

SÍFILIS GÀSTRICA TERCIÀRIA

pel Dr. A. MORALES

De lues gàstrica, són relativament pocs els casos seriosament estudiats, i havem de considerar com a tals aquells en els quals s'ha sotmès a l'estudi microscòpic, la peça patològica.

Sens ésser molt abundants, podem demostrar malalts amb diversitat de símptomes gàstrics afectes d'una lues comprovada ja sia per presentar lesions en altra part del cos, o pels estigmes de la mateixa, per la història del pacient o mitjançant una o moltes reaccions de Wassermann positives.

Aquesta mena de casos és, com dic, més nombrós però té menys valor perquè les malalties de l'estómac són molt freqüents, àdhuc la sífilis i pot tractar-se moltes vegades d'una mera coexistència sense relació de causa.

Això cal tenir-ho present tant més que la sífilis terciària adquireix en l'estómac formes anatomo-patològiques molt diverses, que es tradueixen per síndromes pareguts a altres malalties gàstriques de naturalesa no luètica.

Deixant a part la dispèpsia sifilítica de quadro clínic diferent però que respon al tractament específic, més caracteriàtica del cicle secundari, se n'han descrit cinc formes en les manifestacions pròpiament terciàries:

1.^a La llaga activa de tamany variable, de localització i freqüència com les llagues pèptiques, més freqüent en el pílor i en el duodè, segueixen en freqüència les de petita corbadura i per últim les de la paret anterior i corbadura major, menys freqüent.

2.^a La estenosi cicatricial que es localitza amb preferència en el pílor, essent més estranya la mesogàstrica amb biloculació.

Aquestes lesions ulceroses i post-ulceroses no es diferencien en llur semiòtica de les altres llagues, i tant és així, que diferents gastro-patòlegs accepten un tant per cent d'úlceres de naturalesa sifilítica bastant corrent. NAUMAN, accepta 20 % i ESCUDERO i CARTEX admeten que ho són més del 50 %.

Evidentment que aquestes estadístiques es redueixen a opinions per impressions clíniques sense veritable fonament científic, sense demostracions histològiques i des d'ara puc creure que són exagerades.

3.^a La forma gomosa que després s'ulcera de síndrome semblant a l'anterior.

4.^a La neoplàsia com en el cas que presento.

L'afecció té tanta semblança amb un tumor maligne (carcinoma), que en aquest cas vàrem practicar la pilorogastrectomia convençut que presentava un carcinoma pilòric malgrat la història del malalt.

5.^a La menys freqüent; es tracta d'una esclerosi plana i estesa per tot l'estómac apareixent una linitis plàstica, i com la que es presenta en bon nombre de casos correspon a carcinomes escirres.

Existeix altre nombre de casos en els quals el diagnòstic s'ha establert per l'efecte del tractament antisifilític no cal dir que, si aquest tractament mercurial, arsenical i iòdic, s'estableix amb exclusió de tot pla dietètic; la importància del diagnòstic, no pot negar-se, però hauríem de revisar tots aquests casos i segurament en trobaríem pocs; ultra això, tal conducta terapèutica no resultaria raonable. ¿Quin és, doncs el nostre comportament enfront d'una hematamesi abundant encara que creguem i sapiguem amb tota certesa que prové d'una llaga sifilítica? Ja es pot comprendre que no podem deixar de tractar-lo com si no ho fos.

Així doncs, veiem, que sols podrem i tindrem l'ocasió de diagnosticar amb certesa i a *posteriori* quan a l'ensem que la història i que els símptomes havem pogut, per l'examen histològic, excloure una renglera de malalties que ofereixen el síndrome semblant.

Resulta de l'estat actual de la qüestió, que no podem parlar encara amb síntesi sobre la freqüència de tals lesions i que devem esmerar-nos a recullir molts més casos abans de poder sentar la doctrina.

