

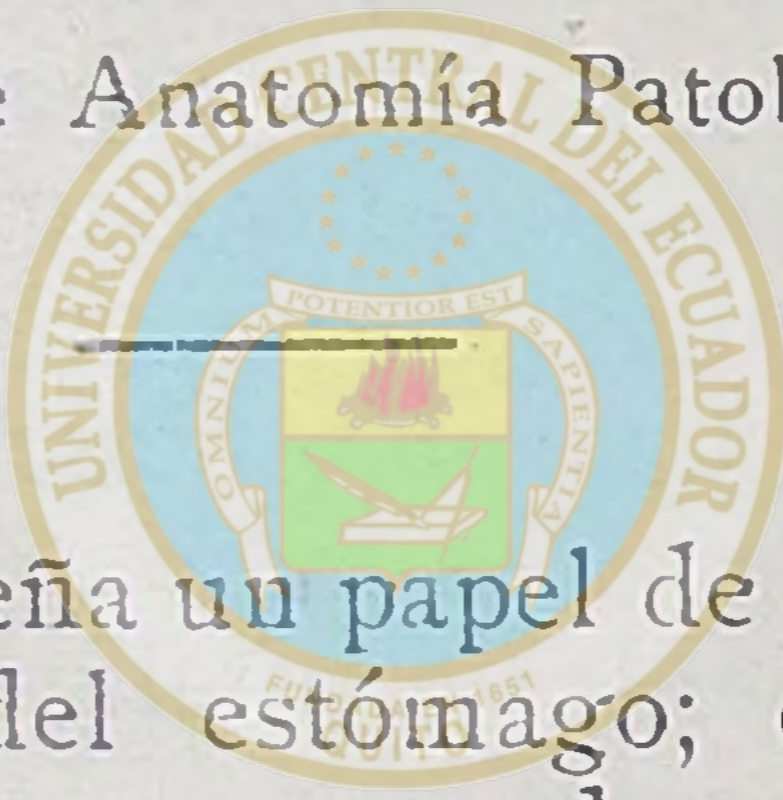
# CONSIDERACIONES CLINICAS

## a propósito de dos casos de sífilis del Estómago.

POR EL DR.

LUIS G. DAVILA

Profesor de Anatomía Patológica.



La sífilis desempeña un papel de grande importancia en la patología del estómago; en efecto, muchas afecciones de este órgano, a menudo atribuidas a causas diversas, no reconocen otro origen que una antigua sífilis, por lo general, insuficientemente tratada. Sin embargo, la sífilis gástrica ha sido considerada como una afección rara. Quizá esta manera de pensar de los autores ha obedecido al hecho de que, hasta hace pocos años relativamente, no se disponía para el estudio de las enfermedades del estómago sino de los medios suministrados por la Clínica y el Laboratorio, medios de acción muy limitada y sujetos, no pocas veces, a interpretaciones erróneas. El advenimiento de la *Radiología* y las numerosas investigaciones realizadas en el dominio de la Anatomía Patológica Clínica desde el año 1839, época en la que aparecen las primeras comunicaciones sobre la sífilis del estómago, contribuyeron poderosamente a la solución de este problema tan importante de la Patología Interna.

En la hora actual, son incontables los casos de sífilis gástrica observados en todos los países, no obstante la

cuestión está a la orden del día, por tratarse de una afección que interesará sobremanera al clínico y al anatómo patólogo, en cualquier tiempo y en cualquier lugar, a causa del polimorfismo ilimitado que afectan sus manifestaciones, polimorfismo que si no imposibilita el diagnóstico, por lo menos, lo dificulta enormemente a tal punto que, en ciertos casos, hay necesidad de recurrir a procedimientos indirectos para llegar a diferenciarla de muchas otras afecciones del estómago.

La importancia de la sífilis del estómago crece de hecho, en tratándose del Ecuador (nos referimos a las regiones serraniegas) porque, en este país, antes de ahora no se habían registrado manifestaciones graves de esa enfermedad sino a título excepcional; la razón es obvia: antes del año 1907, a pesar de que ha existido la creencia de que la sífilis fué importada a Europa por los tripulantes que acompañaron a Colón en su viaje que terminó con el descubrimiento de América, esta afección era completamente desconocida entre la clase indígena y muy rara en las otras clases sociales; si alguna vez, se hubo registrado uno que otro caso de tercerismo sífilítico, fué por que se trataba de individuos que habían contraído la enfermedad en el exterior. No sucedió lo propio después del año 1907; porque, la conclusión de la obra del ferrocarril Guayaquil-Quito acortó la enorme distancia que separaba la Capital de su primer puerto y favoreció la inmigración, en grande escala, de muy buenos ejemplares de treponemas pálidos que, esta vez, sí se encargaron de multiplicar el número de desgraciados al extremo de que la sífilis se convirtió en una verdadera epidemia, que sólo la intervención de los Poderes Públicos pudo conjurarla, hasta donde permite la prostitución clandestina, que es la que predomina entre nosotros, fundando una Oficina de profilaxis gratuita anexa a la Subdirección de Sanidad.

