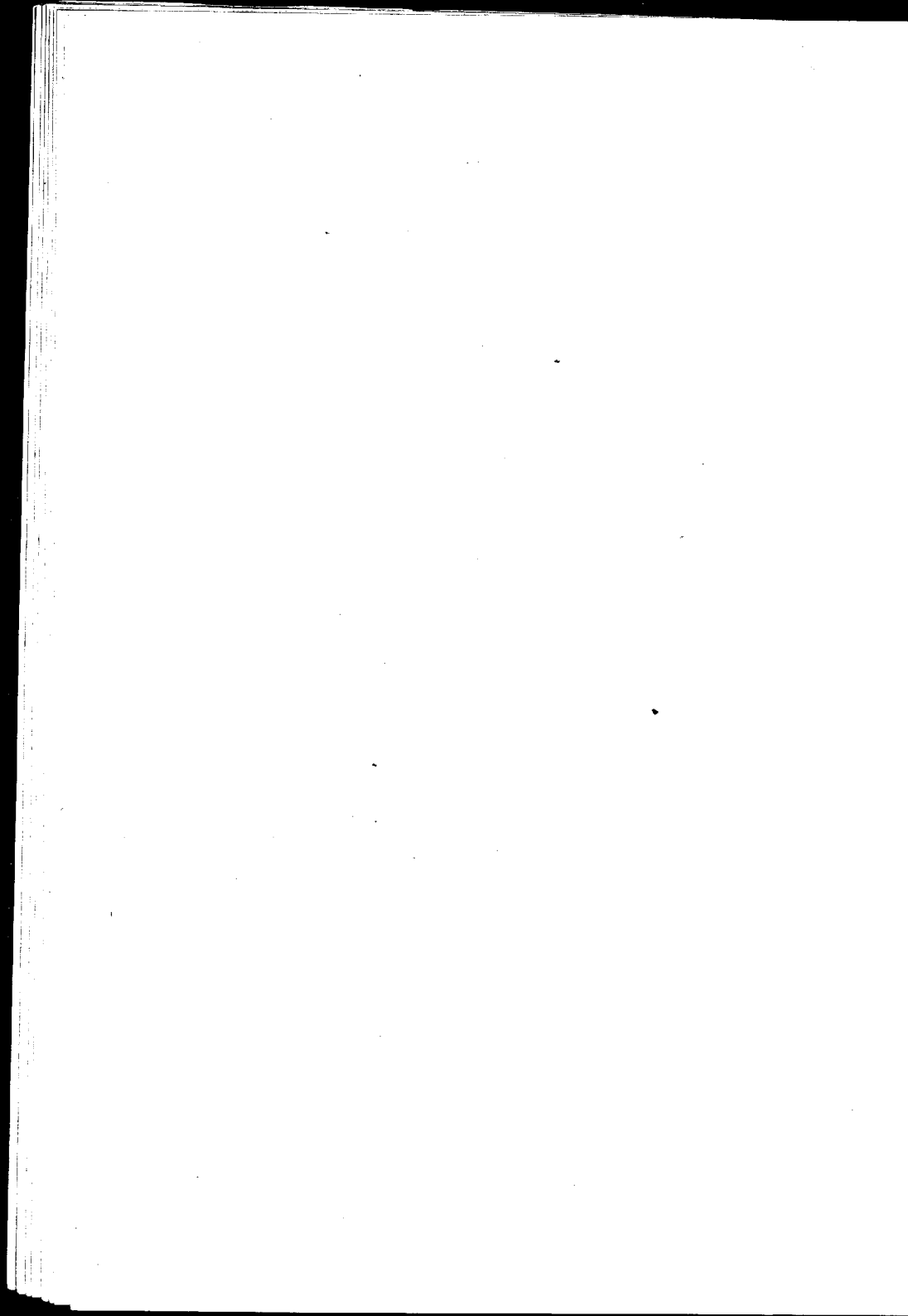
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica .....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica .....	.. LUCIO DURASONA
Anatomía Descriptiva .....	.. RICARDO S. GOMEZ
Anatomía Descriptiva .....	.. R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía Descriptiva .....	.. JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva .....	.. PEDRO BELOU
Histología .....	.. RODOLFO DE GAINZA
Física Médica .....	.. ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana ....	.. HORACIO G. PISERO.
Bacteriología .....	.. CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica .....	.. PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada .....	.. RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos ...	{ GREGORIO ARAOZ ALFARO
	{ DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica .....	.. AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica .....	.. TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica ....	.. JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa .....	.. DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria .....	.. LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica .....	.. BALDOMERO SOMMER
.. Génito-urinares .....	.. PEDRO BENEHIT
Toxicología Experimental .....	.. JUAN B. SESORANS
Clínica Epidemiológica .....	.. JOSÉ PENNA
.. Oto-rino-laringológica .....	.. EDUARDO OBEJERO
Patología Interna .....	.. MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica .....	.. Vacante
.. Médica .....	.. LUIS GUEMES
.. Médica .....	.. LUIS AGOTE
.. Médica .....	.. IGNACIO ALLENDE
.. Médica .....	.. ABEL AYERZA
.. Quirúrgica .....	.. PASCUAL PALMA
.. Quirúrgica .....	.. DIOGENES DECOUD
.. Quirúrgica .....	{ ANTONIO C. GANDOLFO
	{ MARCELO T. VISAS
.. Neurológica .....	.. JOSÉ A. ESTEVES
.. Psiquiátrica .....	.. DOMINGO CABRED
.. Obstétrica .....	.. ENRIQUE ZARATE
.. Obstétrica .....	.. SAMUEL MOLINA
.. Pediatría .....	.. ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal .....	.. DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica .....	.. ENRIQUE BAZTERRICA



# ESCUELA DE MEDICINA

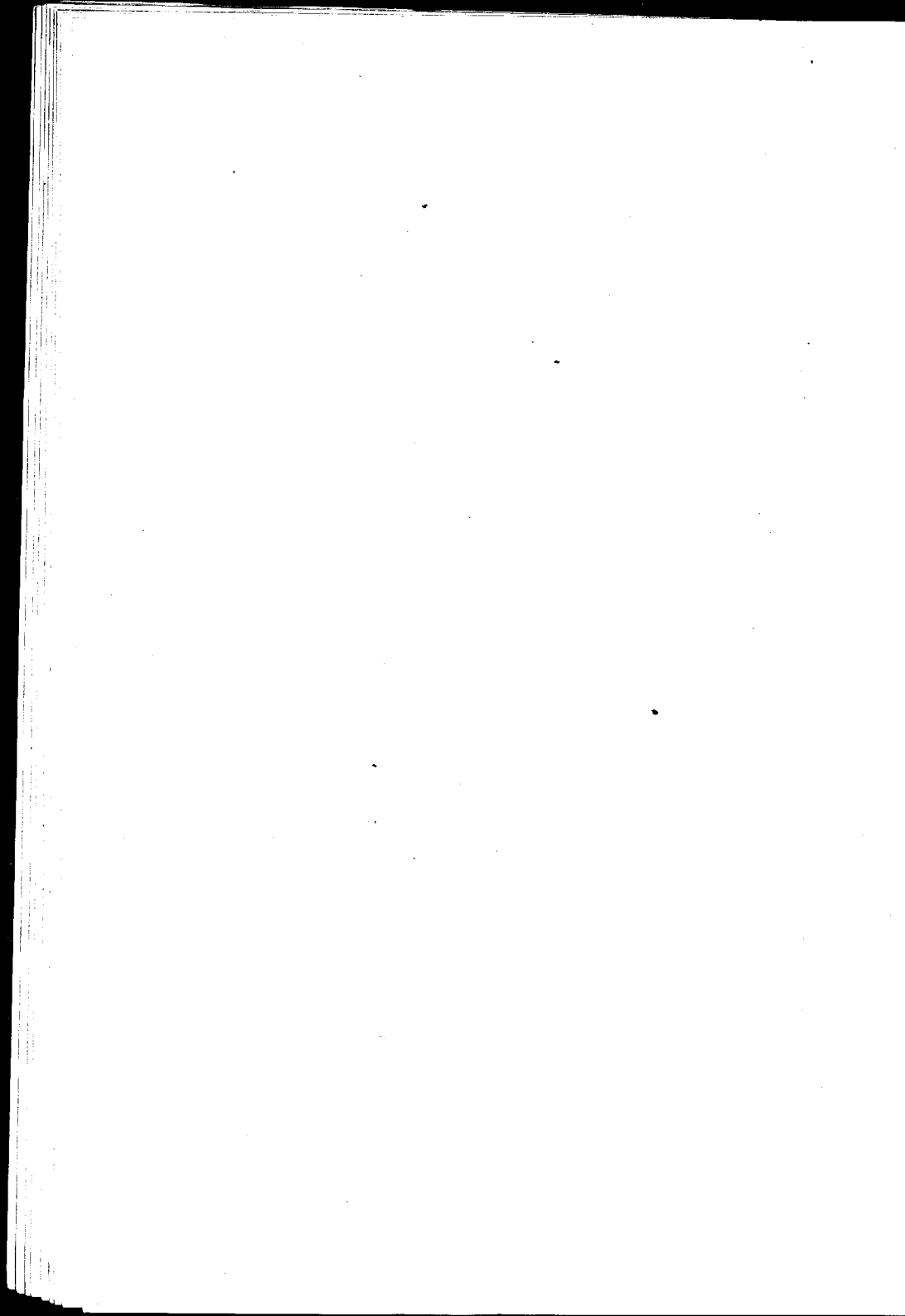
## PROFESORES EXTRAORDINARIOS

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos extraordinarios</b>
Zoología Médica .....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología .....	„ JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica .....	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología .....	„ JEAN CARLOS DELFINO
	„ LEOPOLDO URIARTE
	„ ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica .....	„ JOSÉ BADIA
Clinica Ginecológica .....	„ JOSÉ F. MOLINARI
„ Médica .....	„ PATRICIO FLEMING
„ Dermato-sifilográfica .....	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
„ Génito urinaria .....	„ BERNARDINO MARAINI
Clinica Neurológica .....	„ JOSÉ R. SEMPRUN
	„ MARIANO ALERRALDE
	„ ANTONIO F. PISERO
Clinica Pediátrica .....	„ MANUEL A. SANTAS
	„ FRANCISCO LLOBET
Clinica Quirúrgica .....	„ MARCELINO HERRERA VEGAS
„ Quirúrgica .....	„ RICARDO COLON
Patología Interna .....	„ ELISEO V. SEGURA
Clinica Oto-rino-laringológica .....	„ JOSÉ T. BORDA
	„ BENJAMIN T. SOLARI



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica .....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica .....	GUILLELMO SEEBER
Anatomía Descriptiva .....	SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana .....	EUGENIO GALLI
Bacteriología .....	FRANK L. SOLER
Química Biológica .....	BERNARDO HOUSSAY
Higiene Médica .....	RODOLFO RIVAROLA
Semelología y ejercicios clínicos .....	GERMAN ANSCHUTZ
Anatomía Patológica .....	SALVADOR MAZZA
Materia Médica y Terapia .....	BENJAMIN GALARCE
Medicina Operatoria .....	FELIPE JUSTO
Patología externa .....	MANUEL V. CARBONELL
Clinica Dermatofisiológica .....	CARLOS BONOHINO UDAONDO
.. Epidemiológica .....	ALFREDO VITON
.. Oftalmológica .....	JOAQUIN LLAMBIAS
.. Oto-rino-laringológica .....	ANGEL H. TOFFO
Patología Interna .....	JOSE MORENO
Clinica Quirúrgica .....	ENRIQUE FINOCCHIETTO
Clinica Neurológica .....	CARLOS ROBERTSON
.. Médica .....	FRANCISCO P. CASTRO
.. Pediatría .....	CASTELFORT LUGONES
.. Ginecológica .....	ENRIQUE M. OLIVIER
.. Obstétrica .....	ALEJANDRO CEBALLOS
Medicina Legal .....	NICOLAS V. GRECO
	PEDRO L. BALISA
	FERNANDO R. TORRES
	FRANCISCO DESTEFANO
	ANTONINO MARCO DEL PONT
	ENRIQUE B. DEMARIA (en ejer.)
	ADOLFO NOCETI
	JUAN DE LA CRUZ CORREA
	MARTIN CASTRO ESCALADA
	PEDRO LABAQUI
	LEONIDAS JORGE FACIO
	PABLO M. BARRARO
	EDUARDO MARINO
	JOSE ARCE
	ARMANDO R. MAROTTA
	LUIS A. TAMINI
	MIGUEL SUSSINI
	ROBERTO SOLE
	PEDRO CHUTRO
	JOSE M. JORGE (hijo)
	OSCAR COPELLO
	ADOLFO F. LANDIVAR
	VICENTE DIMITRI
	ROMULO H. CHIAPPORI
	JUAN JOSE VITON
	PABLO J. MORSALINE
	RAFAEL A. BULLRICH
	IGNACIO IMAZ
	PEDRO ESCUDERO
	MARIANO R. CASTEX
	PEDRO T. GARCIA
	JOSE DESTEFANO
	JUAN R. GOYENA
	JUAN JACOBO SPANGENBERG
	MANUEL ACENA
	GENARO SISTO
	PEDRO DE RIZALDE
	FERNANDO SCHWEIZER
	JUAN CARLOS NAVARRO
	JAIME SALVADOR
	TORIBIO PICCARDO
	CARLOS R. CIRIO
	OSVALDO L. ROITARO
	ARTURO ENRIQUEZ
	A. PERALTA RAMOS
	FAUSTINO J. TRONGE
	JUAN B. GONZALEZ
	JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	JUAN A. CABASTOU
	ENRIQUE A. BOERO
	JOAQUIN V. GNECCO
	JAVIER BRANDAN
	ANTONIO PODESTA

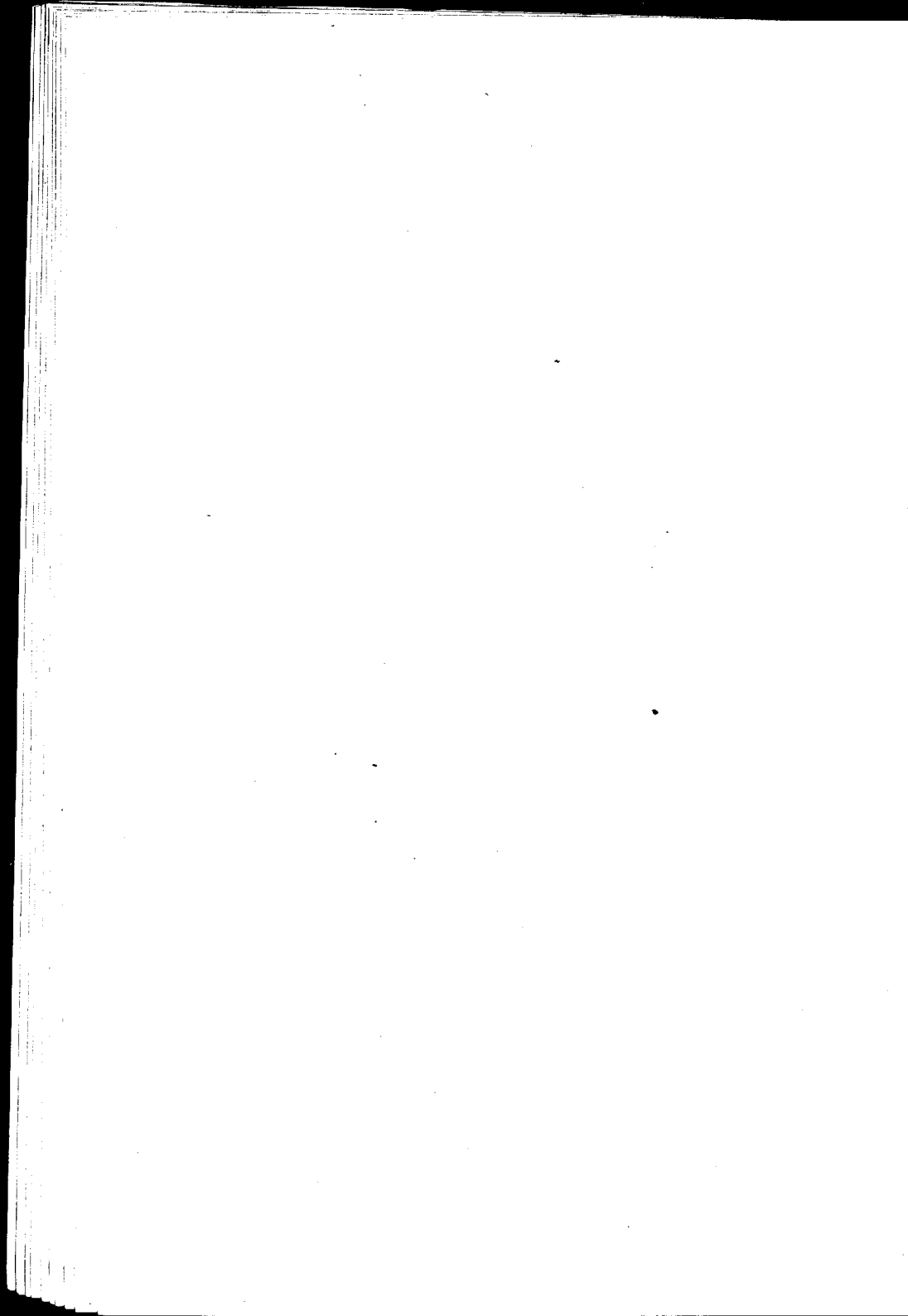


## ESCUELA DE PARTERAS

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc. ....	DR. J. C. LLAMES MASSINI
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico .....	„ MIGUEL Z. OFARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clínica obstétrica .....	„ RAÑOR VELARDE
Puericultura .....	„ UBAUPO FERNANDEZ