En el cas, objecte d'aquesta comunicació es tractava d'un

home de 38 anys, P. S. de M., mariner i en els seus llunyans antecedents figurava haver tingut un xancere en el tel, sense destrucció del mateix, 14 anys del dia que es presenta a la meva consulta. No va o no se'n recorda tenir erupció secundària però sí dolors en els membres sense localització fixa i que no comprova si foren nocturns.

Va contraure matrimoni 4 anys després de la infecció i d'un tractament específic més o menys ben dirigit. Ha tingut 3 fills sans i continuen en bon estat de salut. Després d'aquests tres fills, la seva muller ha tingut dos gastaments de tres mesos cada un.

Nou mesos abans de presentar-se a la meva consulta, que fou en el mes de setembre últim, començaren les molèsties de l'estómac, com eructacions agres i dolors de pes principalment després dels menjars; poques vegades tenia vòmits i eren alimènticis o biliosos, mai hemàtics.

Les deposicions eren freqüents i fàcils, havent sofert crisis diarreiques. En els últims temps, pel contrari presentava retrenyiment i els eructes i escassos vòmits havien pres un caràcter més pudent, com de fermentacions gàstriques.

En aquests últims temps retornà a Barcelona des de Nova York i els metges que el visitaren en la nostra ciutat el diagnosticaren de llaga d'estómac, segurament juxta-pilòrica amb dilatació gàstrica i un d'ells li aconsellà l'operació.

Cansat de provar remeis, accepta aquest consell.

Cridava de bell antuvi l'atenció l'estat general del pacient sumament demacrat i envellit, el color del seu rostre, era el més propi d'una caquèxia per tumor maligne, verd de palla, bastant més fosc que el que presentem la gran majoria de gastròpates que es més pàl·lid. La seva feblesa era extrema i el pols era petit i poc tens.

Examinat el seu abdomen, presentava una sensació dolorosa poc intensa, una nosa a la palpació de localització poc precisa que s'estén per la regió epigàstrica gairebé més perceptible a l'esquerra que a la línia mitja. El nivell inferior de l'estómac arriba fins al llombrícol o una mica més avall.

L'examen en dejú amb la sonda gàstrica demostra l'existència de poca quantitat de suc gàstric amb bilis i escassos restes d'aliments en conjunt petita retenció. Administrat l'esmorzar de prova d'Ebalt i extret al cap d'una hora, dóna el resultat següent:

Quantitat de líquid extret.—325.

Color. Blanc-groc.

Aspecte. Homogeni.

Reacció. Àcida.

Àcid clorhídric lliure. 0'730 ‰.

Àcid clorhídric combinat. 2'280 ‰.

Acidesa total. 3'020 ‰.

No es practica la reacció de WEBER.

En resum, es tractava d'una hiperclorhídria.

Les estadístiques de EUSTERNIN, 1918, donen en els casos de sífilis sols el 20 ‰ d'hiperclorhídries.

Recordo que en l'examen radioscòpic i radiogràfic s'hi trobava pasta bismutada després de les sis hores de la ingestió, la fitxa d'aquest malalt en l'Hospital Clínic figura marcada amb la paraula «Inservible», sense poder saber el perquè; segurament s'han romput les plaques i és de plànyer, sobre tot, després de saber el diagnòstic del malalt, ja que podrien recollir-se detalls interessantíssims, com p. ex., la presència d'osques en el contorn de l'estómac, si existia incontinença pilòrica, etc.

Pels antecedents del malalt, se li practicà la reacció de Wassermann, la qual resultà francament positiva, i a aquest fet es concedí únicament el valor d'una confirmació de l'existència de la sífilis, sens relacionar-lo amb la gastropatia.

