

## Personaje magnífico y sus desafíos clínicos: un análisis contemporáneo y alguna intervención virtual

Roque Sáenz<sup>1</sup>, Rodney Stock<sup>1</sup> y Cinthya Álvarez<sup>1</sup>

Magnificent character and his clinical challenges:  
Contemporary analysis and a virtual intervention

<sup>1</sup>Instituto Nacional del Cáncer, Facultad de Medicina, Clínica Alemana de Santiago, Universidad del Desarrollo.

Recibido: 27 de septiembre 2018  
Aceptado: 8 octubre 2018

*Artículo en tributo a nuestros pacientes diagnosticados y tratados de cáncer gástrico, impulsando a la comunidad en la tarea de prevención y diagnóstico precoz.*

### “Nuevos parpadeos con una gran figura histórica”<sup>1,2</sup>

#### Correspondencia a:

Dr. Roque Sáenz  
Fuenzalida  
Av. Manquehue  
Norte 1410, 4to piso,  
Vitacura, Santiago,  
Chile.  
Tel.: (+562) 258  
61040  
rsaenz@alemana.cl

Utilizando el conocimiento actual y datos clínico-patológicos disponibles, se analizan los desafíos clínicos, dificultades, interpretaciones e hipótesis sobre diferentes formas de reescribir esta historia, recurriendo a nuevos conceptos y nuevas tecnologías. Para alcanzar la máxima objetividad posible, nos hemos basado en registros clínicos y autopsias disponibles. Estudios excelentes de patología virtual, uso de “big data” e inteligencia virtual y artificial, sorprendentes. (Figura 1)

Hemos analizado cómo podría haberse modificado la evolución de este singular paciente gracias a intervenciones médicas oportunas y adecuadas, soluciones modernas si hubiesen estado disponibles y un diagnóstico precoz. Factores que podrían a su vez, haber cambiado el curso de la Historia...

Existe una enorme cantidad de datos disponibles en línea, incluyendo más de 30.000.000 de referencias a Napoleón (Figuras 2 y 3).

Ha sido difícil y desafiante obtener explicaciones suficientes y satisfactorias, tanto de la historia clínica de Napoleón, como de la causa de su muerte en su prisión en la isla de Santa Helena, remota posesión británica en el Atlántico sur.

Para dar objetividad al presente relato, se tendrán en cuenta los documentos existentes que reportan datos de su historia y evolución clínica y los aportes de la(s) necropsia(s) disponibles. Entre ellos, son esenciales los registros clínicos de su amigo y médico personal, quien le acompaña en Santa Helena durante todo el período de su estancia allí en prisión, el Dr. Antommarchi.



**Figura 1.** “El Emperador Napoleón en su estudio en el Palacio de las Tullerías. Jaques-Louis David 1812” “The Emperor as legislator”. National Gallery of Art, Washington D.C., EE.UU.

Se cuenta con dos estudios que es muy recomendable leer, que dicen relación con análisis de patología virtual. En estos, se analizan los resultados de la patología disponible y se les compara con casos similares contemplados en bases de datos de análisis patológico de lesiones semejantes, tanto en un deter-

minado centro en Suiza como en un estudio posterior multi-céntrico que incluye más de 2.000 casos<sup>2-10</sup>.

Existen hipótesis de la presencia de una úlcera gastroduodenal crónica y síntomas clínicos recurrentes que explicaran el dolor epigástrico, cuya mejor expresión gráfica se encuentra en la National Gallery of Art de Washington. (“The right hand lies at epigastrium”).

Una pregunta atávica ha sido también ¿cuál era su estatura? “La talla de las personas se mide comenzando desde la altura de los ojos”, era una de las respuestas más famosas del Emperador.

Otra interrogante permanente ha sido si fue o no envenenado. Mostraremos datos relacionados con esta hipótesis, basados en información derivada de la autopsia. Esclarecer este hecho aparece como crucial para el prestigio británico en el mundo.

También nos asaltan dudas de cómo era su vida de exiliado y prisionero en esta remota posesión británica en el Atlántico Sur, durante casi 6 años hasta su muerte en mayo de 1821. Se evitó así su influencia política y militar en el mundo occidental.

Nuevamente una isla, pero muy lejana e inaccesible. Él había escapado previamente de su enclave mediterráneo de reclusión, la isla de Elba. El dejó esta isla mediante el uso de su ingenio y poder militar, ingresando nuevamente a Francia en marzo de 1815. Waterloo fue su última acción militar y la causa del destino de los últimos días de su vida (Figura 4).

Se encuentra sin duda intencionalidad en la transmisión de información a Europa, debido a intereses políticos de los dos bandos involucrados en este asunto. Ello hace más importante aún el tratar de conseguir datos objetivos por el investigador.



**Figura 2.** El icónico sombrero de Napoleón. Sombrero de fieltro negro de “dos cuernos” (Bicornio) que perteneció al Emperador francés Napoleón Bonaparte, en exhibición en “Osenat Auction House”, en Fontainebleau. (Uno de estos sombreros fue vendido en 1.884.000 Euros. A un coleccionista sudcoreano).



**Figura 3.** La enigmática posición habitual de la mano derecha del Emperador en el epigastrio. Este signo clínico y su causa han sido siempre un enigma.



**Figura 4.** Napoleón dejando (escapando) la isla de Elba en febrero de 1815, para emprender su última acción militar, antes de la derrota de Waterloo y de su exilio en la remota posesión británica de Santa Helena en el Atlántico Sur.

Una negociación dedicada a discutir las condiciones de vida en Santa Helena incluyó derechos del prisionero, humanidad y confort. La permanencia de su médico personal, el corso Francesco Antommarchi, fue clave para conocer y entender sus últimos días y su desenlace clínico.