---

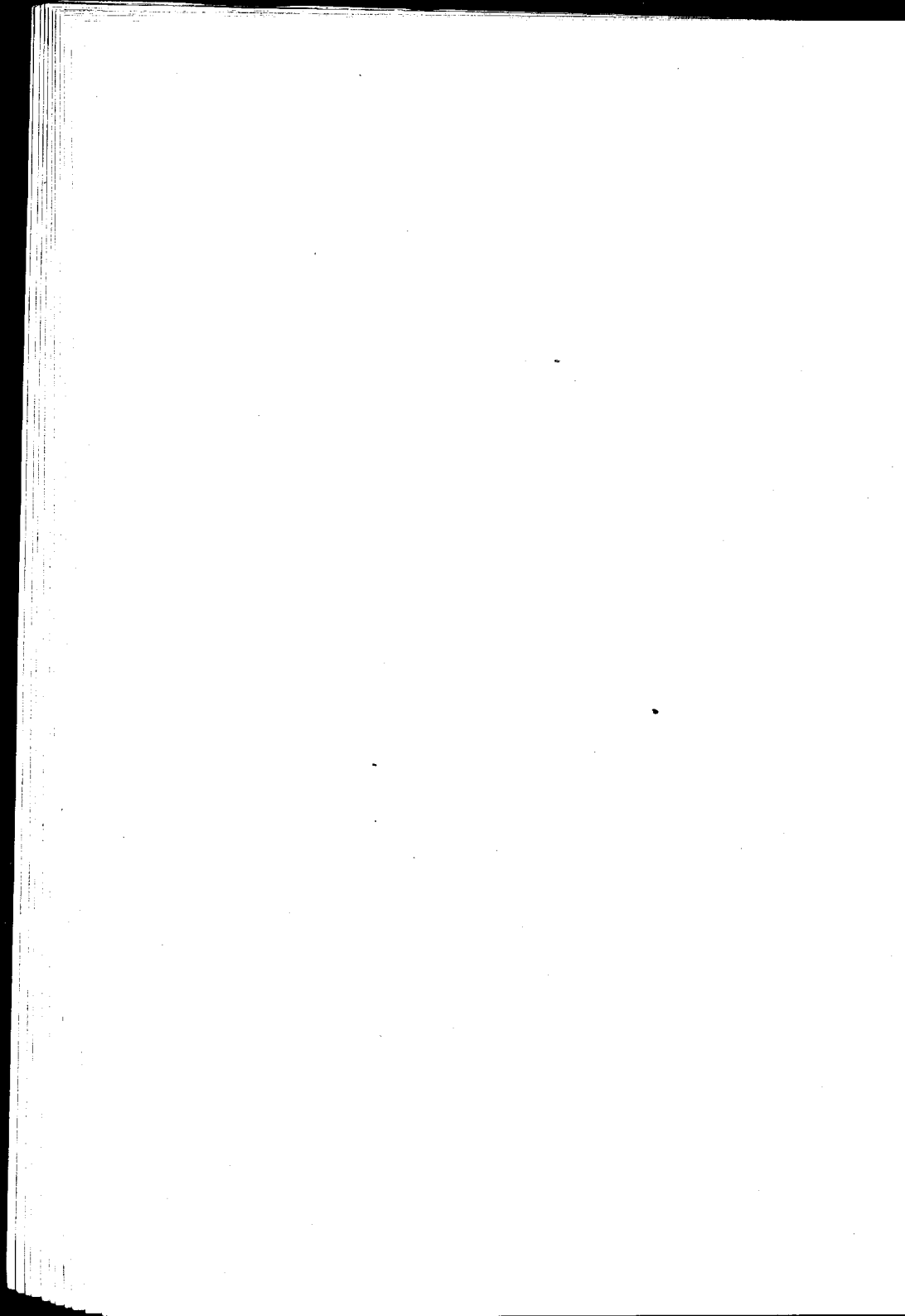


## ESCUELA DE FARMACIA

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
Zoología general: Anatomía, Fisiología comparada .....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía .....	„ ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada .....	„ MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada .....	„ FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física Farmacéutica .....	DR. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso) .....	„ FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica Farmacéutica .....	„ J. MANUEL IRIZAR
Química Analítica y Toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas .....	„ FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas .....	„ RICARDO SCHATZ

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos sustitutos</b>
Técnica farmacéutica .....	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas	„ PASCUAL CORTI
Física farmacéutica .....	„ OSCAR MIALOCK
Química orgánica .....	DR. TOMAS J. RUMI
Química analítica .....	SR. PEDRO J. MESIGOS
Química inorgánica .....	„ LUIS GUGLIALMELLI
	DR. JUAN A. SANCHEZ
	„ ANGEL SABATINI
	„ EMILIO M. FLORES



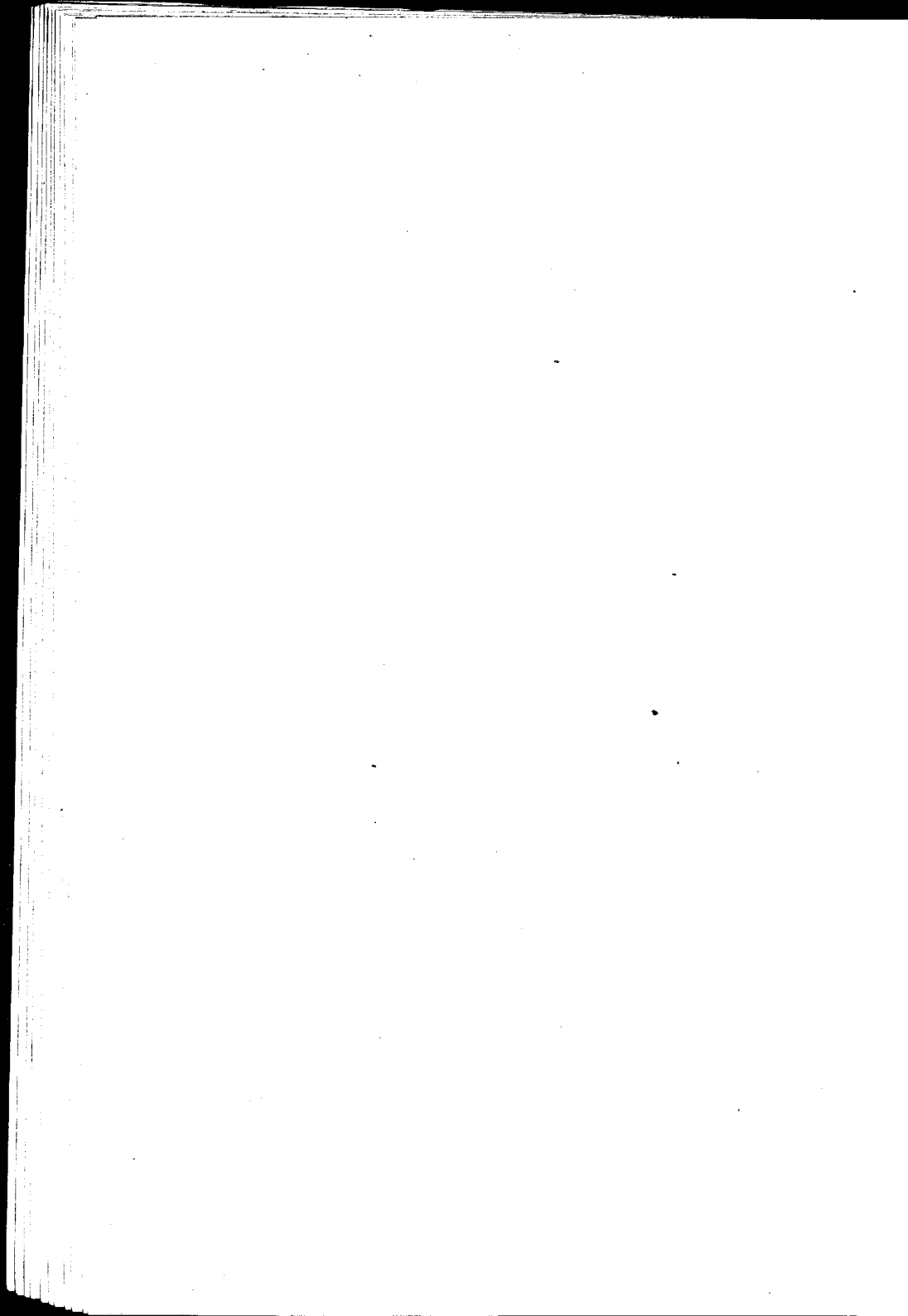
## ESCUELA DE ODONTOLOGIA

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
1er. año .....	Dr. RODOLFO ERAUZZUIN
2.º año .....	„ LEON PEREYRA
3er. año .....	„ N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental .....	Sr. ANTONIO J. GUARDO

### **Catedráticos suplentes**

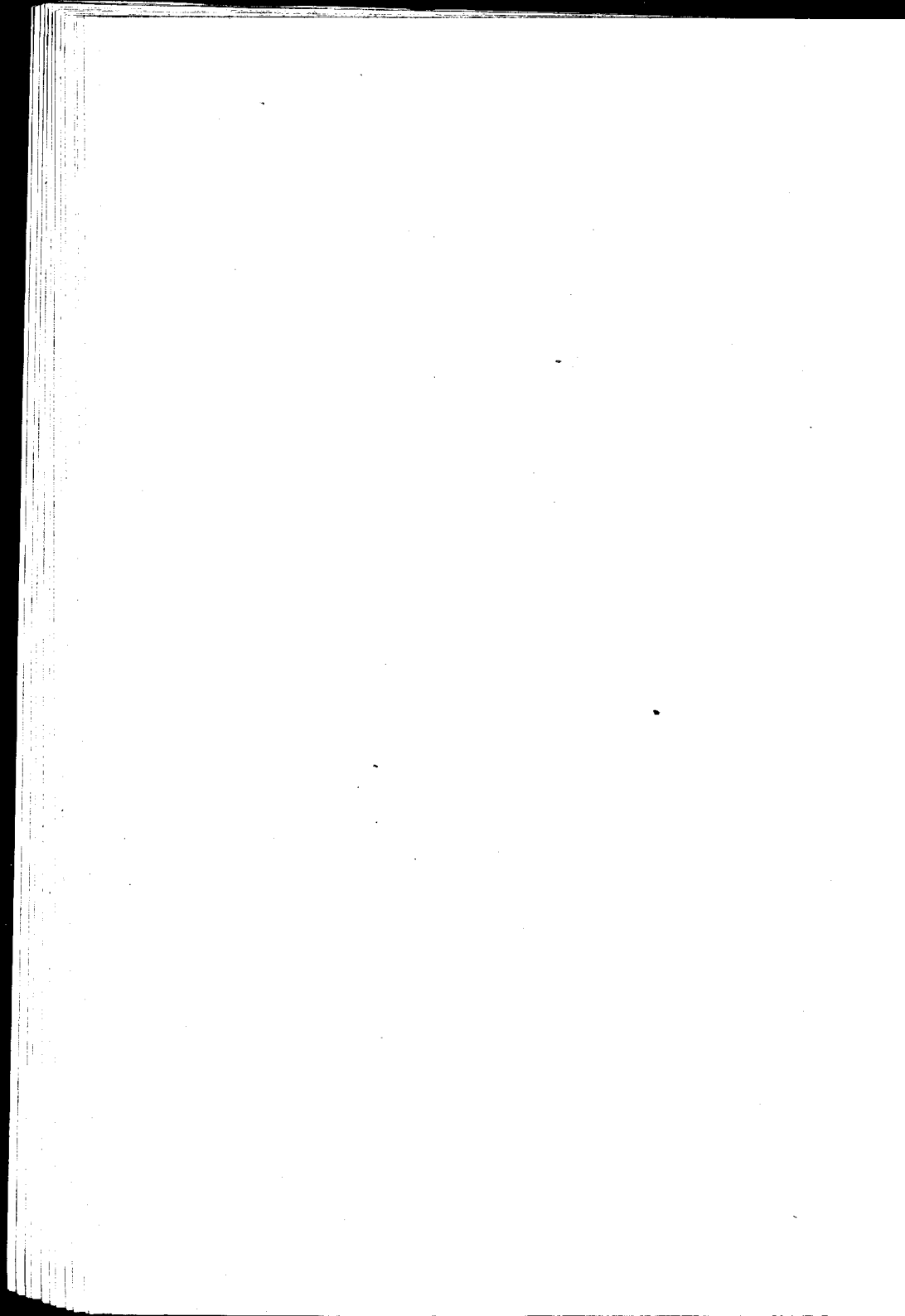
DR. D. ALEJANDRO CABANNE  
DR. D. TOMÁS S. VARELA (2.º año)  
SR. D. JUAN U. CARREA (Protesis)



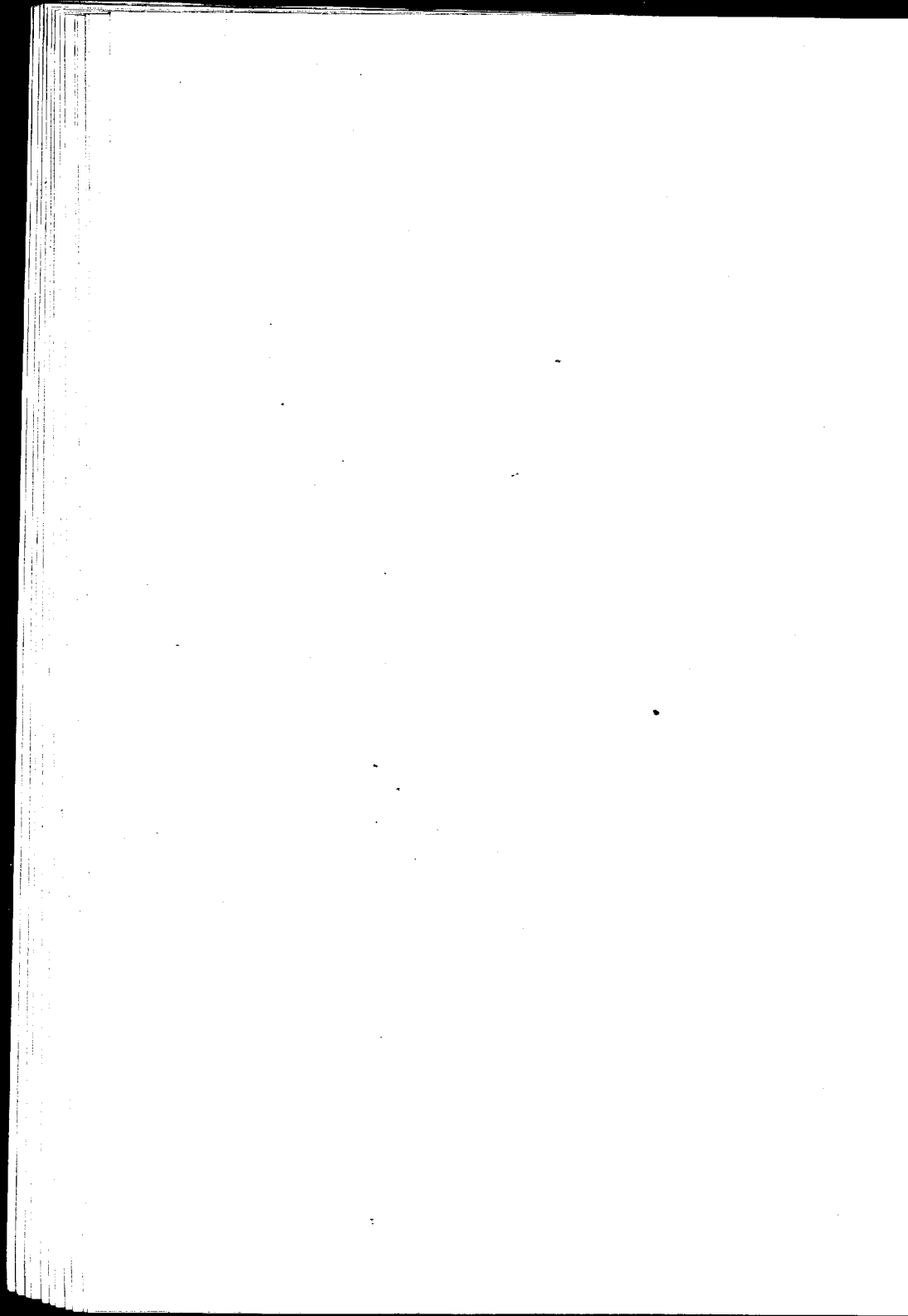
PADRINO DE TESIS:

DR. JOSÉ MORENO

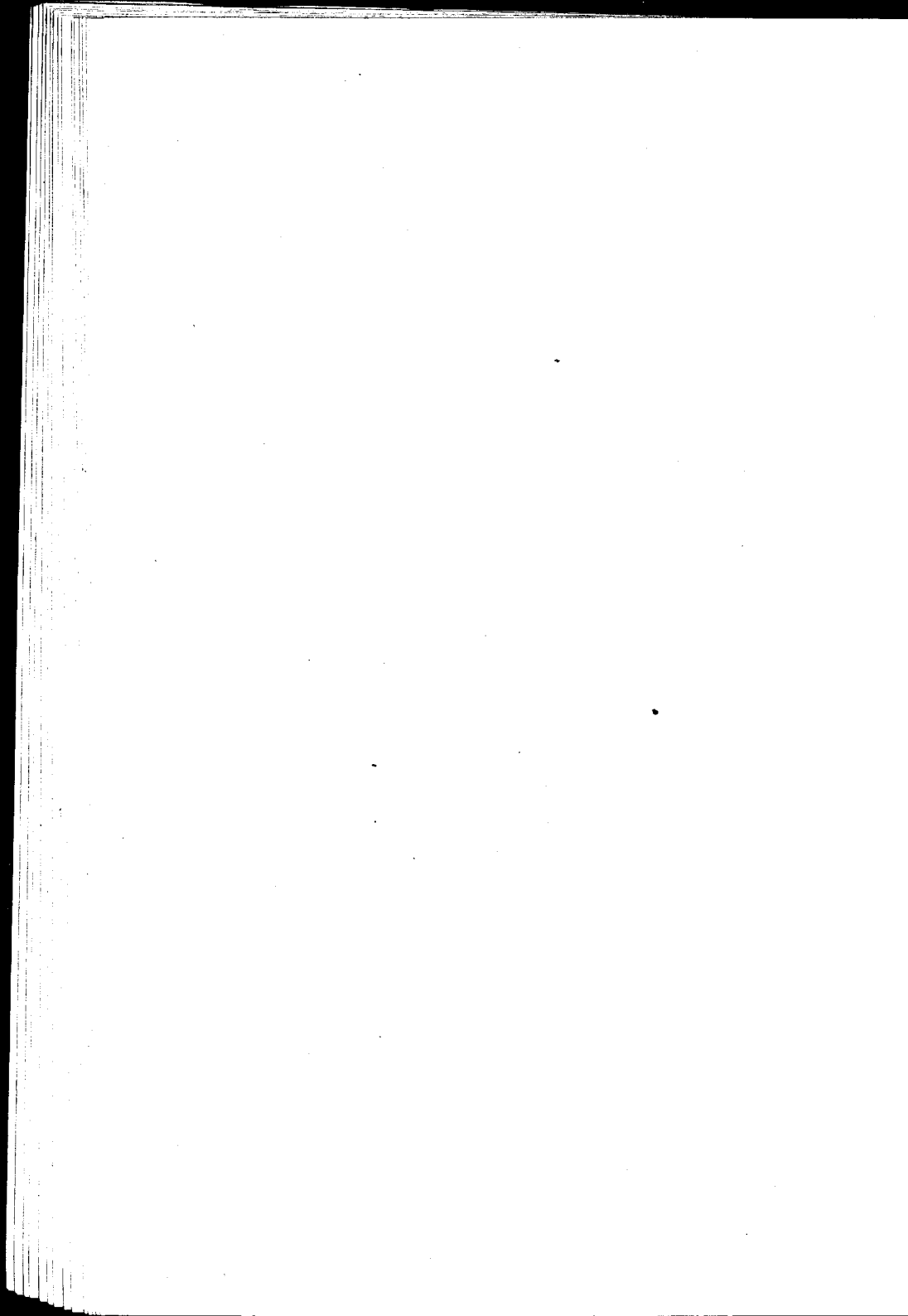
Profesor suplente de materia médica y terapia  
Médico del Hospital Muñiz



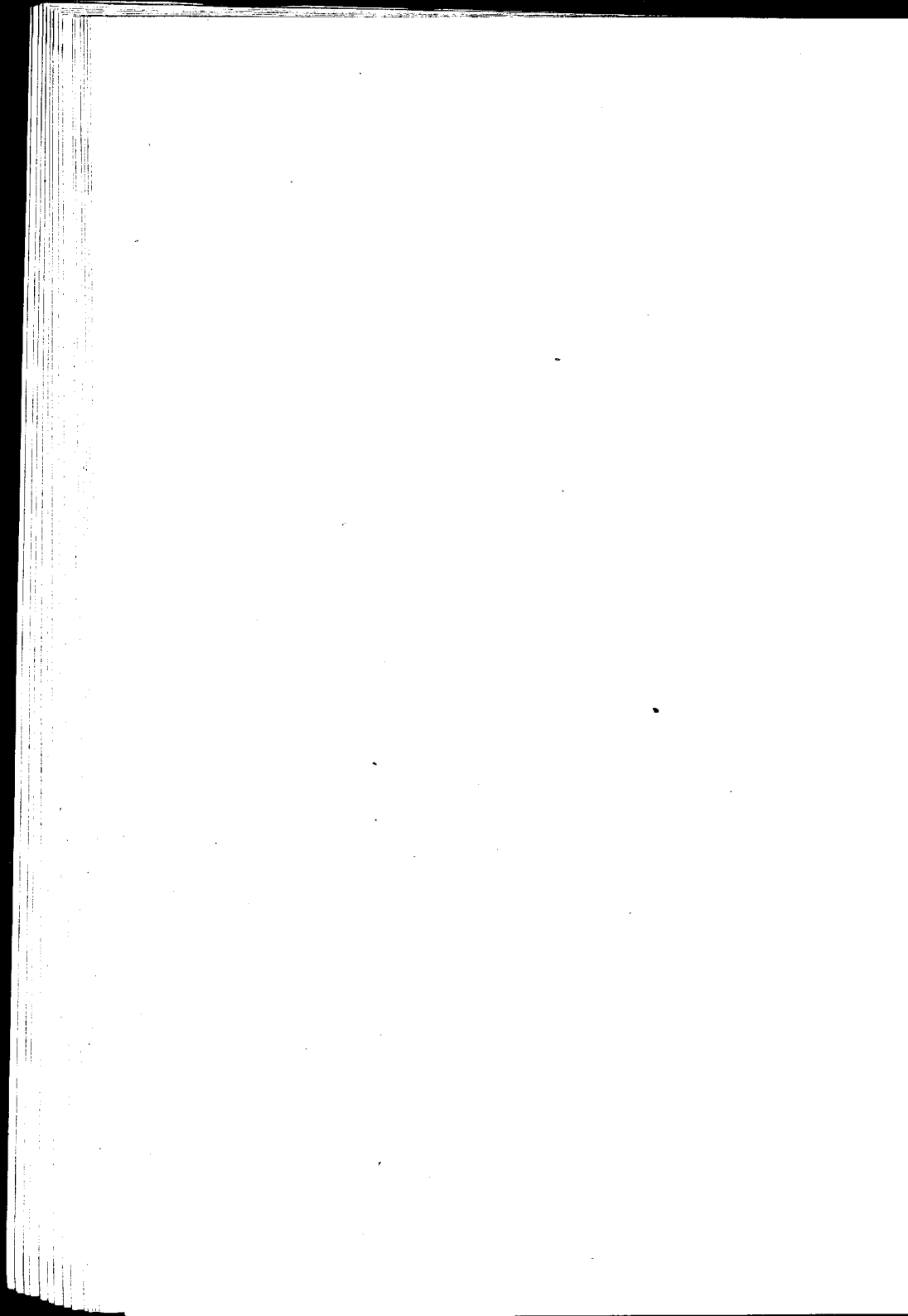
A MIS QUERIDOS PADRES



A MI ESPOSA

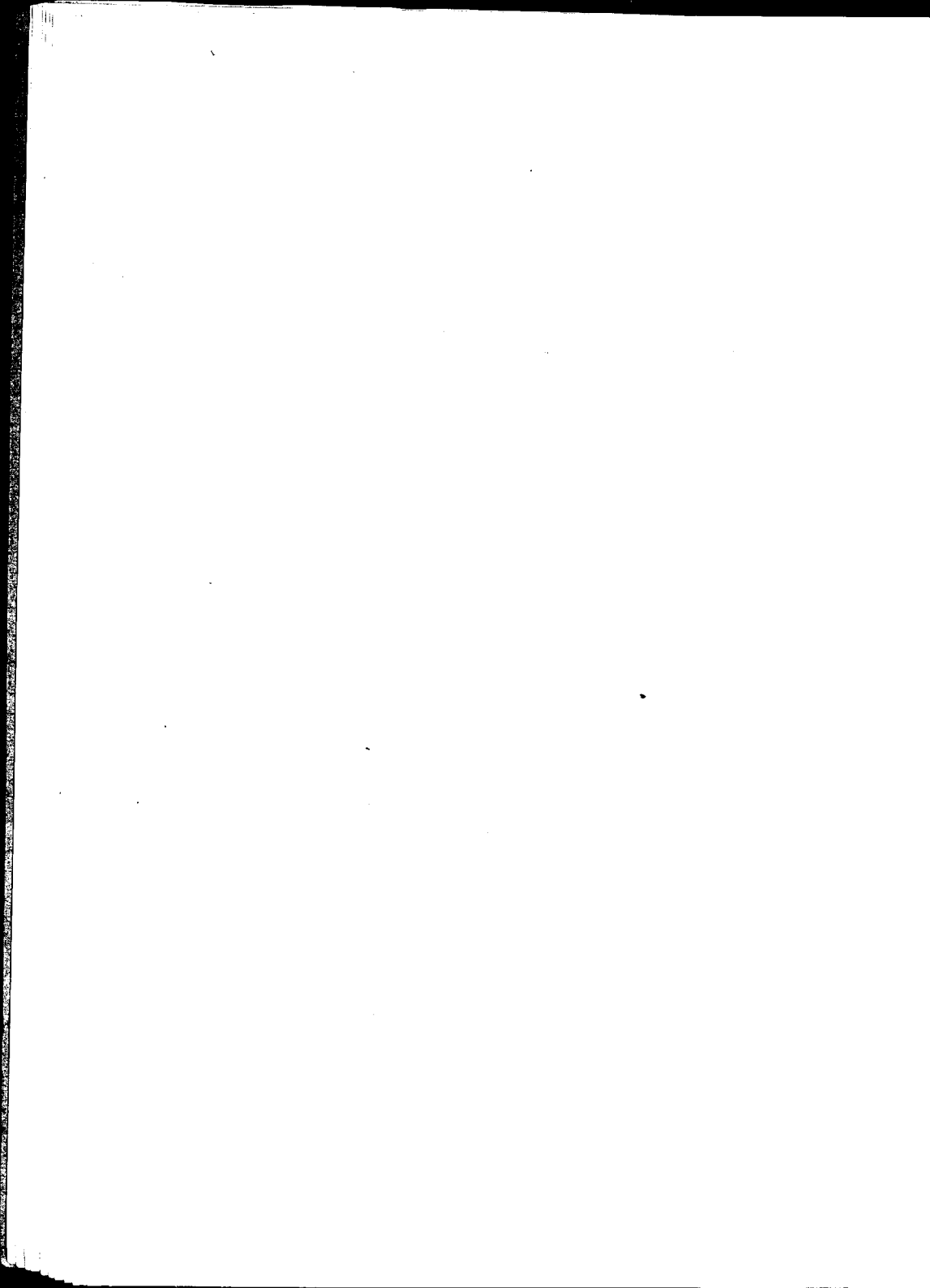


A MIS HERMANOS



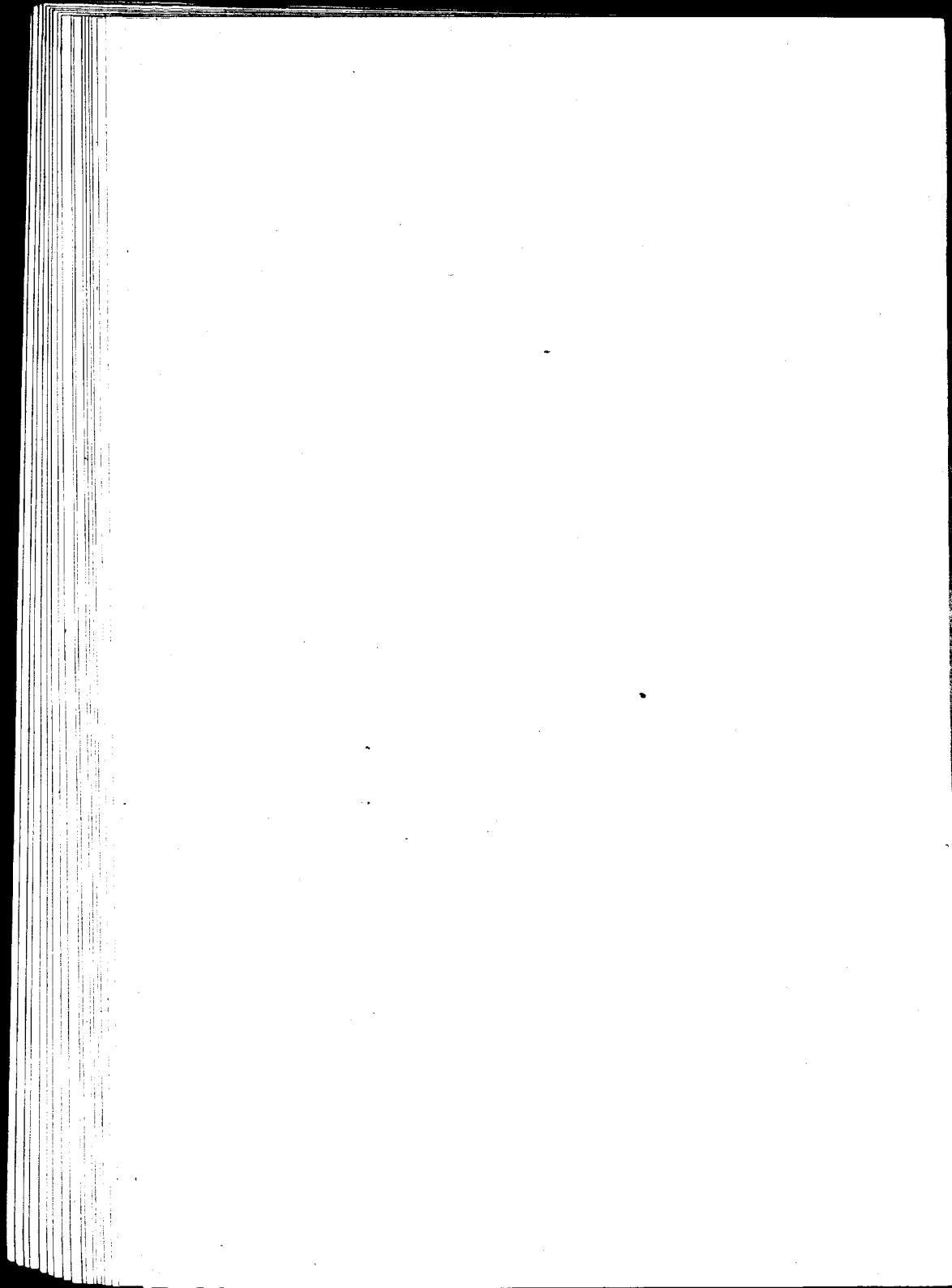
A LOS DOCTORES:

JUAN BONORINO CUENCA  
JOSE MORENO  
MANUEL GIOVANETTI  
ANGEL M. CENTENO  
DANIEL J. CRANWELL  
JUAN JOSÉ VITÓN  
PEDRO GIACCHINO



À MIS AMIGOS:

Dr. JOSÉ A. VALDEZ  
• AMBROSIO BARNI  
• PEDRO SAURÉ  
• HORACIO MALTER TERRADA  
• ENRIQUE DOMINGUEZ  
• FLORENCIO ARIÀS  
• LUIS FIGUEROA ALCORTA  
• RAUL IBARRA  
• FRANCISCO Y. QUINTANA  
Sr. CORNELIO LIZARRAGA



Señores Académicos :

Señores Profesores :

Presento a vuestro elevado criterio la última prueba reglamentaria para el doctorado. Me ha sido inspirada por el distinguido profesor doctor José Moreno, quien me apadrina en este acto. Se aprecia todo el valor científico y el interés práctico del tema y sería mi deseo contribuir al perfecto desarrollo del mismo. Pero no escaparé a la serenidad de vuestra reflexión que en el anhelo definitivo de un ideal por años perseguido, esta producción mantenga aún el sello de su génesis estudiantil y envuelva solamente la esperanza de una mayor experiencia futura. Entretanto ruego la miréis como una iniciativa de la nueva etapa de mi vida médica ; como una de las tantas pruebas en que vuestra bondad tuvo ocasión de exteriorizarse. Esta página sintetiza recuerdos, ilusiones, esperanzas ; en medio de ellas, se desliza el sentimiento de la separación material para mí de esta Escuela a quien debo mi intelectualidad, no así el vínculo mo-

ral que siempre me ligará a ella, constituído por el sincero agradecimiento para los que habéis sido mis maestros en la Cátedra y en la Clínica.

## HISTORIA

Desde 1750, Montaigne y Verni aconsejan el tratamiento mercurial como único remedio capaz de curar a dos enfermos sífilíticos, atacados de padecimientos gástricos, dejando desde entonces entrever la posibilidad de la sífilis gástrica que Andral en 1838, después de dos bellas observaciones de gastritis crónica, rebelde a todo tratamiento, consigue curar por el mercurio.

Podemos decir que allí comienza la era clásica de la sífilis del estómago.

En el curso de esta exposición, hemos de sintetizar las principales observaciones, muchas de las cuales, han sido confirmadas por el exámen anátomo-patológico y otras por la eficacia del tratamiento específico que ha venido a confirmar el origen luético de la visceropatía.

He aquí como exposición concreta, la lista cronológica de las principales observaciones de sífilis estomacal:

1.º Casos constatados anatómicamente por autopsias o intervenciones quirúrgicas :

Cruveilhier, 1838 ; Fauvel, 1858 ; Virchow, 1860 ; Wapner, 1863 ; Lancéreaux, 1864 y 1866 ; Frerichs, Capozzi, 1867 ; Xlebs, 1869 ; Rudnew, 1870 ; Murchison, 1878 ; Oser, 1871 ; Fioupe, 1874, Cornil, 1874 y 1879 ; Drozda, 1880 ; Weichselbaum, 1883 ; Chiari, 1885 ; Gaillard, 1886 ; Birch-Hirschfeld, 1883 ; Chiari, 1891 ; Zawapzki etc Luxemburg, 1893 ; Bittner, 1893 y 1894 ; Chiari, 1894 ; Stolper, 1896, Flexner, 1898 ; Aristoff, 1898 ; Hemmeter, 1898 ; Froenkfel, 1898 y 1899 ; Cesaris-Demel, 1899 ; Schreiq, 1900 ; Oberndorfer, 1900, (avec cas de Buday), Hemmeter et Stokes, 1900 ; Langovói, 1902 ; Barbier, 1904 ; y Hayen, 1905.