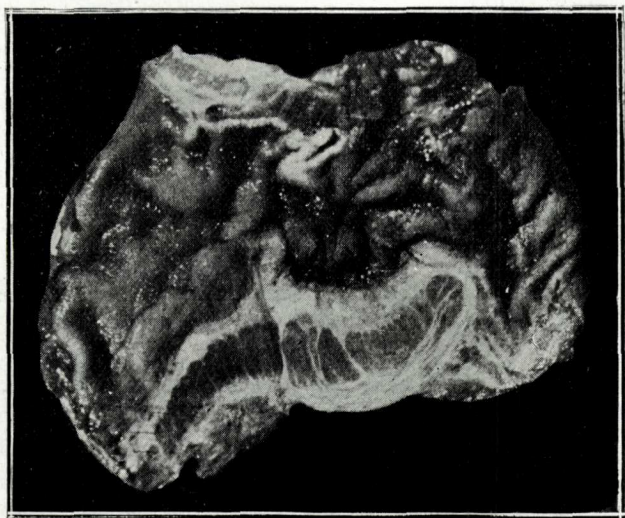
El diagnòstic que va fer-se fou el d'una lesió pilòrica que ocasionava un obstacle sens produir una greu estenosi. ¿Quina lesió? Per la hiperclorhídria apareixia llaga, per l'aspecte caquètic del malalt feia sospitar la transformació neoplàsica. En contra del càncer existia, ultra la hiperclorhídria, el símptoma que el malalt malgrat el malestar que tenia, després d'haver ingerit aliments no tenia desgana, símptoma que manca rarament en els malalts afectes d'un càncer.

En aquest concepte i tenint en compte que quan més es retrassava l'operació el pronòstic s'anava entenebrint més, majorment si es tractava d'un càncer. Se li indicà la conveniència de la intervenció, com més aviat millor.

Una vegada practicada la laparotomia no podent-se comprovar l'existència d'un tumor dur en el pílor i que s'estenia a part de l'estómac (sota la porció pròxima al pílor) sense ganglis en la petita corbadura, tumor tècicament operable, es practicà la ressecció d'estómac i després l'anastòmosi termino-terminal pel primer procediment de BILLROTH amb anestèsia general.

El curs post-operatori fou satisfactori. Durant els primers dies se li administraren petites injeccions de sèrum; al segon, petites quantitats de llet que s'augmentaren successivament; als set dies una sopa. Els dos o tres primers dies el pols va ésser freqüent, 116-112, fins a normalitzar-se després. No es presentà cap vòmit després de la intervenció. Orina normal, petit augment de temperatura al segon dia que no arriba a 38°.

La peça patològica fou incindida per la cara anterior éssent en aquesta forma retratada.

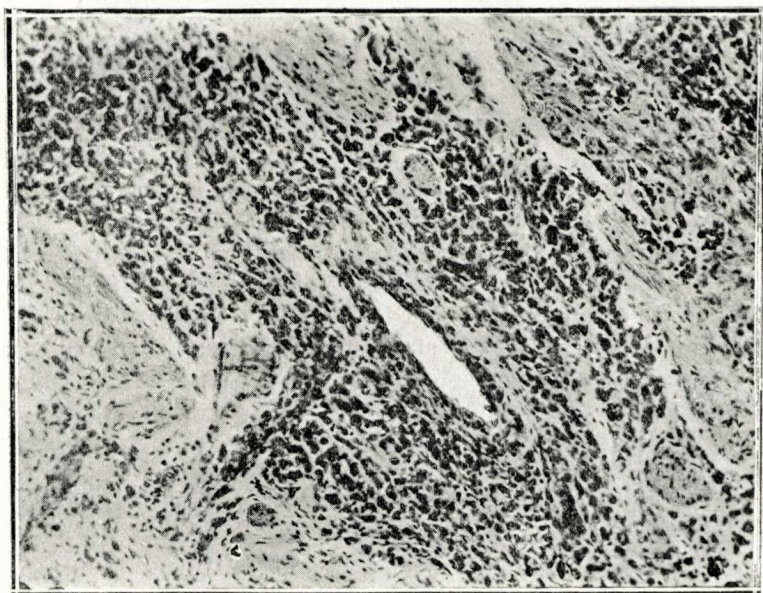
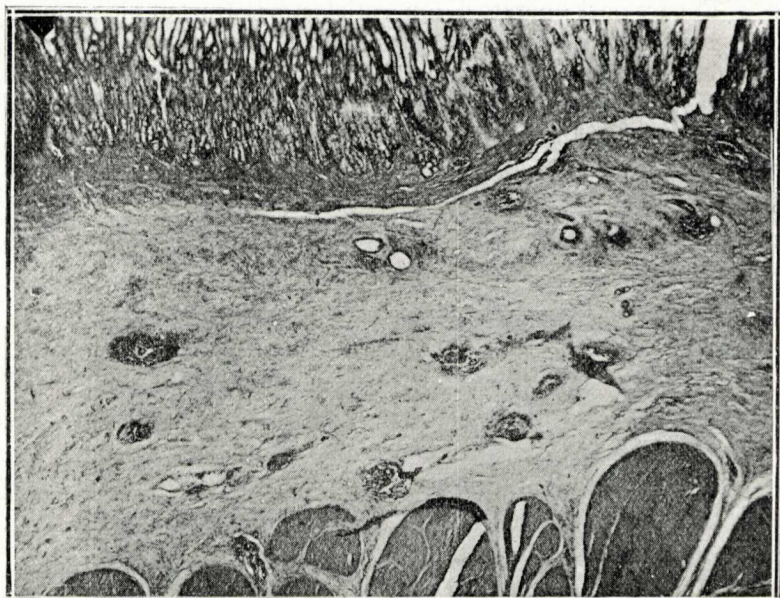