Con todo; durante los primeros tiempos la sífilis se caracterizó por la extrema benignidad de sus manifestaciones, como sucede siempre que se trata de enfermedades infecciosas de nueva aparición en un país; pero, a medida que los años avanzaban, este flajelo social

aparecía en medio de su cortejo de destrucción y muerte, tal como acostumbra presentarse en los lugares donde tiene sentados sus reales de siglos atrás.

Las dos observaciones que publicamos a continuación, pertenecen a las primeras localizaciones gástricas de la sífilis, diagnosticadas en Quito, y además encierran alguna importancia clínica, digna de tomarse en cuenta, como veremos más adelante, razón por la cual hemos creído del caso ocuparnos de ellas en este estudio.

*Observación 1ª*—S. M. . . . de 45 años de edad, viudo, agricultor, vino a consultarnos por fuertes gastralgias acompañadas o seguidas de vómitos alimenticios.

*Antecedentes hereditarios.* — Padre muerto de neumonia. Madre muerta de parto.

*Antecedentes colaterales.*—Ninguno.

*Antecedentes personales.* — Frecuentes paludismos por haber residido en climas tropicales; hace 14 años contrajo un chancro; es padre de cuatro hijos sanos, de los cuales el menor tiene 5 años. El año 1914 encontrándose en París, sintió un fuerte dolor en la región precordial que, al decir del paciente, «le cortaba la respiración y le daba vértigos»; después de una serie de inyecciones de neo salvarsan hecha por un especialista a quien consultó, desapareció todo malestar y pudo continuar su viaje en Europa.

En el mes de Agosto de 1921 principió a sentir pequeñas pirosis, algunas horas después de las comidas, que cedían fácilmente a la acción de un poco de bicarbonato. Dos meses más tarde aparecieron gastralgias intensas precedidas siempre de pirosis, cada día, más fuertes. Consultado un médico, éste hizo el diagnóstico de dispepsia hiperclorhídrica y lo sometió a un régimen y tratamiento apropiados; las pirosis cedieron, en cambio las gastralgias aumentaban con la ingestión de alimentos; además se presentaron vómitos alimenticios, generalmente, tres horas después de las comidas y algunas veces en ayunas, habiendo observado una que otra estría sanguinolenta en medio de los últimos vómitos. En ese estado se presentó en nuestro Consultorio, hacia fines de Octubre del año próximo pasado.

*Estado actual del paciente* (noviembre de 1921). — Facies pálida, enflaquecimiento notable; los vómitos han aumentado en intensidad y frecuencia, el dolor ha reaparecido.

Al examen observamos:

*Aparato digestivo.*—Lengua ligeramente saburral, apetito casi nulo acompañado de repugnancia para toda clase de alimentos, constipación habitual. A la palpación del estómago, clapoteo bastante marcado, ligera sensación dolorosa al nivel del píloro, ausencia de tumor, agitación peristáltica apenas perceptible.

*Análisis del jugo gástrico.*—Comida de prueba, la de Ewald; extracción, una hora después de ingerida, sin ninguna dificultad.—Resultado: Acidez total débil, hipopepsia de 2º grado; presencia de ácido láctico trazas de ácido clorhídrico libre.

*A los demás aparatos.*—Nada de anormal.

*Orinas.*—Ni azúcar, ni albúmina.

*Reacción de Wasserman.*—Positiva.

*Radioescopia.*—Practicada el 23 de noviembre de 1921. [Véase diagrama Nº 1]

(Cedemos la palabra al Doctor Pablo Arturo Suárez quien la practicó).

ÁREA HISTÓRICA  
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

Primer examen:

Ingestión de 300 grs. de comida opaca.

Se observa el estómago con los siguientes datos radiológicos:

Cámara de aire . . . . .	Amplia (C)
Repleción . . . . .	Del fondo (F) y del 1½ cuerpo (E)
Líquido de hipersecreción . .	Existe (H)
Situación . . . . .	Algo descendido; se encuentra bajo la línea normal, la bisiliaca.
Amplitud . . . . .	El fondo más amplio que lo normal lige- ramente.
Forma . . . . .	La del diagrama, que corresponde a la nor- mal aproximadamente.

Contractilidad . . . . . Se observan contrac-  
ciones lentas poco pro-  
fundas, que comienzan  
en el borde izquierdo  
del fondo y se propagan  
en sentido normal.

Evacuación visible y normal.