2.º Casos puramente clínicos sin verificación anatómica alguna :

Andral, 1894 ; Topinard, 1865 ; Dujardin-Beaumets, 1866 ; Trousseau, 1875 ; Bartumeus, 1878 ; Hiller, 1883 ; Gaillard, 1886, (con casos de Schwimme), Gonzot, 1886 ; Tavernier, 1887 ; Jullien, 1889 ; Rosanof, 1890 ; Xeser, 1891 ; Norden, 1897 ; (casos de Sanders) ; Dubuc, 1898 ; Hemmeter, 1898 ; Mackay, 1898 ; Dielafoy, 1898 ; Dielafoy, 1993 ; Einhorn, 1900 ; Mamulea, 1901 ; Bailac y Chamayeon, 1901 ; Dielafoy,

1902 ; Domenice, 1902 ; Fournier, 1903 ; (con casos de Freemann-Ward), Hayen, 1906.

---

A pesar de que muchas de estas observaciones no están exentas de toda crítica, entresacamos las principales : dos son estudiadas por Virchow en 1860 ; en una de gomas del corazón y testículo y el otro de osteo peristitis gomosos de los huesos del cráneo. Presenta el primero, una mucosa estomacal espesada y roja. El segundo caso, un espesamiento de la mucosa al nivel del píloro.

Lancereaux hace una observación (en 1864), de un antiguo sífilítico, que es atacado de perturbaciones gástricas simulando una afección crónica del estómago en la autopsia del cual se encontró una estenosis, con espesamiento del píloro y presentaba un anillo muscular muy desarrollado.

Dos años más tarde, el mismo autor hace la autopsia de un sujeto atacado de lesiones múltiples de sífilis, encontrando en el estómago una ulceración en la región pilórica de borde fibroso, de apariencia cicatricial por trechos, y en su centro casi perforada la pared estomacal.

En el mismo año, Frerichs, publica el caso de un enfermo que desprovisto de antecedentes gástricos en la

autopsia, encuentra una cicatriz pequeña irradiada acentuándose sobre la pequeña curvadora del estómago y dando nacimiento a un curioso tabique que separaba la porción cardíaca de la pilórica.

Un viejo sifilítico de Murchisson (1878), muere de una gastrorragia, encontrándose en el estómago, una úlcera yusta-cardíaca, que había interesado una gruesa rama arterial.

Otro caso: de Fioupe (1874), muerto también de una terrible hematemesis, encuentra en la autopsia lesiones sifilíticas múltiples y una ulceración del tamaño de una lenteja en la región pilórica, en cuyo fondo se encuentra un vaso arterial abierto.

Droaz, describe el de un sifilítico habiendo sufrido perturbaciones gástricas muy graves, sin dilatación ni tumor y que muere de hematemesis.

En la autopsia encuentra lesiones sifilíticas múltiples del hígado y del páncreas y una cicatriz estrellada cerca del cardíac, con inyección periférica y espesamiento calloso del peritoneo vecino.

La observación de Weichselbaum, hecha en el año 1883, es más interesante, pues al lado de una cicatriz estrellada, blaucuca y un poco deprimida, encuentra dos ulceraciones en la parte superior de la pared posterior de la gran curvatura, ulceraciones cuyos bordes y base eran formados de tejidos cicatricial de apariencia neta-

mente gomosa ; existían, además, manifestaciones sifilíticas múltiples.

En un sifilítico muerto de hematemesis (Chiari, 1885), encuentra en la autopsia una úlcera en evolución con erosión de la arteria coronaria.

Entre las observaciones de Galliard cita el caso de Fauvel referente a una mujer sifilítica cuya autopsia reveló una gran hipertrofia del estómago cerca del píloro presentando muchas ulceraciones de la mucosa. Oser (1871), encuentra en un heredo-específico, pequeños nódulos blanco-amarillentos de consistencia firme en el estómago y en la cara posterior del duodeno.

Estos nódulos se extendían hacia el intestino, correspondiendo a las placas de Peyer. Mas recientemente, Barbier (1904), ha relatado tres casos de sífilis del estómago, uno de los cuales se refiere a un heredo-específico atacado de lesiones múltiples sobre todo del corazón y en cuyo estómago se encontró dos pequeñas ulceraciones del tamaño de una cabeza de alfiler, una perigastritis resistente con dilatación de estómago, hipertrofiado, probablemente, por tejido fibroso.

Si bien es cierto que muchos de estos casos han recibido la etiqueta de sífilis estomacal sin poder demostrar la verdad de tales aseveraciones, no por eso debemos desecharlos en nuestro estudio sobre el tema, teniendo en cuenta las dificultades del diagnóstico, debido

al poliformismo de las manifestaciones luéticas estomacales.

Han sido descritos muchos otros de mayor interés para nosotros, porque su estudio ha sido llevado con el análisis histológico, única manera tal vez de poder precisar la especificidad de la lesión sobre bases más científica, que no dejan casi lugar a duda.

Entre estos, citaremos en primer lugar a Klebs que en el año 1869, refiere el caso de un enfermo portador de lesiones sifilíticas múltiples, en particular del intestino, en el estómago del cual encontró una ulceración rodeada en la región del cardías, porción posterior y cuyo fondo reposaba sobre la sub-mucosa y la musculosa espesada.

El examen histológico, demostró que se trataba de infiltración gomosa de las tunicas externas con degeneración grasosa del lado de las tunicas internas.

En una histérica estudiada por Cornil, que sufría de perturbaciones gástricas con vómitos, etc., encuentra en la autopsia, además de lesiones sifilíticas rigurosamente estudiadas, al microscopio; en el estómago una cicatriz blanca, irradiada de la pequeña curvatura y algunos tumores aplanados de diversos tamaños asentando a lo largo de la pequeña curvatura y muy cerca del píloro; la mucosa era adherente sobre estas tuberosidades, ulceradas en algunos puntos.

El examen histológico de esos tumores, demostró que se trataba de tejidos gomosos.

Chiari relata un heredo sifilítico muerto sin haber presentado manifestaciones gástricas, revelando la autopsia ; sífilis del pulmón, del hígado, de los huesos, intestinos, etc., al nivel del estómago, un poco dilatado, existían cinco espesamientos amarillos pálidos, lisos, salientes debidos a la unión de las tunicas fusionadas y espesadas por un tejido uniforme, indurado ; en este tejido el examen microscópico, revela la presencia de infiltraciones gomosas con su máximum en la sub-mucosa, pero invadiendo las otras tunicas por trechos netamente dispuestos al rededor de los vasos sanguíneos alterados.

Una segunda observación del mismo autor, se refiere a una sífilis adquirida. La autopsia demuestra gomos múltiples viscerales intestinales en particular y al nivel de la pared anterior y posterior del estómago, dos órdenes de lesiones : de una parte, una ancha ulceración perforada, tapada por el pancreas y el meso-colon transverso, por otra parte, cuatro espesamientos en forma de meseta, su estructura era idéntica a las gomos del intestino.

En otro caso de heredo-sífilis, Chiari encuentra lesiones de inflamación difusa y que él llama gastritis difusa sifilítica.

Capozzi, en 1867, hace la observación de un sifilítico con perturbaciones gástricas, en cuya autopsia se

encuentra un estómago de paredes espesadas, con pérdida de sustancias múltiples de la mucosa; el examen histológico, muestra lesiones de proliferación celular de las glándulas, degeneración de las mismas e hipertrofia de la mucosa.

Las observaciones de Birch Hirschfeld (1887), en gran número se refieren, la primera a un heredo-específico, cuyo estómago presentaba en la región pilórica un ancho espesamiento blanquizco, apretado y poco saliente en el que el microscopio delata la presencia de lesiones vasculares e inflamaciones gomosas de la submucosa y de la mucosa.

En la segunda, el de un sifilítico con perturbaciones gástricas de mucho tiempo, presentando en la autopsia, además de una goma del hígado, una ancha placa de la región pilórica, en parte ulcerado y constituida por un tejido duro cicatricial, con los vasos obliterados.

En el tercer caso, un hombre atacado de gomas del intestino, presentando en la región justa-cardíaca, una ulceración de fondo liso y de bordes duros constituido por tejido gomoso.

La cuarta observación se refiere a un hombre portador de lesiones sifilíticas múltiples, intestinales en particular, y que presenta una úlcera gomosa del exófago que se extendía hasta el estómago y cuyo examen histológico fué probatorio.

El enfermo de Stolper era un sífilítico terciario con lesiones específicas múltiples y cuyo estómago presentaba diversos espesamientos ulcerados por trechos, el análisis microscópico muestra que el espesamiento era formado de tejido conjuntivo, rico en fibrillas ocupando la submucosa, con abundante proliferación peri y endovascular y masas redondeadas de linfocitos expandidos hasta la musculosa.

Flexner (1898), constató un goma hepático y una úlcera perforada del estómago, en la autopsia de un hombre muerto a consecuencia de una peritonitis por perforación.

El estómago estaba espesado y con adherencias a los órganos vecinos, presentando cerca del cardías, sobre la gran curvatura una vasta úlcera de bordes duros cuyo fondo estaba formado por la musculosa perforada en el centro.

El microscopio revela la infiltración de la submucosa por células en focos, necrosadas por trechos y por otra parte, un tejido fibroso denso, muy extendido, invadiendo la musculosa que con lesiones de endoarteritis y endoflebitis obliterante.

El trabajo de Aristoff comprende 9 casos de sífilis hereditaria, de los cuales cinco veces encuentra lesiones gomosas del estómago, dos veces el autor encuentra infiltración difusa de la mucosa, de la submucosa y que el autor piensa se trata probablemente de sífilítica.

Hemmeter cita la observación de un sujeto atacado de gomas diversos, cuyo estómago presenta una gastritis difusa intensa, el microscopio revela la existencia de lesiones de endo-arteritis e innumerables pequeños nódulos miliars ocupando la mucosa, la sub-mucosa y penetrando por trechos en la musculosa.

El enfermo de Fraenkel, muere de peritonitis por perforación, presentando en el estómago trece ulceraciones, de las cuales una es muy grande, todas con fondo lardáceo, treinta y una ulceraciones análogas existían sobre el intestino delgado.

Histológicamente, se pudo constatar lesiones de infiltración embrionaria, ocupando todas las tunicas hasta la sub-serosa y espesamiento de la túnica interna de las arterias.

El enfermo de Langovoi, considerado por un carcinoma, fué operado y se constató una vasta úlcera, por la cual se reseccó gran parte del estómago. El examen histológico, demuestra un tejido granuloso de aspecto «específico» y el tratamiento sífilítico trae una mejoría notable del estado general.

Hayem describe dos casos : el primero, atacado de perturbaciones gástricas con dolores, y vómitos, presentando una induración en plastrón de la región vesicular ; se opera con diagnóstico de estenosis probablemente de origen hepático.

El examen de la pieza da : una infiltración plás-

tica de la región píloro duodenal, semejando la linitis plástica.

Toda la región enferma, era adherente a los órganos vecinos. Al microscopio se ve una infiltración fibroide, ocupando sobre todo las capas externas del estómago y encerrando numerosos nódulos de aspecto gomoso.

La segunda observación se refiere a un hombre que presentaba todos los síntomas de estenosis cancerosa del píloro y operado como tal después de una piletomía, se encuentra el fragmento estomacal rojo y amarillento, la mucosa ulcerada, la pequeña curvatura en ambas caras con una superficie de sección espesada; y existe un espesamiento en *plateau* difuso ocupando la región pilórica casi entera con una exulceración irregular y festoneada de la mucosa. Al corte se constata una infiltración plástica de la mucosa, un enorme espesamiento fibroso de la celulosa el todo desapareciendo del lado estomacal de la pieza.

Al microscopio, la submucosa, contiene un tejido conjuntivo adulto vascular con nódulos perivasculares directos.

La musculosa presenta tabiques conjuntivos, fibrosos infiltrados y espesados.

Esta infiltración plástica inodular es muy abundante al nivel de las ulceraciones; la mucosa está atacada de gastritis crónica con inflamación intersticial y

atrofia glandular. Los mismos nódulos existen hasta en la placa de epiplon adherente, muy a menudo adosada a la pared externa de los vasos. Ellos tienen la estructura y los caracteres de los nódulos gomosos con trechos necróticos centrales.

## ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

En 1830, Andral escribía «nous ne voyons pas pourquoi des ulcerations des muqueuses viscérales ne pourraient pas reconnaître la syphilis pour cause et céder a un traitement antisiphilitique : mais des observations de ce geure la science les attend encore».

Poco tiempo después, el mismo autor «Clinique medical», París 1834, publica observaciones sobre sífilis gástricas curadas por el tratamiento mercurial y ulteriormente, éstas han aumentado hasta no dejar lugar a dudas sobre el origen francamente específico de tipos clínicos diversos de gastritis ulcerosas, *exulceratio simples de Dieulafoy* y úlceras francas del estómago.

Las observaciones clínicas de Dieulafoy son notables a este respecto. Este autor ha tratado casos rebeldes a los tratamientos clásicos de la úlcera gástrica que han cedido inmediatamente al tratamiento mercurial y mixto con la misma rapidez que cualquiera otra manifestación de diversa localización orgánica y él acepta des-

de luego que las diversas formas clínicas de la úlcera pueden ser de origen sifilítico indiscutible.

En la hora actual, el conocimiento del agente parasitario ocasional de la sífilis y sus peculiaridades morbiógenas, pueden a su vez justificar la producción más o menos precoz de la sífilis gástrica ulcerosa o no.

Para esta interpretación, es menester asociar al estudio de la etiología el de la patogenia y anatomía patológica.

Por de pronto, en el mecanismo de la sífilis gástrica ulcerosa, deberemos reconocer una patogenia compleja. Desde las perturbaciones secretóricas hasta las lesiones arteriales y los gomos.

En lo que a las primeras se refiere, la patogenia de la úlcera sifilítica del estómago, debe a nuestro juicio, confundirse con el concepto en que Bouveret establece la de las úlceras simples.

«La historia de la úlcera del estómago, dice, se relaciona estrechamente a la de la hiperclorhidria y de la hipersecreción gástrica».

Sabemos, en efecto, la vinculación que estas alteraciones secretorias del estómago tienen con el sistema nervioso y cuán complejo es el capítulo de las dispepsias funcionales, ante causas al parecer comunes, encontramos sujetos afectados de esas alteraciones secretorias de tipo hiperclorhídrico o hipersecretor, precursoras o concomitantes, con la úlcera.

La sífilis que desde su primer período, como infección general que es, produce perturbaciones generales de todos los sistemas, como lesiones locales, puede y acarrea en muchos casos, los trastornos múltiples que reconocemos generadores de la úlcera común.

La anemia, que sabemos es capaz de determinar por sí sola trastornos gástricos y nerviosos, la neurastenia o simplemente las localizaciones nerviosas de la sífilis, las lesiones vasculares y mucosas, la toxi-infección de sí misma, bastaran para justificarnos una repercusión mórbida sobre el funcionalismo de las glándulas digestivas o una lesión sobre los vasos mismos y la mucosa gástrica.

Esta patogenesis de la úlcera específica a nuestro juicio, se confunde con la de la úlcera simple; la concomitancia de la infección general, es cómo veremos en el capítulo del diagnóstico la clave de la diferenciación.

Más fácil de explicar, o mejor dicho, de probar, es la génesis de la úlcera por lesiones vasculares y gomas. Aquí la anatomía patológica nos lo confirma abundantemente como en breve hemos de ver.

Las lesiones vasculares, arteritis sífilíticas, acarrear serias perturbaciones nutritivas del órgano mismo y ellas nos explican en muchos casos, la perforación de la rama arterial respectiva constatada con frecuencia en el centro de las úlceras gástricas.

El reblandecimiento de gomas localizadas en el

estómago, por su propia evolución, terminan en una necrosis ulcerosa cuya superficie es atacada en seguida por el jugo gástrico, termina en la desintegración molecular del infiltrado primitivo y por consiguiente, en la úlcera, con su natural sintomatología y consecuencias.

Ambas lesiones, vasculares y gomosas, pueden encontrarse asociadas y no pocas veces las perturbaciones nutritivas y reflejas de estas mismas alteraciones repercuten sobre el funcionalismo secretorio que predispone y favorece la rápida producción de la úlcera.

Los accidentes gástricos de la sífilis, pueden, pues, corresponder a los diversos períodos de esta infección.