Es tractava d'una tumoració dura, fibrosa, esclerosa amb la paret de l'estómac gruixuda i blanca al tall.

La mucosa també engruixida formant tabelles i molt enganxada als teixits subjacents oferint el conjunt la duresa pròpia de la fusta. En cap punt de la mucosa no es presentava el més petit signe de ulceració ni diferència de coloració, ni abultament; tota ella presentava una coloració rogenca sense rastre d'inflamació aguda.

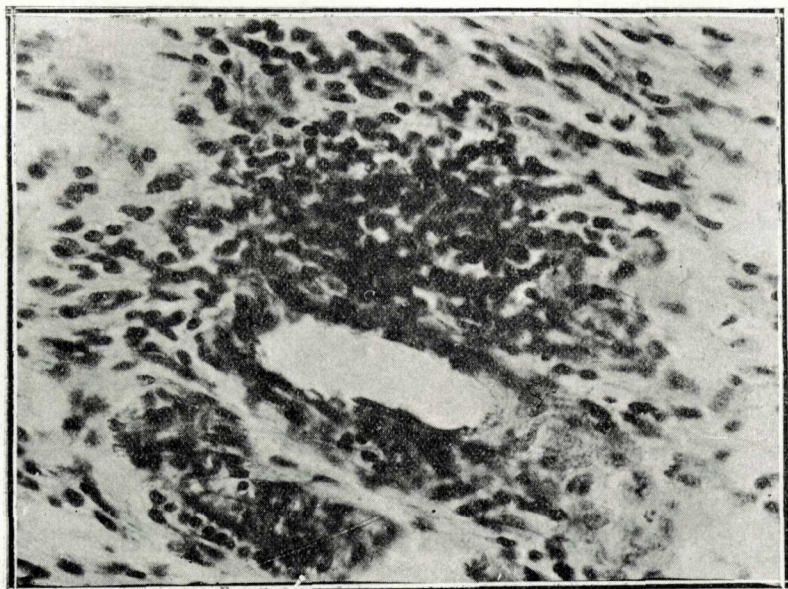
Els talls histològics són els que vos presento microfotografiats pel doctor FORNELLS. En ells es pòt observar la perfecta integritat de la mucosa, i en cap dels seus punts entra la mucosa en el teixit conjuntiu submucós.

Poden també observar-se les lesions vasculars en la capa conjuntiva entre la mucosa i la muscular. En diferents llocs s'ob-



serva la paret dels vasos engruixida irregularment i en altres les cèl·lules endotelials envaeixen la llum del vas fins a obstructuir-lo completament.