Puntos dolorosos . . . . . Uno a nivel del pun-  
to (O)

Imagen lacunar . . . . . Una situada en el bor-  
de izquierdo del fondo  
a nivel de la gran cur-  
vatura estomacal, del  
tamaño de una peseta,  
con bordes ligeramen-  
te sinuosos (O)

Segundo examen, a las 3 horas:

Evacuación . . . . . Casi total; solo queda  
una muy pequeña par-  
te de la comida en el  
bajo fondo.

A seguida, ingestión de 100 grs. más de la comi-  
da opaca: Se observa el fondo estomacal con la misma  
imagen lacunar vista durante el primer examen. Pun-  
to doloroso localizado en el mismo sitio de la imagen la-  
cunar (O)

## CONCLUSIONES

1) Por la cámara de aire amplia, por la situación  
del estómago, por la contractilidad lenta y la evacuación  
un poco retardada; se deduce que se trata de un estó-  
mago hipotónico.

2) Por la imagen lacunar neta y con sensibilidad  
dolorosa; se deduce que se trata de una neoplasia ésto-  
macal. (1)

---

(1) Nos complacemos en publicar el siguiente fragmento de  
una carta que fué dirigida al Dr. Suárez por una paciente; porque,  
de ese modo, el lector podrá valorizar la competencia radiológica de  
esta colega y amigo.

*Observación 2ª.*—J. G. 40 años de edad, soltero, comerciante en ganadería; después de haberse hecho asistir por varios colegas, a causa de vómitos tenaces de que venía sufriendo desde algunos meses atrás, resolvió conocer nuestra opinión.

*Antecedentes hereditarios.*—Viven los padres y gozan de salud completa.

*Antecedentes colaterales.*—Dos hermanos vivos y en completa salud, una hermana muerta de sarampión.

*Antecedentes personales.*—Chancro hace 23 años, seguido de la aparición de placas mucosas. Se trató dos años, después abandonó todo tratamiento, porque se sintió bien; hace un año tuvo una indigestión que se terminó rápidamente previa intervención de un médico; pero, desde entonces, su capacidad digestiva disminuyó mucho, cualquier alimento tomado fuera de las horas de costumbre le provocaba una indigestión. Pocos meses más tarde, el apetito disminuyó, los alimentos fermentaban con bastante facilidad en el estómago y, el momento menos pensado, se le presentó un vómito alimenticio. Desde hace cuatro meses, ha enflaquecido mucho, tiene repugnancia para ciertos alimentos, como caldos, carnes, etc.; después de cada comida, siente peso al estómago y tiene necesidad de aflojarse la ropa porque se le «hincha mucho el vientre» lo que le ocasiona una gran fatiga que no termina sino vomitando, unas veces alimentos, otras veces un líquido agrio.

*Estado actual del enfermo.* —(Febrero de 1923.)— Estado general malo, enflaquecimiento acentuado, mu-

---

“Fui examinada por Ud. en su gabinete radiológico el 1 de Julio de 1921; y debido a una radiografía que Ud. tomó estableció el diagnóstico de úlcera al duodeno. Con su diagnóstico y radiografía marché a Francia, donde fui nuevamente radiografiada, en Lyon, coincidiendo esta radiografía con la hecha por Ud. en todos los detalles, por lo que fué merecidamente encomiado por los especialistas lioneses. Su radiografía sirvió para la oportuna operación a que fuí sometida por las hábiles cirujanos Drs. Gouilloud y Olivier. Y hoy me encuentro gozando de salud completa”.—Firmado.—**Sor Cecilia Savoye.**

cosas descoloridas, vomita cuanto ingiere, a cualquier hora; por la noche, cuando el vómito no es espontáneo, tiene necesidad de provocarlo porque, de otra suerte, no puede dormir.

Al examen encontramos lo siguiente:

*Aparato digestivo.* — Estómago dilatado, clapoteo muy acentuado, el borde inferior desciende hasta el ombligo, agitación peristáltica bien perceptible.

Una exploración del estómago practicada al día siguiente en ayunas, con la sonda de Faucher nos permitió extraer una cantidad apreciable de líquido en el que nadaban partículas alimenticias.

*Análisis del jugo gástrico.* — Acidez débil, anaclorhidria, hipopepsia ligera, presencia de ácido láctico y trazas de ácido acético.

*Aparato circulatorio.* — Pulso frecuente; 100 pulsaciones por minuto; soplos anorgánicos al nivel del corazón y de las vasos del cuello.

*Aparato Urinario.* — Orinas sin azúcar ni albúmina; presencia de indoxilo y escatol.

Todos los demás aparatos sin ninguna alteración.

*Reacción de Wassermann.* — Positiva.

*Radioscopia.* — Practicada el 10 de enero de 1923.

[Véase diagrama N<sup>o</sup> 2].

(Volvemos a ceder la palabra al Sr. Dr. Suárez).

Primer examen:

Ingestión de 300 grs. de comida opaca.