Así en una breve estadística que hemos consultado, encontramos que sobre 31 casos después de la aparición del chancro inicial, aquellos accidentes se han presentado en este orden :

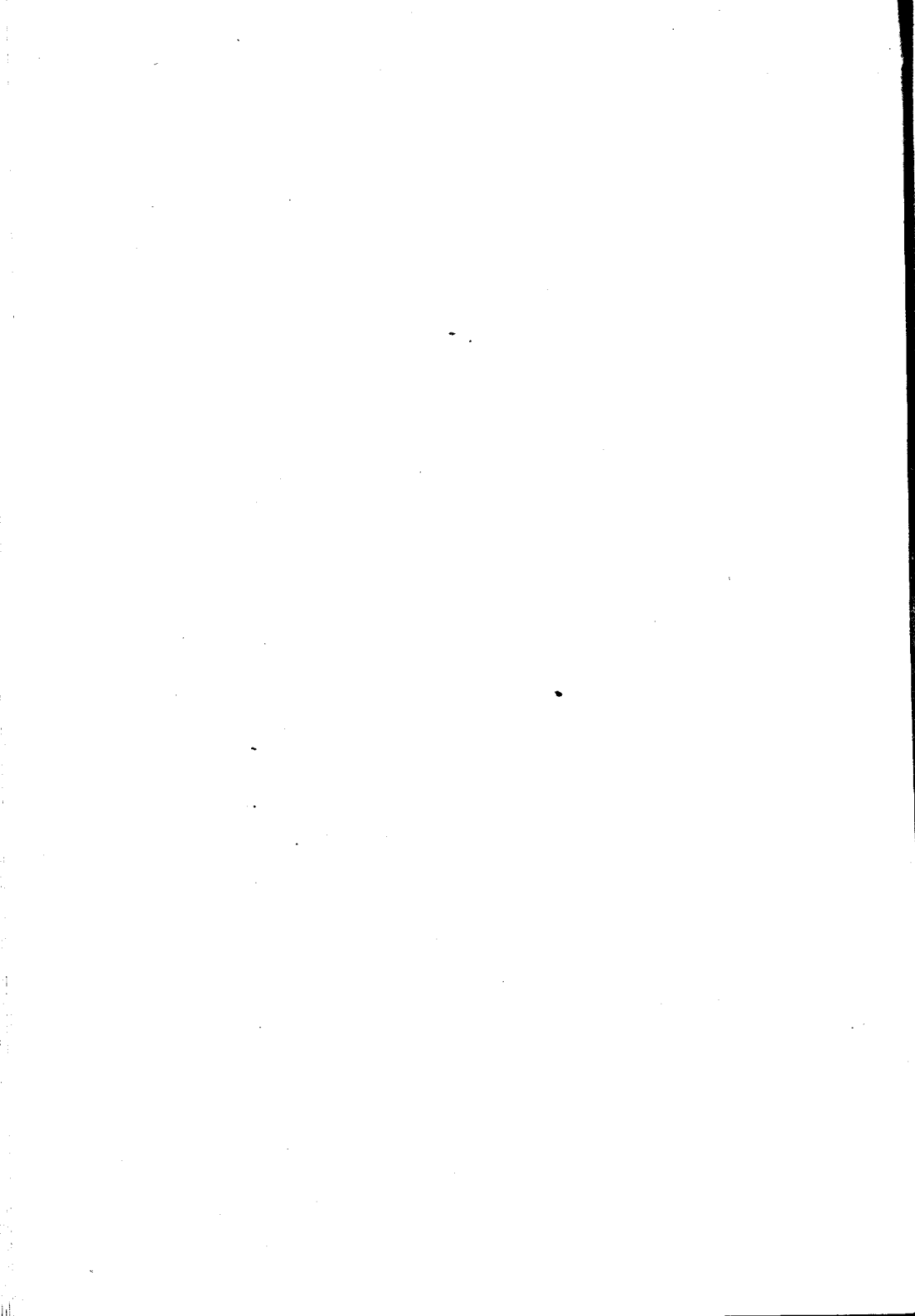
Al cabo de 1 mes ... ..	2 casos
» 3 » .....	2 »
» 1 año ... ..	1 »
» 2 » ... ..	3 »
» 3 » .....	2 »
» 4 » .....	2 »
» 5 » .....	1 »
» 6 » .....	2 »
» 7 » .....	2 »
» 9 » .....	1 »
» 10 » .....	2 »

»	11	»	.....	...	...	1	»
»	12	»	.....	...	...	1	»
»	15	»	.....	...	...	2	»
»	18	»	.....	...	...	2	»
»	20	»	.....	...	...	3	»
»	24	»	.....	...	...	1	»
»	26	»	.....	...	...	1	»

Aunque en esta estadística la proporción de fenómenos gástricos de origen específico, aparece proporcional en los diversos períodos, es bueno hacer notar que con mayor frecuencia en los iniciales los síntomas francos de la úlcera, la hematemesis, son muy raros, por lo común, se observan síntomas de gastritis de tipo diverso, correspondiendo al máximo de accidentes ulcerosos, a los períodos terciarios.

Sobre 16 observaciones, sólo en tres se ha constatado hematemesis en los dos primeros años de la infección, el resto ha sido, como decimos en el período terciario.

En el capítulo que sigue, las lecciones anatómicas constatadas, justifican las consideraciones generales que hemos establecido en la patogenia..



## ANATOMÍA PATOLÓGICA

Como generalmente la úlcera sifilítica no es más que la terminación forzosa de la necrobiosis del goma, (como hemos visto anteriormente al hablar de la patogenia) justo es comenzar por el estudio anátomo-patológico de este.

Los gomas se presentan bajo dos formas : circunscripta y difusa. Estudiaremos la forma circunscripta con su evolución ; evolución que comprende tres fases : la del goma, la de la ulceración y por último cicatrización.

¿Cuál es la característica del goma en su período de crudeza ? Se le ha encontrado sobre todos los puntos de la superficie gástrica localizándose de preferencia en la pared posterior del estómago en la vecindad de la pequeña curvatura ; del cardías y del piloro.

Esta predilección del asiento de la lesión tal vez sea imputable, según nosotros a la mayor vascularización del estómago en estos puntos.

Mas raramente los infiltrados gomosos se localizan en el fondo del estómago y la porción mediana de la gran curvadura, como en el caso de Chiari.

Estas infiltraciones gomosas ya son únicas o múltiples, en número de tres en el caso de Cornil, de cinco en el de Chiari, y de siete en el caso de Bittner. Se presentan a veces bajo la forma de nódulo o placas redondeadas u ovalares, alcanzando dimensiones diversas desde la de un grano de mijo hasta el tamaño de la palma de la mano, siendo su término medio el de una moneda de 5 centavos.

En un mismo estómago pueden observarse neoformaciones de dimensiones diferentes; es así en el caso de Cornil, los tres tumores tenían respectivamente 5, 3, y 2 centímetros y en el estómago de un heredo-específico de Chiari, variaba entre medio y dos centímetros. Las placas son en general muy voluminosas; las señaladas por Birch Hirschfeld, tenían casi las dimensiones de la palma de la mano. El color de estas neoformaciones, es en general blanquecino o amarillento.

En los casos de Stolper y Oberndorfer el tinte era rojo y contrastaba vivamente el tinte de la mucosa.

La consistencia de estas producciones es firme y dura (Birsch-Hirschfeld, Bittner) y los contornos son bien limitados.

Un corte de la pared estomacal practicado al nivel de estas deformaciones, muestra que su saliencia

en la cavidad gástrica es producida lo mas a menudo por el espesamiento de la sub-mucosa ; este hecho es particularmente neto en la plancha que acompaña la observación de Cornil ; se vé que la mucosa aunque adherente a los planes subyacentes, no es más que levantada por una submucosa cuya hipertrofia es enorme. Lo mas a menudo la mucosa es espesada igualmente y a veces todas las tunicas del estómago hipertrofiadas y adherentes entre sí, formando una masa espesada, dura y fibrosa testimonio de una invasión total de su tejido (Chiari).

En un solo caso de Hayem, contrariamente, a los otros, la infiltración marchaba de la perifería hacia el interior, de las capas externas hacia la mucosa. Es necesario señalar algunas fases de espesamiento generalizado de la mucosa, testimonio de infiltración de las paredes por un proceso de gastritis crónica y la formación de una perigastritis a veces intensa con adherencias múltiples y firmes a los órganos vecinos (Hayem), adherencias de las cuales nosotros veremos la importancia en los casos de úlcera perforada. En cuanto a las lesiones histológicas de estas neoformaciones, ellas comprenden por una parte nódulos gomosos que no tienen nada de particular.

Por otra parte, el tejido conjuntivo hipertrofiado forma a veces un fieltro cerrado, reemplazando la submucosa sola, o tendiéndose mas o menos a las otras

túnicas ; este tejido de infiltración invade así la mucosa comprimiéndola y ahogando las glándulas (Oberndorfer) y forma a veces una masa fibrosa, resistente, mezclada a células embrionarias como en el caso de Cornil, sobre todo el de Hayem.

Este tejido conjuntivo puede en ciertos puntos, donde la mucosa es en gran parte atrofiada, en el centro de los tumores por consiguiente, continuarse directamente hasta la superficie así como Cornil lo ha hecho notar.

Las lecciones vasculares no existen siempre, según Cornil, pero lo más a menudo tienen los caracteres de la endo-arteritis obliterantes, muy a menudo los observadores han notado la disposición neta y a veces compacta de las células de infiltración alrededor de los vasos sanguíneos.

• ULCERAS.—Las úlceras presentan una particularidad interesante. Según el grado diverso de su evolución, ellas permiten darse cuenta en cierta medida de las condiciones de su formación y de su cicatrización.

Estas úlceras se han encontrado frecuentemente asociadas a las neoformaciones gomosas. Otras veces existen solas, testimonios de un proceso de caseificación más avanzado, de los productos gomosos proceso ya antiguo a veces, como semejjando indicar adherencias

enormes, constatadas entre la zona ulcerada de órganos vecinos.

Estas úlceras sifilíticas son como las neoformaciones gomosas de número y asiento variable. Lo más a menudo la ulceración es única (Klebs, Chiari, Hayem), pero en el caso de Stolper había tres y en el de Fraenkel trece.

Las ulceraciones pueden asentar en cualquier parte pero con mayor frecuencia sobre la pared posterior más o menos cerca del cardias o del píloro. Otras veces se le ha encontrado en la región pilórica, al nivel del cardias sobre la gruesa tuberosidad, sobre la gran curvatura, sobre la pared anterior. (Bittner).

En el caso de Fraenkel, las trece ulceraciones eran expandidas un poco por todas partes. Las dimensiones de estas úlceras son de las diversas, desde las más pequeñas, relatadas por Aristoff y Bittner, hasta las más enormes, caso de Chiari en que la úlcera alcanzaba un diámetro mayor de cinco centímetros.

La mayoría de estas ulceraciones oscilan sus dimensiones entre uno y tres centímetros aproximadamente.

¡Cuando son múltiples, ellas son de tamaño diverso y a veces confluyen para dar nacimiento a una gran ulceración, como la encontrada en el enfermo operado por Langovoi en que fué necesario reseca más de la mitad del estómago.

En cuanto a su forma, es redondeada u ovalar, presentando algunas veces contornos irregulares.

Su profundidad es muy variable. Ya son simples ulceraciones ligeras poco profundas no interesando más que la parte superficial de las tunicas estomacal, ya son verdaderas úlceras ahuecadas en pleno tejido máximo, llegando hasta la perforación: esta última ha sido encontrada tres veces (Chiari, Flexner, Schreib).

¿Es en el aspecto macroscópico de la úlcera que nosotros podemos encontrar una característica de su naturaleza?

Hemmeter responde por la afirmativa: «La úlcera que resulta de la abertura de un goma, dice él, es una pérdida de substancia más pequeña de la mucosa que de la sub-mucosa, más pequeña todavía de la muscular, lo que dá a la úlcera simple el aspecto característico en grada, que no se vé jamás en la úlcera gomosa. El borde de la úlcera gástrica es neto, el borde de la úlcera gomosa es irregular y anguloso.

En la úlcera gástrica no hay pus ni necrosis, solamente una ligera infiltración hemorrágica en la úlcera gomosa, depósito amarillo viscoso gelatinoso, con gómas que le rodean».

Pero analizando las diversas observaciones de sífilis gástrica, nosotros apenas encontramos realizadas tantos trasos distintivos.

Una sola vez en el caso de Schreib, la úlcera per-

forante presentaba una particularidad interesante; parecía ahuecada de afuera hacia dentro de las capas externas hacia las internas, de tal manera que las dimensiones de la perforación eran más grandes al nivel del orificio externo que de la cavidad estomacal.

Pero para todos los autores la úlcera marcha netamente con o sin perforación de adentro hacia afuera, o al menos de las capas mucosas o sub-mucosas hacia las capas musculosas y serosas.

Los bordes so excepcionalmente tallados a pique y si lo son, no lo es sobre toda la perifería de la cera (Cesaris-Demel). De ordinario son bordes espesos, duros, firmes, (Virch-Hirschfeld, Stolper, Flexner) salvo en algunos casos de exulceraciones poco profundas donde los bordes de la zona abrazada se continúan casi insensiblemente con la mucosa vecina. Se puede decir realmente con Hemmeter, que sus bordes no son salientes como en la úlcera de Cruveilhier y la mayoría de las veces es posible distinguir al corte las diversas capas constitutivas formadas casi siempre por una más de aspecto compacto y espesada.

El fondo de la úlcera está constituido por tejido sub-mucoso modificado, espesado, de tinte grisáceo o amarillento, de aspecto lardaceo o ya por la musculosa que siempre más o menos alterada por los procesos esclerosos y necróticos (Flexner) toma un aspecto brillante. Pero la verdadera característica de la úlcera

sifilítica, es su constitución histológica, es el hecho que sus paredes son talladas en las neoformaciones, es que ellas están realmente ahuecadas en los tejidos anteriormente enfermos, sembradas de infiltraciones gomosas, de producciones conjuntivas, de lecciones vasculares que presiden a su génesis y a su desenvolvimiento.

Todos los autores que han estudiado al microscopio la constitución de estas úlceras, la estructura de sus paredes y de su fondo, han hecho constataciones análogas: espesamiento de las tunicas sub-mucosa y mucosas, por tejido fibroso, denso, y los nódulos o trazos de infiltración a menudo necrosadas en su centro; presencia a menudo notada de tejido granuloso alrededor de los vasos; lesiones casi constantes de endoarteritis y endo-flevitis obliterante; extensión en fin de este proceso a las tunicas externas del estómago: muscular, sub-serosa y serosa, al extremo de producir adherencias a veces enormes con los órganos vecinos.

Además de la úlcera gomosa, existe una variedad de úlcera sifilítica de origen vascular admitida por Cesaïres-Demel. En el caso descrito por este autor, las lesiones vasculares habiéndose determinado además de la ulceración, una hemorragia intersticial, de la pared del estómago al extremo de inundar la cavidad peritoneal produciendo la muerte.

Estas lesiones vasculares pueden ser invocadas igualmente como ya lo hemos hecho notar para explicar

las perforaciones de las ramas arteriales constatadas en muchos casos en el centro de la ulceración gástrica.

Por otra parte, es necesario insistir que los dos factores patogénicos de las ulceraciones gástricas específicas: fundición del goma y lesiones vasculares son más a menudo concomitantes, al extremo de ser casi imposible el poder determinar la parte exacta que corresponde a uno de estos dos factores en el proceso ulceroso. En todo caso, la coincidencia de estas lesiones vasculares con una ulceración gástrica, son suficientes para firmar el diagnóstico de ulceración sifilítica.

*Cicatrices.*—La cicatriz es la terminación normal de la evolución de la úlcera, estas cicatrices no ofrecen ningún carácter especial, siempre que no coincida con lesiones gomosas en evolución como en el caso de Cornil.

Las cicatrices al igual que los gomos, pueden encontrarse en cualquier parte del estómago pero por lo general se hallan en la superficie interna, en el caso de Drozda existía una cicatriz en la gruesa toberosidad de dos centímetros de diámetro, comprendiendo toda la pared gástrica con adherencia al vaso.

Por lo general, las cicatrices son pequeñas y superficiales, tienen una consistencia bastante dura al tacto, de coloración blanquecina y de aspecto radiado.

En cuanto a su frecuencia Stolper ha encontrado sobre 61 autópsias de sujetos sifilíticos, 8 casos.



## SINTOMATOLOGÍA

La úlcera sifilítica del estómago tiene los síntomas propios de la úlcera simple o enfermedad de Cruveilhier. La triada clásica dolor, vómito, hematemesis, puede ser completa, o no, o bien ir acompañada de síntomas precursores o aparece alguno de aquellos aislada o bruscamente.

Cuando la sintomatología es franca, va precedida de perturbaciones dispépticas más o menos manifiestas.

Dada la complejidad del síndrome dispepsia, a veces se reconoce en ella el tipo hiperclorhídrico, ya sea clínicamente manifiesto por sensaciones exajeradas de apetito, ardores de estómago, regurgitaciones ácidas accesos dolorosos nocturnos o bien acompañado del vómito característico de la hipersecreción.

Pero con frecuencia también los síntomas precursores son más difusos y los enfermos se quejan de sensación de pesantez o plenitud epigástrica, de algunas náuseas, de síntomas, en una palabra nada caracterís-

tico. A veces el análisis del jugo gástrico se limita a revelar un simple aumento de la áidez clorhídrica.

Los síntomas salientes ante dichos, avarecen en un memento dado.

*Dolor.* Tiene los caracteres descriptos para la úlcera común. Es paroxístico, intenso localizado.

Se exagera con la ingestión de alimentos y aparece con mayor brusquedad cuando estos irritan la superficie ulcerada, de aquí que ciertos de ellos, más o menos duros o irritantes exageren más el dolor que otros.

A veces el dolor se calma con los cambios de posición y obliga a los enfermos a buscar actitudes variables.

Como intensidad es quemante o constrictivo, lancinante, intolerable. El enfermo palidece, el pulso se debilita y las extremidades se enfrían.

El asiento del dolor tiene puntos predilectos. Ocupa por lo común el tercio medio de la línea que va del apéndice xifoides al ombligo. Es el denominado punto de Brinton. Esto no quiere decir que sea el predilecto del asiento de la úlcera por lo variable de las sensaciones, que en general se localizan en la región pilórica.

Cruveilhier ha señalado en la úlcera común un pun-

to doloroso dorsal, entre la séptima vertebra dorsal y la segunda lúmbar.

Además de los dolores fijos, se observan irradiaciones dolorosas, intercostales, abdominales o diafragmáticas.

La duración del acceso es variable de algunas horas hasta varios días.

*Vómito.*—Es menos constante que el dolor y con frecuencia no acompaña a este síntoma. Desde la simple regurgitación ácida, hasta la intolerancia gástrica absoluta, puede encontrarse como caracter. El obedece a la úlcera, al exceso de secreción, al catarro gástrico, a las perturbaciones de la sensibilidad gástrica.

El vómito de la úlcera sobreviene a continuación de la ingestión alimenticia y como consecuencia del dolor producido por los alimentos. Por consiguiente es un vómito alimenticio y abundante.