No es tracta, doncs, de cap neoplàsia epitelial, sinó d'una inflamació crònica amb infiltracions perivasculars i esclerosi del teixit conjuntiu que és la característica de lesions sifilítiques terciàries sense cap mena de reblaniment i si tenim en compte la història del malalt podem diagnosticar el cas de sífilis gàstrica de forma tumoral.



La convalescència es presentà ràpidament i practicada novament la reacció de Wassermann resultà també positiva.

Al malalt li va ésser factible una bona alimentació i augment de pes, desapareixent els vòmits i els dolors, i el doctor TRAGAN, en el Dispensari del doctor PEYRÍ, instituí el tractament específic, que consistí en injeccions de neosalvarsan.

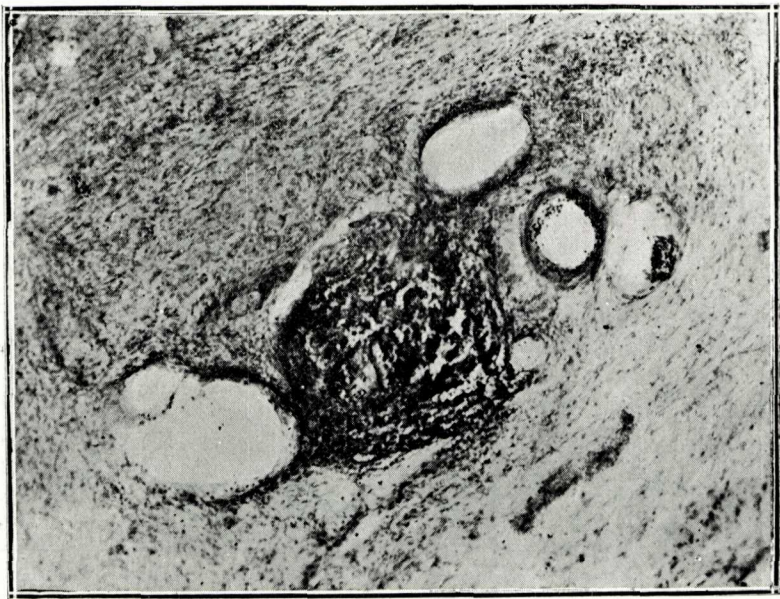
Als quatre mesos després d'ésser-li practicada la intervenció presentava un aspecte ben diferent de quan se'm presentà per primera volta i estava bastant ben nodrit.

Es evident que en aquest cas la millora es deu principalment a la intervenció, puix quan es practicà el tractament anti-sifilític, aquesta havia començat.

I aquí hem de preguntar-nos si en els casos en què sigui factible diagnosticar amb certesa sífilis gàstrica, devem contentar-nos amb el tractament específic o procedir a la intervenció quirúrgica.

Això, segons la meua manera de veure, depèn dels casos.

Crec que si es tracta d'una llaga sifilítica que no produeixi retenció marcada ni hemorràgies, devem fer el tractament específic acompanyat naturalment d'un règim alimentici especial i en el cas que fracassi el tractament mèdic procedir a la intervenció.



Però en els casos en què hi hagi estenosi pilòrica amb gran retenció, s'ha de fer primer la gastro-enterostomia, perquè pugui nodrir-se el malalt i després fer un seriós tractament específic.

En el cas que es trobi tumor a la palpació, si hi ha símptomes evidents de sífilis fer el tractament, i sols en el cas de fracàs del tractament, procedir a la intervenció, que consistirà en la ressecció gàstrica.

Sí en el curs d'una intervenció trobem un tumor, és millor fer la ressecció i després el tractament.

En els casos de forma ulcerosa amb hemorràgies repetides, procedir a la resecció de la llaga, sobre tot si repeteixen les hemorràgies a pesar del tractament.

Per tant, considerant com molt important el tractament antisifil tic, no podrem menysprear en certs instants la intervenció quirúrgica que salva en aquests casos la situació.