Se observa el estómago con los siguientes datos radiológicos:

Cámara de aire . . . . .	Amplia (C)
Repleción . . . . .	Solo del fondo (F), formando un contenido amplio de nivel horizontal.
Líquido de hipersecreción . . . . .	Existe abundante.
Situación . . . . .	Estómago descendido tres traveses de dedo bajo la línea bisiliaca.
Amplitud . . . . .	Fondo dilatado medianamente.
Forma . . . . .	La del diagrama, que co-

Corresponde a la de un estómago dilatado.

Contractilidad . . . . . No se ven contracciones, ni con el masaje.

Evacuación . . . . . Durante el examen no pasa la comida al duodeno ni a la presión del píloro (P)

Puntos dolorosos . . . . . Uno a nivel del píloro (P)

Divertículos . . . . . A la presión, lógrase poner en evidencia un pequeño divertículo en el píloro, por donde se insinúa la comida opaca (D)

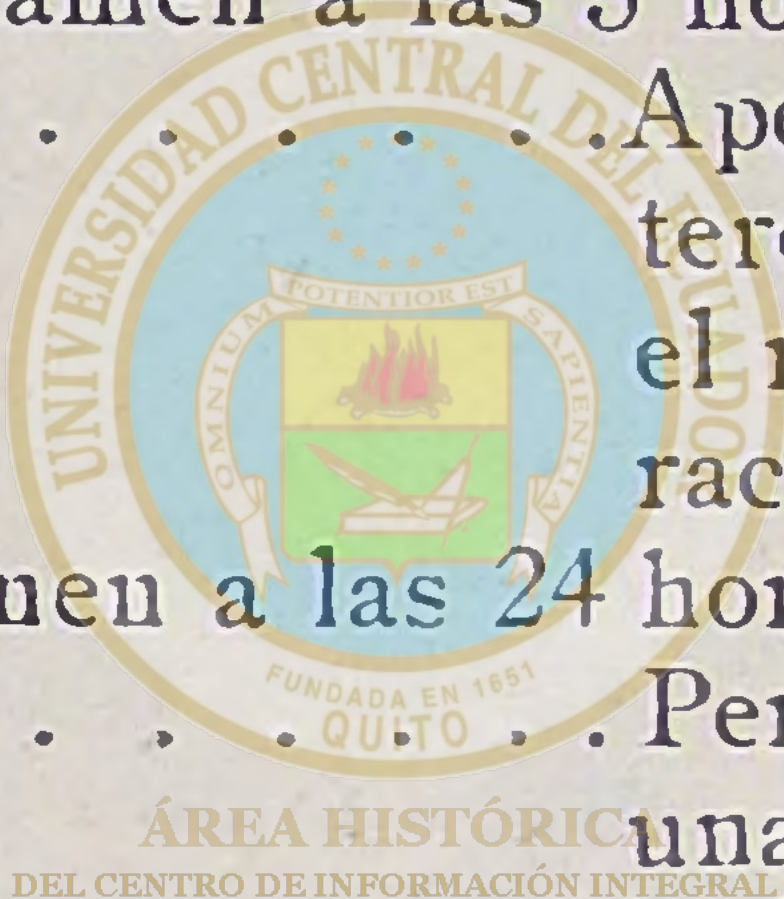
Imagen lacunar . . . . . Ninguna.

Segundo examen a las 5 horas:

Evacuación . . . . . Apenas se ha evacuado la tercera parte de la comida; el resto persiste con los caracteres anteriores.

Tercer examen a las 24 horas:

Evacuación . . . . . Persiste en el estómago una cuarta parte de la comida; el resto se halla en el ileon y ciego.



## CONCLUSIONES

1) Por la cámara de aire amplia, por la situación del estómago, la forma del contenido y por la falta de contracciones; se deduce que se trata de un estómago atónico y medianamente dilatado.

2) Por la retención de la comida, la evacuación invisible al examen y muy retardada, y por el divertículo pilórico; se deduce que hay además una estenosis pilórica parcial con neoplasia pilórica.

DIAGNOSTICO.—Dos hechos fundamentales, sobre los que llamamos la atención de nuestros lectores, descuellan en las observaciones que acaemos de considerar; a saber:



a) La existencia de neoplasias gástricas situadas, la una, al nivel de la grande curvadura (diagrama N° 1) y la otra, en la región pilórica (diagrama N° 2).