En otros casos, acompañado por el exceso de secreción, es tardío, abundante en líquido y con restos alimenticios. A veces, escaso y bilioso. Por último, puede contener pequeñas porciones de sangre y en este caso tiene mucho valor, por que indica la probabilidad de una gran hemorragia.

**HEMATEMESIS (Melena).**—La hemorragia de la úlcera gástrica es variable. Acabamos de ver que puede

observarse vómito con pequeñas porciones de sangre y es que no siempre esta sangre proviene de un gran vaso, o bien en lugar de tener origen en la úlcera misma, ser causada por una congestión intensa del órgano, como piensa Brinton.

Sin embargo, lo frecuente es la hemorragia brusca abundante, a veces mortal y en la mayoría grave.

El enfermo palidece, se observan en él síntomas de la hemorragia intensa, debilitamiento del pulso, sudores, síncope.

Si no es fulminante se acompaña de plenitud gástrica, calor en la garganta y el vómito sanguíneo abundante, rojo, cuando es brusco o pardo si es lento; pero en general llamandó la atención por su cantidad y fenómenos generales que le acompañan.

La muerte puede sobrevénir en pocas horas, a veces de inmediato, verdadero Schok con convulsiones. En un caso relatado por Fiuppc, llegó la hemorragia a tres litros, el enfermo murió a los cinco días y en la autopsia se encontró una arteriola abierta cuya luz admitía un estilete; se hallaba situada en el centro de la úlcera. En otro caso observado por el doctor Moreno, la hemorragia fulminante ocasionó la muerte en pocos minutos. Se trataba de una mujer joven que ingresó al hospital Fernández en trabajo de parto. Atendida de urgencia, fué necesario efectuar la cefalotripsia fetal, al cabo de tres días la enferma que no había acu-

sado síntomas especiales, se encuentra bruscamente acometida por los síntomas de una grave hemorragia interna. Se produce una abundante hematemesis y en breve la muerte. A la autopsia el doctor Moreno encontró una úlcera cicatrizada en cuyo centro una arteria saliente se hallaba obstruída por un coágulo blando, que extraído permitía ver la luz del vaso.

En otra observación, también del doctor Moreno, que reproducimos al final de este trabajo; el enfermo arterio-escleroso y específico, no había notado otras molestias que perturbaciones dispépticas vagas, plenitud gástrica y constipación. El exámen del jugo gástrico del enfermo, revelaba 3 por mil, de ácido clorhídrico.

A pesar de la medicación adecuada, régimen y alcalinos, una mañana el enfermo se levanta del lecho por sentir un malestar indefinible y sensación de falta de aire. Al dar los primeros pasos cae en síncope y se produce una hematemesis formidable, que se reproduce un cuarto de hora después. Atendido convenientemente, salva .

En estos casos consecutivamente a la hematemesis, se produjo melena, síntoma que es común cuando las hemorragias revisten cierta intensidad.

Con frecuencia las úlceras gástricas se acompañan de una reacción local que se traduce clínicamente por la palpación de un plastron doloroso que hace pensar en un tumor gástrico de naturaleza maligna, pero este

desaparece, cuando por el tratamiento adecuado, la úlcera gástrica cicatriza.

Sabido es que los dos grandes peligros de la úlcera del estómago consisten en la hemorragia y la perforación, seguida de peritonitis más o menos localizada o difusa. Esta peritonitis local, basta para explicar la tumefacción dolorosa o plastrón a que acabamos de hacer referencia: la general, ocasiona la muerte habitualmente. Tales son en síntesis los grandes síntomas de la úlcera del estómago. La naturaleza específica de la misma, no agrega caracteres particulares, que permitan sus diagnósticos como oportunamente vamos a ver en el capítulo respectivo. En los casos clínicos, muy poco frecuentes, en donde esta sintomatología no ha obedecido al tratamiento clásico de la úlcera y sí al específico de la sífilis concomitante, ningún síntoma genuino ha orientado para suponerla, a no ser como decimos, la concomitancia de lesiones específicas. En los casos relatados por Dieulafoy es fácil convencerse del hecho. El enfermo que sirve a este autor, como ejemplo, fué sometido al tratamiento mercurial después del fracaso absoluto de los otros medios. Pero esta particularidad es difícil hallarla con frecuencia. Lo común es encontrar la úlcera en específicos antiguos, en donde ella se produce a consecuencia de la arteritis o el goma irrandecido.

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de úlceras sifilíticas del estómago, es en la mayoría de los casos discutible. Cualquier enfermo de sífilis puede ser afectado de úlcera gástrica, por las mismas causas que el no sifilítico. Cualquier ulceroso puede tener sífilis, como la adquiere un individuo no ulceroso. No existiendo una sintomatología propia para la úlcera sifilítica, cabe desde luego el derecho de refutar la etiología específica del mal. Sin embargo debemos reflexionar a este respecto en las atinadas consideraciones que Fournier establece a este respecto. El plantea así el problema :

1 Un enfermo se halla afectado de perturbaciones gástricas comunes.

2 Este enfermo ha tenido sífilis.

3 Es posible que las perturbaciones en cuestión deriven de esa sífilis.

Pensar que la sífilis, dice este autor, no puede atacar una víscera como el estómago sin determinar síntomas

especiales. es un error. Es una verdad bien establecida que la sífilis haya de traducirse por una sintomología especial.

Esta existe sólo para las manifestaciones exteriores de la enfermedad, pero cuando ella ataca a las vísceras, se traduce por transformaciones funcionales de orden común incapaz, por consiguiente, de conducirnos al diagnóstico etiológico de la visceropatía.

Así agrega en la misma sífilis cerebral, tan fecunda en diversas manifestaciones, no se encuentra una sola perturbación funcional que sea capaz de imputarse propiamente a la sífilis, hasta el extremo de decir, por ejemplo: «Esta encefalopatía es seguramente de origen sífilítico.

Ahora, «si nada contradice la relación etiológica, si la enfermedad no es netamente imputable a tal o cual origen de orden diferente, intervenir por el tratamiento específico, es para el mayor bien del enfermo».

La etiología, patogenia y anatomía patológica de la sífilis gástrica, confirman la existencia de lesiones netamente imputables a las sífilis gástricas, cabe en los casos en que la relación etiológica indicada predomina, ante el criterio clínico sobre las otras causas. Ese criterio debe predominar especialmente en todo sujeto afectado de úlcera gástrica, que ha resistido a los tratamientos habituales, máxime si en él se constatan signos netos de sífilis reciente o antigua. Podemos pues afirmar que

el elemento del diagnóstico fundamental, es la relación etiológica.

El éxito mismo de un tratamiento común, no debe a nuestro juicio, eliminar en absoluto la idea de una etiología específica, en enfermos ulcerosos específicos. Es verdad, que en la práctica clínica observamos la rebeldía de los síntomas de origen sifilítico a los tratamientos mejor dirigidos bajo el punto de vista fisiopatológico; pero no específicos, frente al éxito de los mercuriales; pero así mismo aquel fracaso es relativo y nada se opone a que una lesión de vaso, o una perturbación funcional, en parte puedan obedecer a medicamentos modificadores de esas funciones.

Concebimos muy bien que una arteria perforada por una lesión específica, pueda contraer sus fibras sanas por la ergotina, que un sistema nervioso cuya afección específica, repercute sobre las funciones gástricas con una hiperclorhidria, puede modificarse *temporariamente* por la belladona o el opio. En tal concepto, una úlcera gástrica, cuyo origen puede hallarse en la lesión específica de la arteria, puede temporariamente, al menos, obedecer a los vasos constrictores y a la medicación sintomática. Pero por eso mismo, la relación etiológica debe imponerse al espíritu para hacer intervenir la medicación específica que será sin duda la definitiva.

Por lo común, el *diagnóstico definitivo* se esta-

blece a *posteriori* cuando el sujeto afecto a la lesión gástrica y la sífilis concomitante, reciente o antigua, reacciona favorablemente al tratamiento específico bien dirigido.

Tal encontramos en las descripciones clásicas y no es raro observarlo sobre todo en los raros casos de úlcera por goma o endoarteritis sífilíticas. Sin embargo, en la práctica, muchos casos no son tan salientes, debido, sin duda, a que en las lesiones arteriales que originan la úlcera gástrica, además de la endoarteritis, de origen específico, las arterias presentan también placas ateromatosas, cuya solución es ya imposible de obtener.

En las observaciones que hemos tratado de recoger, predominan las úlceras gástricas en enfermos arterioesclerosos, en quienes la sífilis de antigua data, ha contribuído, sin duda, a las lesiones arteriales y en donde las úlceras gástricas no se hallan justificadas en su aparición por las perturbaciones clásicas del funcionalismo gástrico, que suelen preceder y acompañar a la úlcera gástrica común de individuos no sífilíticos.

Además, una de ellas, el enfermo que ha presentado como síntoma inicial, fenómenos de ischemia cerebral imputables a la arteria sylviana, mejora y cura al menos de este síntoma por el tratamiento específico mixto, y después de año y medio, en que éste no se ha efectuado, presenta los síntomas de úlcera gástrica, con hiperclorhidria apenas pronunciada y un hematemesis d'emblée.

## PRONÓSTICO

El pronóstico de la sífilis gástrica, en especial de la úlcera, debe ser reservada. Si teóricamente podemos concebir casos típicos, como los descritos por Dieulafoy y aún los de gomas gástricas generadores de úlceras que han de obedecer totalmente a los efectos del tratamiento específico y ser curados en definitiva, prácticamente hay muchos en donde la sífilis arterial, ha dado paso a lesiones de otra índole, como el ateroma cuya regresión no es ya sencilla.

Por otra parte, hemos dicho que con frecuencia el síntoma más grave de la úlcera gástrica, la hemorragia, es el primero en revelar la existencia de la ulceración. Ahora bien : sabemos ya que ésta puede ser mortal. Sin embargo, el pronóstico de úlcera sífilítica implica desde luego, un diagnóstico etiológico y en la mayor parte de los casos, este diagnóstico es consecutivo a los efectos más o menos salientes del tratamiento específico.

El resultado de éste ha de ser pues la clave del pro-

nóstico, acompañado siempre del criterio clínico que nos permitirá apreciar el grado de alteración o el origen vascular de las lesiones.

Si al par de la lesión gástrica, encontramos en el enfermo aspecto de ella, los síntomas de una arterioesclerosis acentuada, haremos bien en mantener reservas sobre la probabilidad de nuevas manifestaciones, ya que la regresión ateromatosa puede ser incompleta y mantener el déficit de nutrición en el órgano afectado de la úlcera. La evolución posterior nos confirmará o no en nuestras sospechas.

## TRATAMIENTO

Acabamos de expresar la dificultad de un diagnóstico a «piori» de una úlcera sifilítica del estómago, partiendo de la base de que ella no posee síntomas propios a su etiología y únicamente la concomitancia de la sífilis y los resultados ulteriores del tratamiento específico, podrán confirmar las primeras sospechas.

Se impone, pues, una terapéutica razonada, fundándose en las bases siguientes :

- 1.º Tratamiento sintomático.
- 2.º Tratamiento específico.

Ambos deben, a nuestro juicio, emplearse simultáneamente desde que se compruebe por los medios habituales del diagnóstico (antecedentes, lesiones específicas, reacción de Wasserman), que el enfermo es un sífilítico.

#### TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

No quiere decir solamente que él haya de combatir el síntoma aislado. En la úlcera del estómago, sífilítica o no, jamás debemos olvidar la patogenia, si queremos obtener éxito en el tratamiento.

La primera indicación, la constituye la hemorragia. El enfermo está en inminente peligro de muerte por ella y la indicación es de urgencia.

Se recurrirá a los siguientes medios :

1.º Reposo absoluto en cama. Inyección de 1 a 3 centímetros de ergotina de Ivon ; aplicación sobre el estómago de una bolsa de hielo.

La ergotina, en su carácter de hemostático vaso constrictor, determinará la contracción de los vasos, arteria ulcerada. El hielo, por acción refleja, produce también la vaso constrictión.

A la inyección de ergotina, podrá asociarse una poción que contenga también ese extracto fluido del cornezuelo, agregando cloruro de calcio a dosis de 0,25 gramos por cucharada y un cuarto de milígramo de adrenalina en solución al milésimo ; además, a estos vasos constrictores pueden agregarse la acción de los hemostáticos coagulantes sanguíneos, como el suero normal de caballo en inyección de diez centímetros, y suero gelatinado al dos por ciento.

Insistimos en la asociación a los anteriores de éste último.

El enfermo anemiado por la intensa hemorragia, se halla en estado sincopal y no pocas veces el corazón presenta un estado de tipo asistólico con contracciones pequeñas y arrítmicas, signo de su «contracción en vacío», estado peligroso que puede ocasionar el síncope. La inyección de una solución fisiológica se impone, y en tal caso, agregarle gelatina, contribuye a la coagulabilidad de la sangre, llenándose la doble indicación la dosis de 250 a 500 gramos de suero gelatinado, combatirá la anemia aguda y el peligro de hemorragia termina.

Entre otros hemostáticos, podíamos citar las soluciones de peptona de Witte, al cinco por ciento en inyección, el hidratis canadensis, extracto fluido, por gotas LX, la solución de percloruro de hierro en gotas.

No aconsejaremos el clorhidrato de emetina, que tan eficaz se muestra en otras hemorragias, porque con frecuencia hemos observado que él da lugar a la producción de vómitos que harían peligrar al enfermo.

En la mayoría de los casos, con esta medicación a la que se agregan pedazos de hielo, relativa dieta, pequeños tragos de leche helada, la hemorragia cesa.

La alimentación debe restringirse en los primeros días de la hemorragia.

El enfermo toma pequeñas cantidades de leche o

crema helada, y a medida que la tolerancia se establece, las cantidades se aumentan. Por lo común, no es necesario recurrir a los enemas alimenticios, pero éstos pueden indicarse, si la tendencia de la hemorragia es a repetirse.

Cohibida la hemorragia, se agrega al tratamiento de la úlcera, la medicación patogénica. Sabemos que la hiperclorhidria acompaña a la úlcera. La restricción de los alimentos que contienen cloruro de sodio, y los medicamentos que combaten las secreciones, se hallan indicados.

Entre los alcalinos, el bicarbonato de soda en dosis elevadas, el subnitrito de bismuto, la creta o carbonato de calcio y el hidrato de magnesia.

Una mezcla de partes iguales de estas sustancias,, administrada en dosis de cinco gramos, de tres en tres horas, neutralizará la producción de los ácidos que paulatinamente segrega el estómago.

Además, el bismuto, al adherirse a los tejidos ulcerados, produce una capa aisladora de la acción del ácido.

*Dolor.* — Esta medicación, al par que hemostática, tiene efectos analgésicos por el mecanismo de su acción terapéutica. El hielo, es por el frío antiflojístico y analgésico. La supresión de alimentos, la neutralización del jugo gástrico por los alcalinos, bastan para disminuir el dolor.

Pero podemos aún recurrir a los medicamentos cal-

mantes de este síntoma y que por otras acciones han de concurrir a modificar la patogenia de la úlcera.

Tal ocurre con la belladona y el opio.

Ambos disminuyen el dolor y la secreción. Pueden asociarse, en polvos y en catchets.

Así prescribiremos :

Polvos de beladona ... ..	}	aa 0.05 centg.
Polvos de opio ... ..		
Subnitrato de bismuto ... ..		0.30 »

en 1 catchet a tomar 3 al día

O también en forma de extracto, en píldoras recientemente preparadas.

Extracto de beladona.....	}	aa 0.02 centg.
Extracto de opio.....		

(para una píldora). A tomar 3 o 4 en las 24 horas

Disminuída la secreción, el peligro de la hemorragia y la calma de los dolores, nos permitirán asociar las medicaciones que consideramos oportunas.

El vómito, que en general no es sino una consecuencia de la hemorragia, del dolor de la secreción, debe calmar por la influencia de este tratamiento.

Entonces podemos también plantear la influencia

del tratamiento específico, de acuerdo con el criterio formado sobre la etiología de la úlcera.

Si en los antecedentes específicos y gástricos hallamos una correlación que sugiera a nuestro espíritu la influencia inmediata de la sífilis sobre la génesis de la úlcera, no deberemos perder tiempo. En el caso citado por Dieulafoy, la úlcera rebelde a los mejores tratamientos, sólo detuvo los síntomas y desapareció por el específico. En los casos cuyas observaciones anotamos, las manifestaciones más urgentes fueron combatidas por estos elementos ; pero la verdadera curación sobrevino recién en dos de ellos con el tratamiento específico. En el tercero, las alteraciones arteriales y nerviosas para sífilíticas, podemos decir que no eran susceptibles a la acción de medicación alguna.

MEDICACION ESPECIFICA. — Si en los casos supuestos de sífilis gástricas del diagnóstico inicial fuera absoluto, la indicación precoz sería, sin duda, un tratamiento específico enérgico, de acción inmediata. Calomel o aceite gris.

Prácticamente, ya lo hemos dicho, esa comprobación está constituida por el criterio clínico «a posteriori».

Enfermos delicados en muchos casos, sobre todo a consecuencia de la hemorragia, soportarían penosamente un tratamiento doloroso. Por otra parte, corremos el riesgo de tratar ulcerosos, específicos sí, pero no de úl-

cera sífilítica. La prudente armonía terapéutica, está indicada, sin peligros.

Tal es el caso de las inyecciones solubles. El biyoduro de hidrargirio, el bicianuro, el salisil arsianato o tuesos, son preparaciones fácilmente manejables y de efecto no tardío.

En uno de nuestros casos, en donde la gastritis ulcerosa se caracterizaba por dolores violentos y vómitos con escasa hemorragia, al tratamiento sintomático, agregamos las fricciones mercuriales, y al cabo de ellas, el tratamiento yodurado. El enfermo curó, y eso que había sufrido anteriormente diversas curas de otra índole.