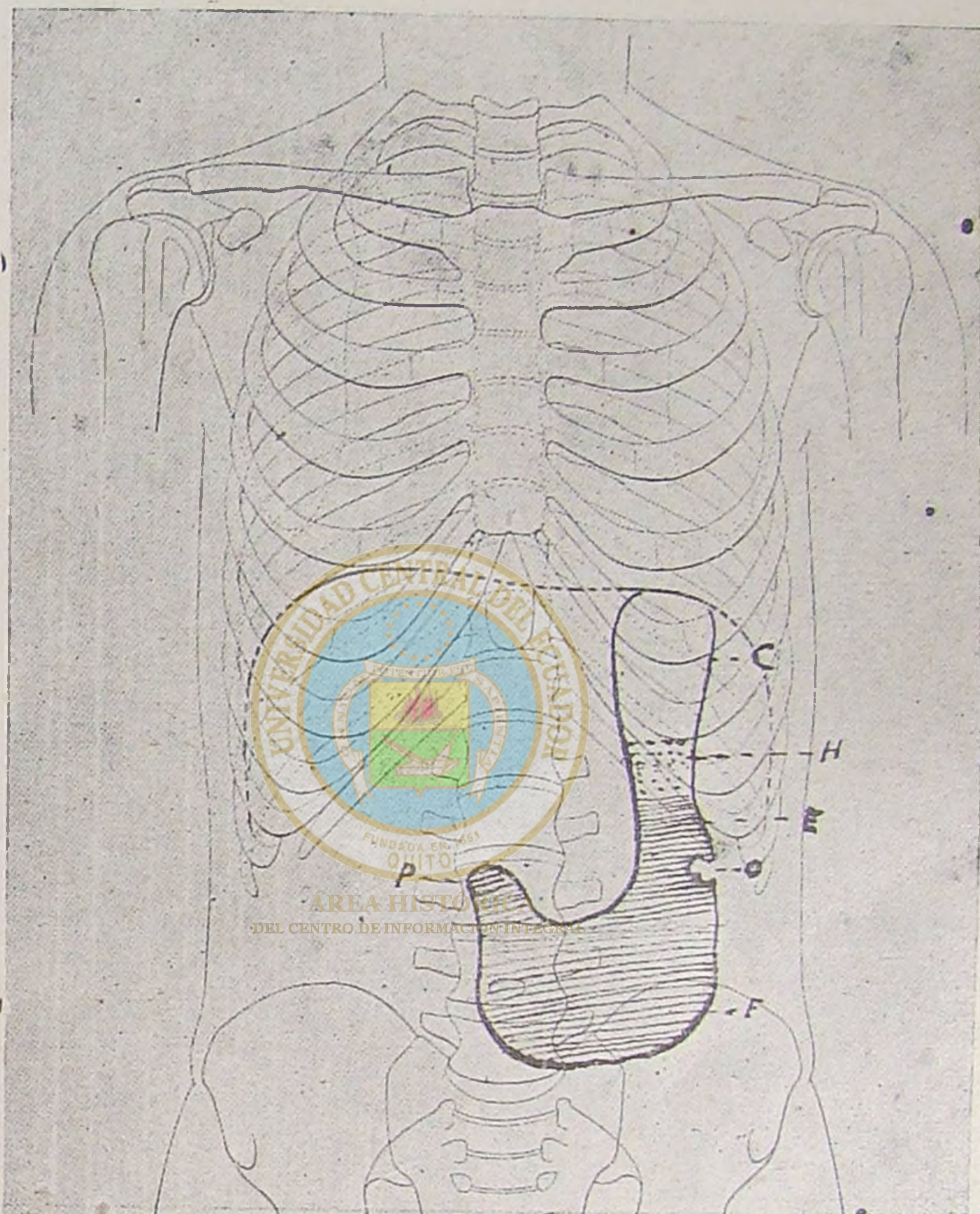
b) La existencia de sífilis antigua, en plena evolución, debidamente comprobada por la reacción de Wassermann positiva.

El diagnóstico que, a primera vista, se impone, tomando en cuenta los datos suministrados por la Clínica y la presencia de neoplasias gástricas, es el de cancer del estómago complicado de estenosis pilórica en el caso de J. G.; pero, si nos detenemos a considerar los antecedentes específicos de ambos enfermos, sin perder de vista que la sífilis es de todas las afecciones parasitarias la que más graves trastornos ocasiona, sea cual fuese el tejido u órgano donde se localiza, muchas veces, al cabo de numerosos años de haber permanecido al estado latente, no hallamos razón alguna para eliminar, de hecho, el diagnóstico de sífilis gástrica; muy al contrario, creemos que conviene prestar toda la atención del caso a este último punto. Con ese fin, vamos a proceder al análisis comparativo de los elementos que tenemos a nuestra disposición, para ver si es posible establecer un diagnóstico diferencial entre las dos únicas afecciones posibles, en los casos que nos ocupa; esto es, *cancer y sífilis gástrica*.

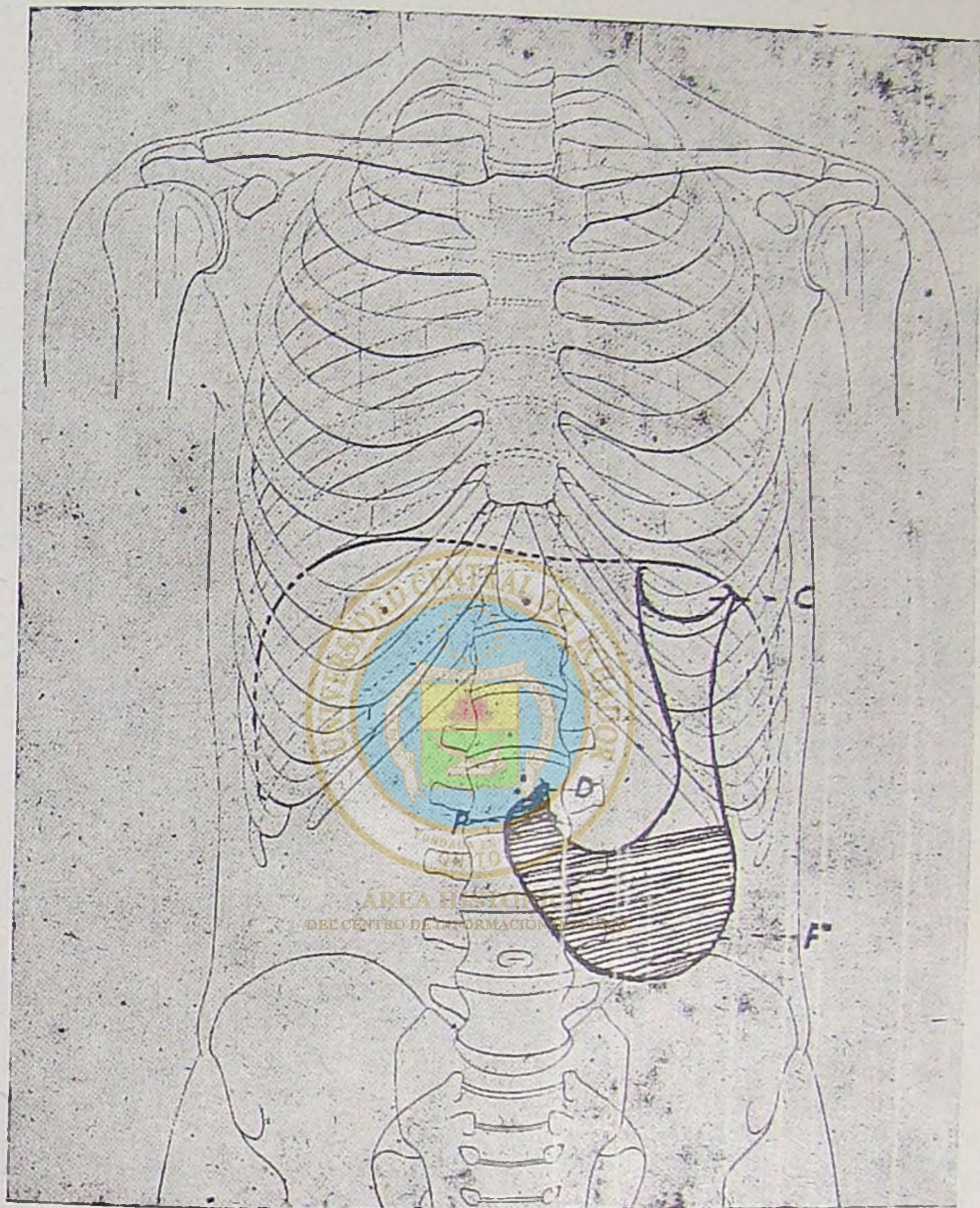
La sífilis del estómago puede dar nacimiento a algunas formas; pero no nos ocuparemos sino de la *esclero gomosa* porque, en el presente caso, ésta es la sola que puede dar lugar a una imagen radioscópica comparable a la que ofrece una neoplasia cancerosa.

Las neoformaciones esclero gomosas se presentan bajo la forma de nódulos o de elevaciones mamelonares, más o menos difusas, de tamaño generalmente pequeño, y se localizan, de preferencia, en la región pilórica, o en la grande y pequeña curvaduras, desde luego, sin que haya en esto nada de absoluto. En la mayor parte de los casos, estas lesiones son múltiples, sin embargo, una que otra vez, se presentan aisladas.

Las neoplasias cancerosas afectan formas redondeadas u ovaladas y tienen tendencias a ulcerarse; su situación se halla regida por leyes precisas: casi siempre apa.



**Diagrama N° 1.**



**Diagrama N° 2.**

recen en la región pilórica o en las curvaduras, solo en el fondo del estómago no se presentan, según Tüngel, sino rarísimas veces.

Contrariamente a lo que pasa con las neoplasias sifilíticas, el cancer del estómago es único y si alguna vez se presenta como una lesión múltiple, este hecho constituye la excepción. Gussenbauer y Von Winiwater no han señalado sino 29 casos de neoplasias cancerosas múltiples sobre 930 autopsias.