En otro de los casos, el tratamiento se efectuó con inyecciones cotidianas de 0,01 centígrados de bicianuro 0,01 de stovaina.

La frecuencia del ateroma en las úlceras, hace preferir el tratamiento clásico, sobre la salvarsanoterapia, cuya indicación, a nuestro juicio, debe ser hecha para lesiones de sífilis más reciente o de orden trófico. No tenemos experiencia sobre ella en casos de sífilis gástrica.

El mecanismo de acción terapéutica del tratamiento específico en esta variedad de lesiones, se concibe de acuerdo con la patogenia que estudiamos. Si la lesión es por una arteritis francamente específica o por reblandecimiento de un goma, se concibe, sin duda, por la influencia directa sobre las lesiones. Pero en otros casos, el mecanismo es tan indirecto, como la causa pro-

ducta de las perturbaciones de secreción. La sífilis, alterando el sistema nervioso, puede dar origen a las perturbaciones secretorias gástricas, hiperclorhidria, hipersecreción, úlcera. La causa inmediata son estas alteraciones, la mediata es la sífilis. Atacando ésta, aquélla es modificada.

#### TRATAMIENTO QUIRURGICO

La tendencia moderna actual en el tratamiento de la úlcera del estómago, es la de substituir el quirúrgico al médico. Numerosas observaciones, entre ellas trescientas cincuenta de médicos argentinos (Agote, la úlcera gástrica y duodenal en la República Argentina), apoyan las numerosas experiencias del extranjero. Bueno es, sin embargo, no aceptar de plano, sistemáticamente, las intervenciones a *Ontrance*. El profesor Arce, que colabora en la obra citada, con especial criterio, establece que «diversas circunstancias, pueden decidir la intervención quirúrgica» en la úlcera gástrica.

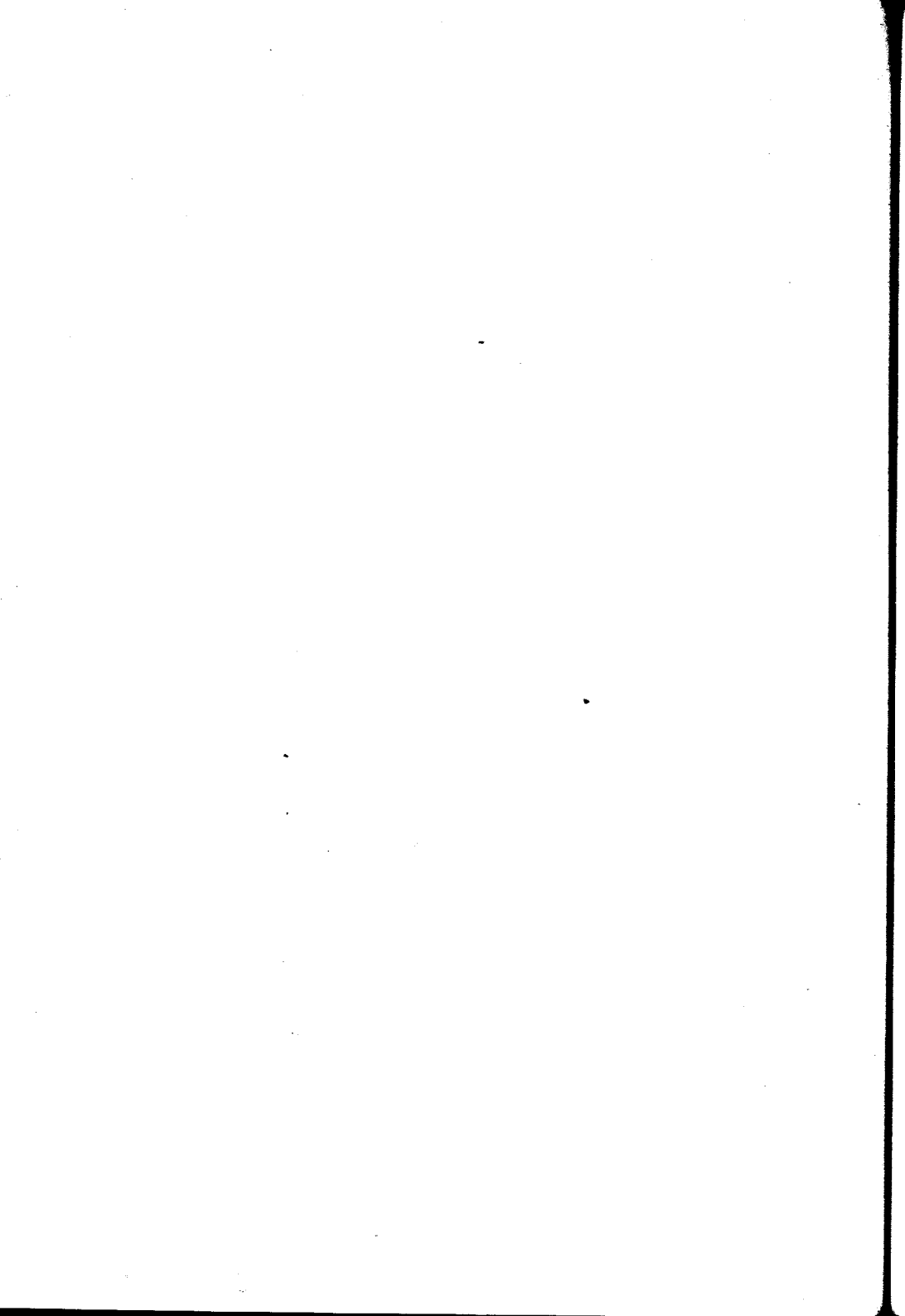
«Entre las circunstancias de carácter general, debemos mencionar, dice, el *fracaso* de la medicación y la reaparición de las manifestaciones mórbidas, una vez abandonado el tratamiento.»

La sífilis, cuyas manifestaciones de úlcera gástrica no eluden en muchos casos, el tratamiento quirúrgico,

debe ante todo ser sometida al específico. El fracaso de éste, en el sentido de la lesión gástrica, podrá, cuando ha sido racionalmente sostenido, decidir la operación como *última ratio*. En tales casos, la gastro-enterostomía, es la operación colectiva. No insistiremos en los detalles e indicaciones especiales de este tratamiento expuesto en las lecciones del profesor Agote, magistralmente y que constituyen ampliamente un trabajo ilustrativo al que no pretenderemos reemplazar.



OBSERVACIONES CLÍNICAS



## Gastritis ulcerosa

### OBSERVACION PERSONAL

A. M., 37 años, español, comerciante.

*Antecedentes hereditarios.* — Sin importancia.

*Antecedentes personales.* — Sarampión en su infancia, ninguna otra afección de trascendencia. No es bebedor ni fumador.

Se inició con chancro único, adenopatía indolora y fenómenos generales. Consultó a un médico, quien le prescribió tratamiento específico, con el que los síntomas desaparecieron.

Desde hace cuatro años sufre de dispepsia, caracterizada por ardores de estómago, dolor y a veces vómitos irregulares, unos alimenticios, otros de secreción gástrica y biliar. En uno de sus viajes, en París, tuvo vómitos sanguinolentos, lo que le obligó a ponerse en tratamiento bajo la dirección de un clínico eminente, el que diagnosticó úlcera de estómago, prescribiéndole régimen lác-

teo y alcalinos. Se sintió mejorado durante un tiempo y de regreso a esta ciudad, volvió nuevamente a sentir sus malestares.

*Estado actual.* — Le hemos observado durante un período agudo de su afección. Se caracteriza por dolores gástricos casi continuos, que aumentan después de las comidas y tienen su máximo durante la media noche (crisis de hiperclorhidria), vómitos frecuentes sanguinolentos.

El enfermo se priva de la alimentación y la ha reducido a una copa de leche, una sopa de sémola y dos huevos blandos ; comida que muchas veces no completa.

Consulta a un médico, quien le prescribe subnitrito de bismuto : 5 gramos en cada comida, pero no siente mejoría.

Requiere nuestro consejo y le recomendamos a un médico que establece el tratamiento bajo esta base :

*Régimen.* — Leche, huevos, arroz con leche, puré de papas con manteca.

*Alcalinos.* — Creta, subnitrito y magnesia : 2 gramos en un paquete. A tomar uno media hora después de las comidas, repitiendo cada dos horas, con el fin de neutralizar la acidez gástrica a medida de su producción. Además, media hora antes de cada comida, 15 gotas de esta preparación :

Láudano Sydenham.....	}	aa 10 grs.
Tintura de beladona.....		

(por gotas)

Copa de Vichy (Hopital) durante la comida.

El enfermo mejora con este tratamiento hasta poder alimentarse, los dolores y los vómitos disminuyen y llegan a desaparecer ; pero siente molestias aún ; plenitud gástrica, ardor de estómago antes de tomar los medicamentos. Por espacio de mes y medio sigue el tratamiento, y se embarca para Europa con el fin de efectuar una cura hidromineral. En el establecimiento respectivo, és sometido a un tratamiento específico intenso, método que debió seguir en ésta, pero no se efectuó por razones de su viaje.

El enfermo cura en forma notable, hasta apereibirse de la relación existente entre la cura específica y los síntomas gástricos. Hace año y medio que no ha vuelto a sentir molestia alguna.

*Diagnóstico.* — Desde luego, la sintomatología descrita, encuadra en una gastritis de tipo hiperclorhídrico y ulcerosa. Abona en favor de este diagnóstico, los ardores y dolor del estómago, dolor que se intensifica con los alimentos y la crisis de hiperclorhidria nocturna. Además, ha tenido vómito hemorrágico la primera vez durante su estadía en París, donde se le diagnosticó úl-

cera, y aquí, en el período de observación nuestra, en que el vómito presentaba pequeñas hemorragias.

La medicación sintomática y patogénica, ha sido racional, puesto que además del régimen, los antiespasmódicos y antiseoretos y los alcalinos bien distribuidos, corresponden al mecanismo de la perturbación gástrica. Si bien es cierto que una mejoría visible ha seguido a éste tratamiento, la verdadera curación la ha obtenido después del tratamiento específico hecho con fricciones y yoduros ; medicación a la que él mismo reconoce el máximo de efecto.

Encuadrada pues la relación etiológica con el resultado obtenido, podemos establecer a «posteriori», que la causa, por lo menos mediata de sus grandes perturbaciones gástricas, ha sido la sífilis, seguramente por intermedio del sistema nervioso, por cuanto los síntomas ulcerosos no han dado lugar a las grandes hematemesis propias a ulceración de arteria o reblandecimiento de goma.

## Úlcera de estómago

OBSERVACION del Dr. MORENO

Debemos a la amabilidad de nuestro padrino de Tesis las observaciones que anotamos.

M. H., 56 años, español, comerciante.

*Antecedentes hereditarios.* --- Nulos.

*Antecedentes personales.* --- Hace más de 30 años contrajo un chancro seguido de fenómenos generales que determinaron un tratamiento específico. El enfermo, sintiéndose bien, no ha vuelto a acordarse de su antigua afección. No es bebedor, fuma moderadamente.

Ninguna enfermedad le ha afectado en ese lapso de tiempo.

Un día hallándose en sus tareas habituales, siente vértigos, estado sincopal y nota una debilidad intensa del brazo y pierna derecha. Atendido de urgencia, y puesto en reposo, se le efectuó una inyección de ergotina de acuerdo con los antecedentes, previo exámen

de sangre, con reacción de Wasserman positiva (1) y se le prescribe un drástico. Se le hace tratamiento específico, eligiéndose inyecciones de Bilioduro de hidrargirio de 0,01 cg., cotidianas en número de 20 y yoduro de potasio por gotas, en dosis crecientes.

Los fenómenos no siguieron adelante, por lo que el diagnóstico quedó circunscripto a isquemia cerebral, arterio esclerosis. En efecto el enfermo presentaba los síntomas propios a las lesiones, arteriales. Arterias duras, flexuosas, pulso hipertenso, reforzamiento del 2º tono aórtico.

Después del tratamiento específico y el régimen lácteo vegetariano, el enfermo resuelve, no seguir en sus ocupaciones y efectúa un viaje de año y medio de duración. En ese lapso de tiempo notó algunas molestias del estómago, sensación de plinitud gástrica, fermentaciones y constipación tenáz.

El exámen del jugo gástrico que hizo efectuar por un especialista europeo, dió una acidez de 3'000 de ácido clorhídrico. De regreso a esta, consultó al doctor Moreno a propósito de sus molestias gástricas. Se le prescribió alcalinos con moderación aconsejándole, nuevo tratamiento específico, pero sintiéndose bien resolvió postergar este.

Una mañana al despertar sintió una sensación extraña de ahogo. Se incorpora en el lecho y al pretender abrir la puerta cae al suelo, vomitando en el

acto una enorme cantidad de sangre. Solicitados los servicios de la Asistencia Pública, es atendido enseguida, la ergotina en inyección y cafeína moderan la hemorragia y el síncope. Media hora después nueva hemorragia y síncope. El doctor Moreno le inyecta ergotina y cafeína, suero gelatinado y aplica hielo; prescribiendo adrenalina al interior.

La hemorragia se cohibe y al cabo de algunos días el enfermo se repone; se alimenta y sigue un régimen adecuado. Se impone tratamiento específico nuevamente con inyección de Biioduro. La evolución posterior de la úlcera ha sido la curación. El enfermo fué sometido a una radioscopía, observándose nitidez de las paredes gástricas y un buen funcionalismo de la región pilórica, que evacuaba la bebida con bismuto en tiempo normal. Ha sobrevivido cuatro años a la úlcera, falleciendo ulteriormente de síncope aórtico. En la radioscopía pudo constatarse una ectasia aórtica en la porción descendente.

*Diagnóstico.*—Se trata de un enfermo cuya edad no es avanzada, cuyo régimen de vida desde muchos años atrás ha sido ordenado. No bebe, fuma con moderación y en sus tareas el trabajo ha sido moderado también.

Una causa etiológica importante predomina en la etiología de su afección: la sífilis. Ella, además de

los antecedentes es confirmada por la reacción de Wasserman. Ante del tratamiento, una perturbación cerebral seria le amenazaba, con síntomas de isquemia que no llegan al reblandecimiento si determinan hemorragia ; detenidos por el tratamiento específico.

Pasado un tiempo suficiente para que la influencia de aquel haya cesado, una seria lesión gástrica aparece. No ha sido precedida, de ardores, dolor, ni vómito, deduciéndose que se ha producido con una rapidez grande, propia sin duda de la lesión de una gruesa rama arterial. Si esta lesión no tuviese relación alguna, con el tratamiento específico impuesto, difícilmente hubiese dejado de manifestarse ulteriormente. El atermoma las alteraciones de otra índole pacíficamente, se concibe, al subsistir hubiéranse manifestado rebeldes. Sin embargo, en cuatro años ninguna novedad ha sufrido el enfermo, del lado de sus vías gástricas.

En este orden de conceptos, el criterio establecería un origen específico, arteritis seguida de úlcera gástrica.

## BIBLIOGRAFÍA

*Andral.*—Clin. med. París 1834, tomo 2º, pág. 201 ;  
ou 4ª edit., 1838, tomo 2º, pág. 191.

*Agote.*—La úlcera gástrica y duodenal en la República Argentina, 1916.

*Arlstoff.*—Zur Kenntniss der syphilitischen Erkränkungen des Magens bei hereditärer Lues, Zeitch, für Heilk., Berlin 1898, XIX s 393.

*Bartumeus.*—Gastralgía intermitente sífilítica acompañada de vómitos vespertinos y otros accidentes específicos dolorosos.

*Baylac et Chamayau.*—Revis de cien med., Barcelona, 1899, v., pág .348.

—Syphilis de l'estomar et pseudo-peritonite par perforation, Archives méd. de Toulouse, 1901, VII, p. 145. Echó méd. de Toulouse, 1901, N.º. 12 et 13.

*Birch Hirschfeld.*—Lehrbucq der path. Anat 3ª édit. Bd. II, 1887, p. 518, 537, 589.