Como se ve, los caracteres anatómicos que acabamos de analizar, no pueden servirnos para diferenciar una neoplasia sifilítica de una cancerosa; puesto que, no son inmutables; en otros términos, varían con cada caso particular y además, porque siendo exclusivamente del dominio de la Anatomía Patológica, ni la Radiología, a pesar de sus grandes progresos alcanzados en estos últimos tiempos, sería capaz de determinar la naturaleza de esas lesiones fundándose únicamente en su forma y volumen. Otro tanto, podríamos decir de los demás caracteres macroscópicos, tales como el número y situación, porque tampoco son constantes: tan pronto el cancer y el goma sifilítico son solitarios y se implantan en la región pilórica, como son múltiples y se localizan en cualquier otro punto.

Veamos ahora qué es lo que podemos esperar de los datos proporcionados por la función química del estómago.

Los numerosos estudios realizados sobre el quimismo gástrico han permitido el establecimiento de fórmulas aplicables a ciertas afecciones y gracias a las cuales se hace posible un diagnóstico más o menos preciso.

En el caso particular del cancer del estómago, la fórmula del jugo gástrico es de lo más concluyente; oigamos lo que al respecto dice Hayem, que es uno de los que más se han ocupado de este punto.

«En el cancer del estómago, la hipopepsia es la regla la hiperpepsia la excepción.

La acidez total es débil en la mitad de los casos, depasa rara vez la normal, alcanza sus más altos valores con la hipopepsia de 3º grado ( $H + C < 0,100$ ) y se halla en relación con las fermentaciones anormales.

Las reacciones de los ácidos superiores existen en el 72 por ciento de casos; entre estas reacciones, la del ácido láctico es la regla, la del ácido acético puede encontrarse pero es rara».

Si comparamos los resultados que preceden con los suministrados por el análisis del jugo gástrico de nuestros casos veremos que son como calcados; en efecto, en el úno, la acidez total es débil, se acompaña de hipopepsia de 2º grado ( $H + C < 0,150$ ) y la reacción del ácido láctico es positiva; en el otro caso, hay igualmente hipopepsia, aunque menos marcada; anaclorhidria y presencia de ácidos láctico y acético.

Por lo expuesto, ni la función química del estómago es suficiente para establecer un diagnóstico diferencial entre el cancer y el goma sifilítico de ese órgano; porque, la fórmula del jugo gástrico aplicable al cancer y que tan grande papel desempeña algunas veces en Clínica, no es exclusiva del cancer; las mismas perturbaciones pueden encontrarse en otras enfermedades, entre las cuales citaremos el goma sifilítico; en efecto, según el mismo profesor Hayem, «el quimismo estomacal en la sífilis gástrica es variable, tan pronto ofrece los caracteres de la hiperpepsia con hiperclorhidria, tan pronto los de la hipopepsia con hiperacidez por fermentación anormal».

Se había creído que la ausencia de la reacción láctica y, con mayor razón, la del ácido acético constituían la regla en la sífilis gástrica y la excepción en el cancer; pero, estudios llevados a cabo posteriormente, por los mismos autores que veían en el quimismo gástrico del cancer una fórmula patognomónica, demostraron, como acabamos de ver, que no es raro observar las mismas fermentaciones en los casos de sífilis gástrica.

Hay mas, se había sostenido igualmente que la elevación considerable del coeficiente  $a$  era propia del cancer, más, hoy sabemos perfectamente que, en la sífilis gástrica, desde el momento que también se caracteriza por la hiperacidez anormal, el coeficiente  $a$ , es tan elevado como en el cancer.

Eliminado el quimismo gástrico del cancer, de entre los signos que han sido considerados como propios de esta afección, vemos que, de aquel elemento de diagnóstico no podemos aguardar mas de lo que hemos conseguido de los caracteres anatómicos de las neoplasias, es decir, nada de definitivo.

Réstanos saber si, bajo el punto de vista semiológico, la reacción de Wassermann, encontrada positiva en ambos casos, puede permitirnos llegar al diagnóstico que buscamos.

Los procedimientos de investigación nacidos exclusivamente del laboratorio, se hallan sujetos a numerosos errores, dependientes unos del coeficiente individual y otros de los medios con que se opera. Los primeros pueden ser rectificadas; no sucede lo propio con los segundos. Con este antecedente es posible, aunque difícil, sacar algún partido del laboratorio. En el caso concreto de la reacción de Wassermann, sabiéndola interpretar con la discreción que se requiere, puede ser un gran factor como medio de diagnóstico: de ahí que nos proponemos reservarle un lugar preferente entre los elementos que deben conducirnos al diagnóstico diferencial que ocupa nuestra atención.