- Bittner.*—Zur Kenntniss des gummoesen Magensyph.  
Prag. med. Wochensch, 1893, XXIII.p. 581.  
—Centralblatt für allgem Path., Bd., V., 1894 s.  
175.
- Bouveret.*—Traité des mal de l'estomar, art «Syphilis»  
1893, p. 715.
- Brinton.*—Ulcer of the stomach, Diseases of the sto-  
mach. London, 1864.
- Buday.*—Ulcer einem ungewohn lichen Fall von syphi-  
lis, Virchows Archiv, B. 141, s. 514.
- Capozzi.* Storia di un'ulcera cronica dello stomaco, Mor-  
gagni, 1867, p. 89.
- Cesaris-Demel.*—Sulla sifilide gastrica a tipo ulcerati-  
vo, Arch. per le scienze med., 1899, Torino, vo-  
lume XXIII, N.º 14.
- Dubuc.*—Soc. med. de Paris, séance de 25 Juin 1898 ;  
Un cas de syphilis de l'estomac. France médicale  
1er Juillet, 1898.
- Dujardin Beaumétz.*—Gazette des Hip, 1866, N.º.16.
- Einhorn (Max).*—Syphilis of the Stomach. Pqil., med  
jour, 1900 v. p. 262.
- Fauvel.*—Bull, Soc. anat. 1858.
- Fioupe.*—Ulc.simple de l'estomac a marche fou dro-  
yante.  
—Syphilis probable. Progrés méd. 1874.
- Felxner.*—Gastric syph. Nith the report of a case of

- méd. perforating syph. ulcer of the stomach. Amer jour, of med science, Philadelphie, 1898 p. 424.
- Fournier*.—Note sur certains cas curieux de boulimie et de polydypsie d'origine syphilitique, Gaz held, de méd et de Chir, février 1871.
- Bull de l'Acad de médecine, 18 Janvier 1898.
- La syphilis, tl, N° 1, Juillet 1903.
- Traité de la Syphilis T I, p. 710.
- Fraenwel*.—München med. Wochensch, 1898, s. 162.
- Médecine, moderne, 7 Janvier 1899.
- Freeman Ward*.—La syphilis ((Fournier) Juillet 1903.
- Frerichs*.—Traité des mal, du foie, trad française, Paris, 1866 p. 329.
- Galliard*.—Syphilis gastrique et ulcère simple de l'estomac. Archives géu de med. Janvier 1886.
- Gouzot*.—Contribution a l'étude des mal, syphil de l'estomac. Thèse Bordeaux, 1866, N. 47.
- Hostings*.—Gastro enteritis complication congenital, syphilis Aun, yynéc. et pédiat. Boston, 1900. 281.
- Hayen et Tissier*.—De la syphilis de l'intestin. Revúe de méd. 1899. p. 231.
- Hayen*.—De la syphilis stomacale. Presse méd., N°. 14, 18 février 1905. Sur me nouveau cas de syphilis stomacale. Presse méd. N°. 35, 2 mai 1906.
- Hemimeter*.—Diseases of the scomabh' 2 ed. London 1901 p. 596.
- Hemmeter et Stowes*.—Chronic hipertrophic gastritis of

- siphilitic orig, associated with hiperplastic stenoss of the pilorus. The Johns Hopkins Hosp. Reports, Baltimore, 1900, IX, 773.
- Hiller.*—Hoematemesis in Folge von visceraler siphilis Monat. Praktis. Derm, Hamburg, 1882, I 97.
- Jacobs.*—Les troubles jastro-intestinaux de la siphilis Ann. Soc. de méd. d'Anvers, 1896, VIII, 235.
- Jullien.*—De la dilatación de l'estomac dans ses rapports avec la siphiliset son traitement. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, Paris 1889.
- Keser.*—Siphilis and gastric ulcer, Brit. Méd. Journ, London, 1891. 11.696.
- Kelbs.*—Hand buch, d, Path, Anat. 1869, I, 261.
- Krienitz.*—Ueber das Auftreten von Spirochoeten verschiedener Form im Mageninhalt bei Carcinoma ventriculi, Deutsche med. Wochenschrift, N. 22, 1906. p. 872.
- Kuzmik.*—Spont. Magen Bauchwand Fistel bei Lues, Beitragnur, klin Chir, Bd. 48. p. 586, 1906.
- Lanceraux.*—Etude sur les lésions viscérales susceptibles d'être rattachées à la syphilis constitutionnelle. Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 26 août 1864.  
—Traité de la syphilis, 1866, p. 310.
- Langovof.*—Médecine moderne, 5 février 1902.
- Levaditi.*—Syphilis congenitale et spirochaete pallida de Schaudinn Presse, médicale, 31 mai 1905.

- Lublinski.*— Syphilis of the Stomach, The Jour. of the Americ. Assoc. Chicago, 1900, XXXII 755.
- Mackay (W. A.)*—The role of syphilis in the etiology of simple ulcer of the stomach. The Lancet, 24 décembre 1898, vol. II, p. 1701.
- Malherbe.*— Syphilis secondaire et accidents nerveux.
- Malherbe.* — Syphilis secondaire et accidents nerveux, hystérie, polydipsie, polyurie, Jour. des mal. cut et syph., 1902 XIV, p. 323.
- Malumea.*—A supra unni caz de sifilis gastric secundar. Spitalul. Revis. med., 1901, XIX, p. 103.
- Marfan.*—Les ulcerations gastriques. Gaz des Hopit., 23 Avril 1887.
- Ménétrier et Duval.*—Sur un cas de septicémie à spirochaète de Cchaudinn chez un nouveau-né-syph. Soc. méd. des Hôpitaux, 29 décembre 1905.
- Murchison.*—Transact of pathol. Soc. 1870, t. XXI,
- Neumann.*—Nothnagel's svec, Pathol. und Ther, Bd. XXIII, Syphilis, s, 351, 1896..
- Norden (A.)*—Over Maagsyphilis. Acad. Proeschrift, Amsterdam, 1897..
- Oberndorfer.*—Ueber die viscerale Form der congen. Syphilis mit specieller Berücksichtigung des Magen Darmkanales.. Virchows Archiv. 1900, 159.
- Oser.* — Drei Fälle von Euteritis syphilitica. Vierteljahrsh. f. Derm. un Syph., p. 27, 1871.
- Ravaut et Ponselle.*—Cont à l'étude clin. et bact. des

- lésions encéphaloméningées chez les nouveau-nés syph. Soc. Med. des Hôpitaux, 12 février 1906.  
syph. Soc. Med. des Hôpitaux, 12 février 1906.
- Ribadeau-Dumas et Poisolet*.—Yctère et hémorragies chez un heredo syphilitique anémie et myélemie, septicémie a spirochaete pallida Soc. de biologie, 16 février 1907.
- Rosanow*.—Med. Obozr, Moskon, 1890. núm. 7 et Semaine med., 1890, núm. 43.
- Rudner*.—Ueber syphilit Stricturem des Magens. Jour für normale und pathol. hist. pharmac. ad klin. Med., 1870. Virchow-Hirsch, 1870, II, s., 464.
- Schreib*.—Syphilis mit gummaeser, Affection des Magens und Dermis sowie der Lungen bei einem 51 jährigen Manne.  
—Prager med. Wochensch, 1900, p. 537, et 551.
- Schuimme*.—Arch. für Dermat, und Syph., 1873.
- Soupault*.—Traité des mal. de l'estomac. Art. «Sténose du pylore», p. 343 et art a syphilis de l'estomac, p. 617.
- Stolper*.—Beitrage zur syph. visceralis Magen, Lungen, Herzsyphilis (Biblioth. medica), Heft., 6, Cassel, 1896.
- Tavernier*.—In thèse de Gonzot.
- Topinard*.—Vomissements incoercibles, Trait. antisymph. et alimentation par l'ectum, etc., Gazette des hôpitaux, 5 december 1885.

- Toulmouche*.—Des ulcères de l'estomac, Archives de med., 1869 septembre, p. 272 et octobre, p. 385.
- Trousseau*.—Traité de thérapeutique, 1875, t. I, p. 295, art. «Mercure».
- Tullio (de)*.—Contributo allo studio delle lezioni funzionali gastriche per sifilide e dei loro mezzi curati., Policlin, Roma, 1893, p. 274.
- Virchon*.—La syphilis constitutionnelle (trad. de Picard) Paris, 1860.
- Wagner*.—Das syphilom, oder die constitutionnelle syphilit., Neubildung, Archiv. für Heilk., 1863, IV, s., 225.  
—De syphilomate ventriculi. Dissertatio Lipsioe, 1863.
- Weichselbaum*.—Bericht der Krankenanstalt Rudolfstiftung, Wien, 1883, s. 383.
- Zawadzki et Luxembur*.—Contrib. to case of round of the stomach with alterations of syphilitic nature of the blood vessels.  
—Gaz lek. Warszawa, 1893, XIII, 1233.
- Zeissl*.—Ulcer die syphilis des Magens und Darmes, Wien, med. Presse, 27 avril et Méd. moderne, 18 Juin 1902.
- P. Brouardel*.—Traité de Médecine, t. 4, 1897.
- P. Caride Massini*.—Revista Soc. Méd. Argentina del mes de marzo de 1901.
- Langlebert*.—Traité pratique de la syphilis, 1890.

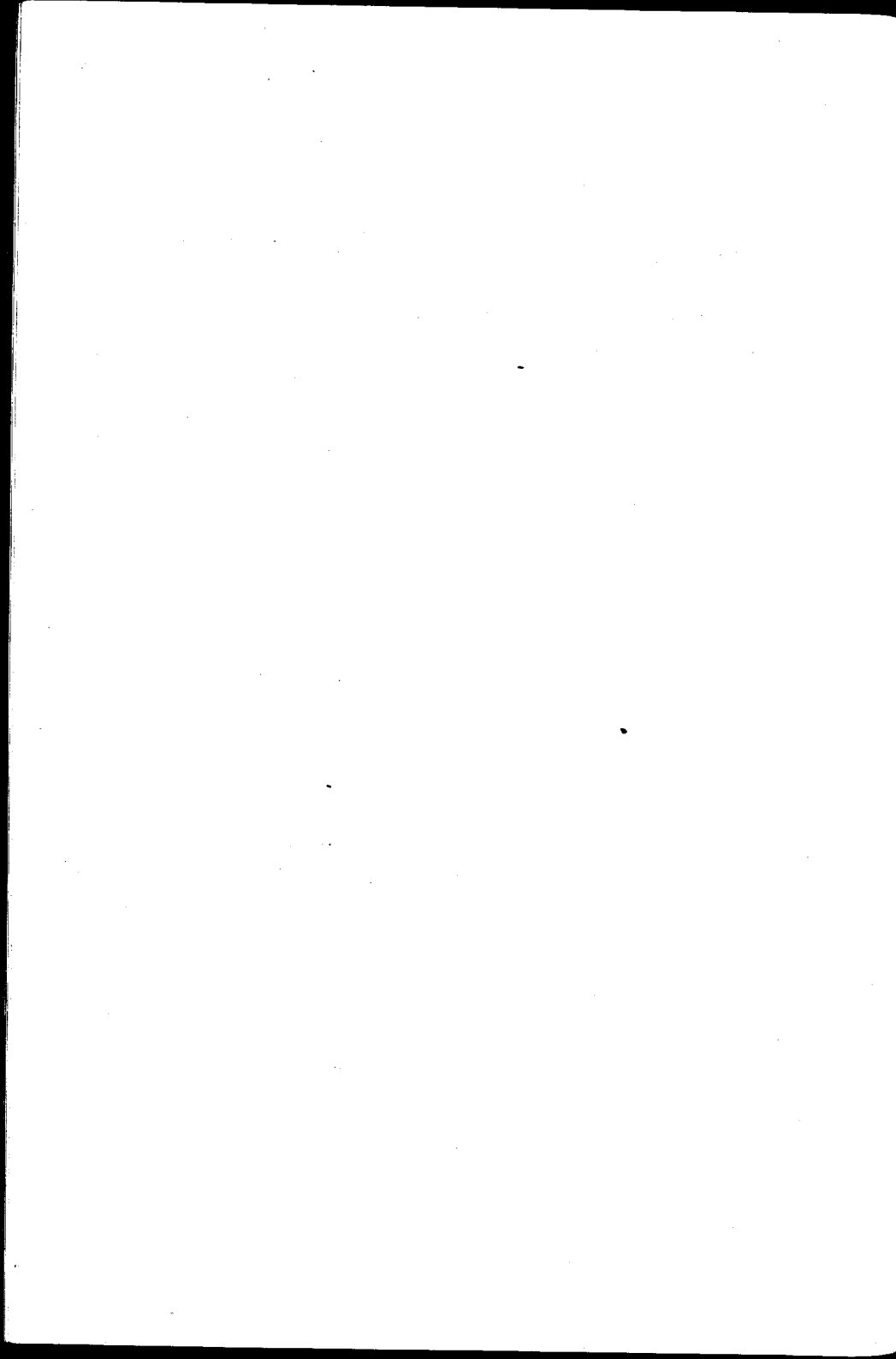
- Ch. Maurice.*—Syphilis tertraire et syphilis héréditaire.
- A. Robin.*—Les maladies de l'estomac, 1901.
- Chiari.*—Lues hereditaria mit gunmoeser Erkrankung des galleleidendem. Apparates und des Magens, Prag, med. Wochensch, 1885, X, 461, Centralblatt für med. Wissenschaft, 1880. Ueber Magensyphilis, Ynter. Beit. für Wissensch., Bd. II, 1891 p. 295.  
—Ueber Cystenbildung in d. mesrschl. Thymus, Zugleich ein Beitr. z. Lehev. d. «Dubois schen Abessen», Zeitsch. f. Heilk, Bd. XV, 1894.
- XCornil.*—Soc. méd. des Hôpitaux de Paris, 28 mai 1874.  
—Lecons sur la syphilis, Paris, 1879, p. 406.
- Cornil et Ranvier.*—Manuel d'hist. pathol., t. II, p. 406.
- Coyne.*—Lecons foites a la Fac. de Méd. de Bordeaux sur les lésions anat. pathol. du tube dijestif, 1885. 1886.
- Cruveilhier.*—Revue de Médecine, 1838.
- Dielafoÿ.*—Clin. méd. de l'Hotel-Dieu, 1897-1898, 4.<sup>o</sup> lecon.  
—Bull de l'Acad. de méd. de Paris, 17 mai 1898.  
—Bull Médical, 18 mai 1898, n.<sup>o</sup> 40.  
—Journal de méd. et de chir., pratig., 10 décembre, 1902.  
—Manuel de path. int., 14 édit., 1904, art. «Syphilis de l'estomac», t. II, p.367.
- Domenici.*—Contributo alle rarissime localizzazioni de-

lla sifilide tezziaria, Gaz d'Osped, Milane, 1902,  
XXIII, 185.

—New York, med. journ, 3 mai 1902.

*Drosda.*—Wien med., Presse, n.º 31, 1880.





Buenos Aires, Abril 15 de 1917

Nómbrese al señor Académico Dr. Abel Ayerza, al profesor titular Dr. David Speroni y al profesor suplente Dr. Eduardo Mariño para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA

*J. A. Gabastou.*  
Secretario

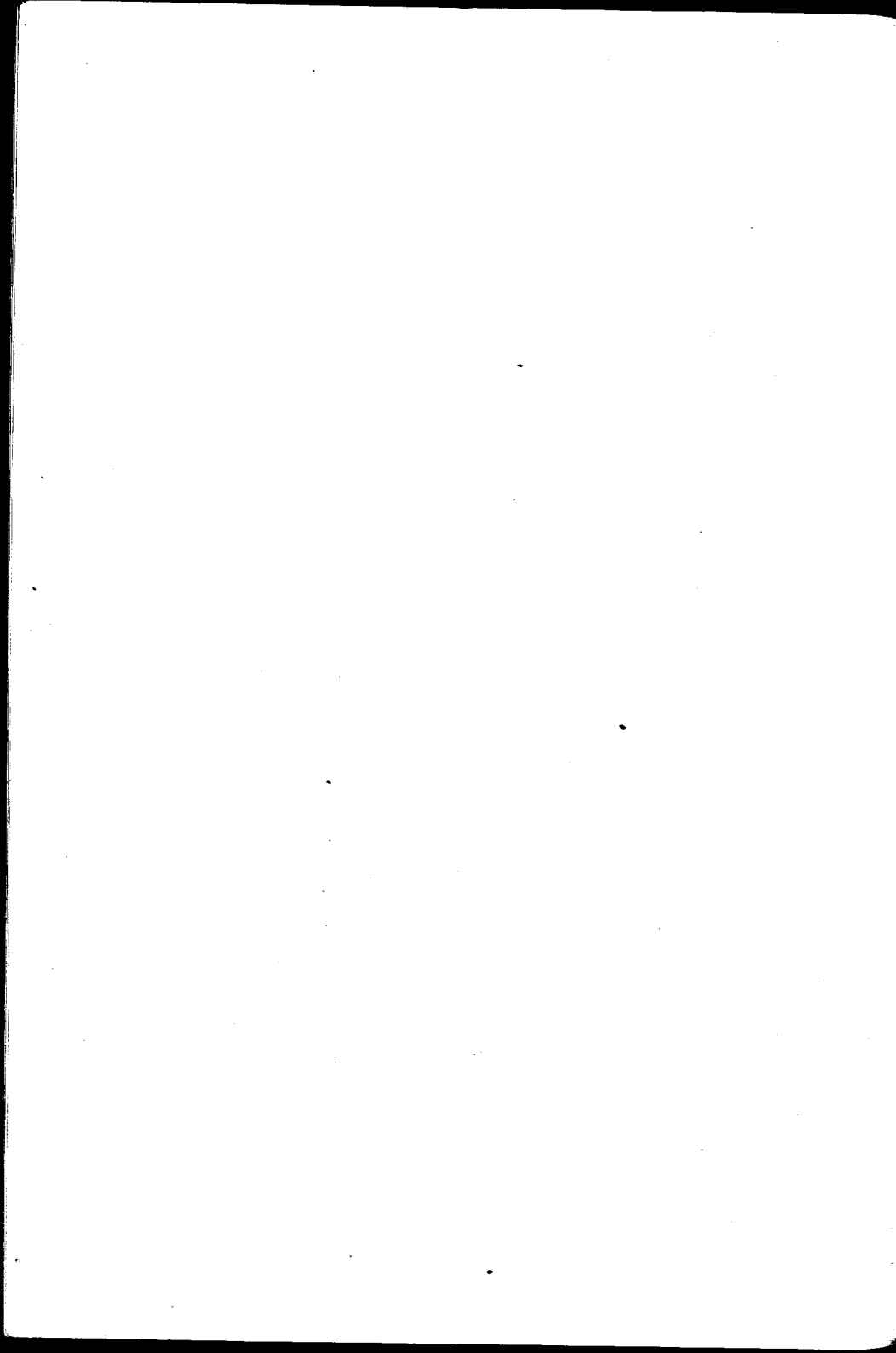
Buenos Aires, Mayo 4 de 1917

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 3261 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

*J. A. Gabastou*  
Secretario

30411



## PROPOSICIONES ACCESORIAS

---

### I

La úlcera sifilítica del estómago, no tiene sino un diagnóstico de presunción.

*Abel Ayerza.*

### II

Reactivación de la sero-reacción de Wassercann ; su importancia e interpretación.

*David Speroni.*

### III

Diagnóstico diferencial de la úlcera gástrica sifilítica con la radiculitis del mismo origen y la periadenitis específica del ganglio celíaco.

*Eduardo Mariño.*