La reacción de Wassermann, cuando es francamente positiva, puede prestar muchos servicios en el diagnóstico de la sífilis; para ello se necesita eliminar todas las afecciones en que esta reacción puede dar resultados positivos porque, desgraciadamente, con la reacción de Wassermann pasa lo mismo que con los demás elementos de diagnóstico que hemos tenido que abandonar por inseguros; es decir, no tiene un valor absoluto.

En el cancer, siempre la reacción de Wassermann es negativa; en cambio, en el paludismo, con frecuencia, es positiva. De estos datos se desprende, por lo pronto, una conclusión muy significativa; a saber, que la reacción de Wassermann permite hacer un diagnóstico diferencial entre cancer y sífilis. Nos queda por averiguar si el hecho de haber sido positiva esta reacción en nuestros casos, no obedece talvez a la existencia posible de un paludismo, antes que a manifestaciones sifilíticas localizadas en el estómago de cada uno de ellos, tanto

más, cuanto que en los antecedentes de S. M. figura el paludismo en primera línea.

El paludismo, a pesar de un tratamiento prolijo y continuado, puede reaparecer al cabo de mucho tiempo de haber el paciente abandonado la zona palúdica y de no haber presentado ninguna manifestación. En el Ecuador el lapso máximo de tiempo, dentro del que se presentan las recrudescencias del paludismo, varía de ocho meses a un año, después de este plazo son rarísimos los casos de exacerbaciones palúdicas.

Aplicando estas observaciones a nuestros casos, de hecho, tenemos que eliminar la presencia de paludismo en J. G; porque este enfermo no ha vivido nunca en climas palúdicos. Respecto a S. M, si es verdad que ha sufrido varios accesos de esa afección, se ha curado durante largo tiempo y lleva más de tres años de no haber regresado a climas palúdicos.

En resumen, hemos eliminado el paludismo en ambos casos y como, por otra parte, lo repetimos, la reacción de Wassermann es negativa en el cancer, tenemos necesariamente que convenir en el diagnóstico que más se impone a saber, sífilis gástrica.

De resto, el tratamiento específico, consistente en inyecciones de neo salvarsan debía encargarse, en último término, de confirmar o de rechazar el diagnóstico a que nos ha conducido lógicamente el estudio analítico de nuestros dos casos.

Basados en estas consideraciones, procedimos inmediatamente a tratar a nuestros enfermos por el neo salvarsan. Los resultados no se hicieron esperar; desde la primera inyección pudimos comprender que no andábamos equivocados en nuestras apreciaciones; porque, en lugar de producirse los estragos que aparecen generalmente, cuando se aplica neo salvarsan a un canceroso, ambos pacientes principiaron a sentir cierto bienestar que se acentuaba más con cada nueva inyección. Una vez terminada la serie, quisimos reforzar la acción del neo salvarsan con inyecciones de cianuro de mercurio. Al cabo de dos meses de tratamiento, nuestros enfermos habían ganado algunos kilos de peso, el apetito

se regularizó, todos los síntomas desaparecieron y hoy gozan de salud completa.

Con el objeto de verificar los resultados de nuestro tratamiento, hicimos una nueva investigación radioscópica a S. M. que fué el único que, al cabo de algún tiempo, volvimos a encontrar, (Véase diagrama N<sup>o</sup> 3) cuya interpretación oigámosla al Doctor Suárez:

«La imagen lacunar observada, con ocasión de la primera radioscopia, en el borde izquierdo del fondo, a nivel de la grande curvatura estomacal, del tamaño de una peseta, con bordes sinuosos ha desaparecido completamente, así como la sensibilidad dolorosa que despertaba la presión sobre la región donde aparecía la imagen lacunar. En consecuencia, puede afirmarse que la nueva imagen radioscópica corresponde a un estómago normal».

## CONCLUSIONES .

1<sup>a</sup> Hasta el año 1907 no ha existido la sífilis en Quito sino a título excepcional, por más que en Europa se hayan esforzado en demostrar que esta afección fue originaria de América; desde entonces el número de sífilíticos ha ido aumentando rápidamente.

2<sup>a</sup> Los casos que han motivado el estudio que precede pertenecen a las primeras localizaciones viscerales de la sífilis, en Quito, y son muy importantes porque la sintomatología y los resultados radiológicos hablaban en favor de cáncer del estómago, siendo así que se trataba de gomas sífilíticas.

3<sup>a</sup> Nunca debe perderse de vista los antecedentes de un enfermo; porque de su conocimiento depende, muchas veces, el diagnóstico, como ha sucedido en esta ocasión.

4<sup>a</sup> La reacción de Wassermann, debe hacerse, siempre que un individuo sufra de alguna afección crónica del estómago, aun cuando niegue todo antecedente sífilítico.

5<sup>a</sup> Cuando el médico se halla tentado de diagnóstico de cáncer del estómago, debe ante todo pensar en la sífilis y sujetar al paciente a un tratamiento específico; solo en caso de fracasar ese tratamiento debe pronunciarse en favor del cáncer.