Los datos clínicos que se obtienen en la entrevista clínica, en la anamnesis clásica, de raíces francesas en viejos semiólogos, siempre vigentes, que permanecen como prueba escrita en los registros médicos, además de datos del examen físico, podrían ser del todo similares a un enfoque actual. Una enorme diferencia la constituye el nuevo conocimiento con que se cuenta, válido para lograr una mejor interpretación e indispensable en la toma de decisiones.

Nos sirven de ejemplo el pensar en *Helicobacter pylori* o en los ciclos de la úlcera benigna o maligna, o la importancia y terapia del vaso visible en una lesión sangrante.

Características del dolor abdominal, su aumento o alivio con las comidas, dolor que aparece durante la noche, dificultando el sueño. Las características de la orina o las heces, los movimientos intestinales y tantos otros, nos sirven para hacernos una idea de lo que ocurre en un determinado paciente. Nuevamente la semiología clásica.

Las ayudas para el diagnóstico eran rudimentarias a la sazón. No había laboratorio, estudio de imágenes,

medicación ni métodos quirúrgicos avanzados. Sólo cirugía de guerra o rudimentaria.

No se disponía de transfusiones o de infusiones de fluidos intravenosos.

Las infecciones eran frecuentes (sífilis, tuberculosis, infecciones virales y parasitarias) y expresión de múltiples campañas militares previas. Las terapias de estas afecciones eran precarias. No se contaba con antibióticos, aspirinas, analgésicos, o drogas esteroidales por ejemplo. Sí eran parte del estado del arte el uso de reposo o ejercicio rehabilitador, laxantes, opioides, alcohol, yerbas medicinales, ungüentos, flebotomías, etc. que eran parte del arsenal médico.

Se ha utilizado de alguna manera el conocimiento moderno para entender mejor los hechos clínicos y se ha obtenido información gracias a la revisión de registros de la evolución clínica del prisionero, realizados por médicos como O Meara, Verling, Stokoe, Arnott y por supuesto y principalmente Antommarchi, quien era su “médico de cabecera”.

Las descripciones de la autopsia aparecen como un método objetivo de conocer de enfermedades y de causales de evolución clínica y de muerte. Como médicos, los anatomistas privilegiaban estas prácticas, que en alguna medida fueron controversiales por razones culturales o religiosas. Hoy es posible contar con lo que se ha llamado autopsia virtual, al someter al cadáver a un estudio de escanner de cuerpo total, “post mortem”.

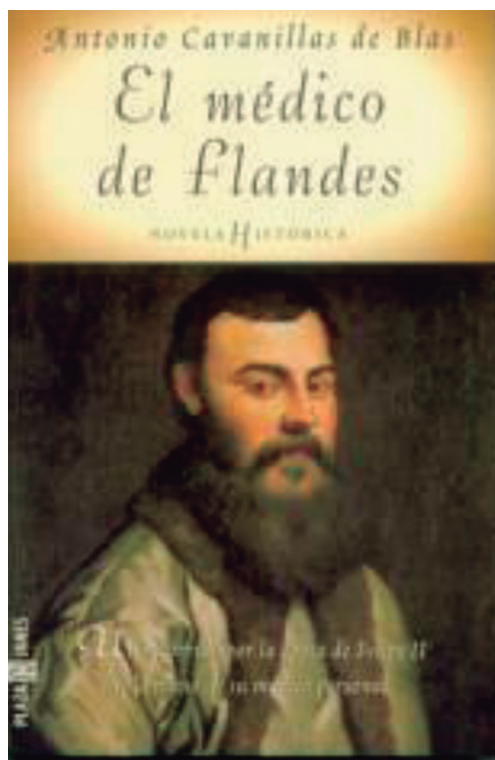
Un buen ejemplo de prácticas de anatomistas en la literatura aparece en la historia de Andreas Vesalius y su experiencia como médico en Valladolid. Se trata quizá de uno de los primeros relatos de juicio médico legal y sentencia condenatoria, que desde la perspectiva del conocimiento actual, no tenía sustento alguno. Y si tenía una explicación que proporcionó la misma ciencia con posterioridad. (“El médico de Flandes”)<sup>3</sup> (Figura 5).

La(s) autopsia(s) fueron clave como se ha indicado, para comprender lo que realmente ocurrió y la mejor explicación confiable y no discutible de los hechos clínicos, lo que será de gran ayuda.

El análisis virtual, comparando el caso índice con bases de datos o datos compilados de casos similares, permiten conclusiones o aproximaciones más cercanas a las respuestas reales. Solo experiencia de expertos o evidencia tipo D.

La causa de muerte, principal interrogante en muchos documentos, siempre ha sido discutida, y como se ha comentado, obedece a entregar versiones interesadas de los hechos, por uno y otro bando involucrados en el exilio, encarcelamiento y muerte de Napoleón, que han influenciado a la opinión de la época y quizás a generaciones.

Al respecto, cabe destacar dos hechos fundamentales:



**Figura 5.** La experiencia relatada por Antonio Cavanillas de Blas, de Andreas Vesalius, Anatomista.

- “Enfermedad maligna gástrica vs envenenamiento (Arsenicales)”. Ha habido cuestión con publicaciones sobre análisis de cabello, que se han rechazado.
- “Enfrentamiento médico inadecuado”, lo que no se puede juzgar con la realidad actual del conocimiento...

En una ubicación remota, las posibilidades de obtener asistencia médica fácil, eficiente y pronta, era impensado. No se contaba con medios de comunicación ágiles. No existía la evacuación aeromédica y el traslado de Napoleón se habría llevado a cabo solo por vía marítima transatlántica, cuya lentitud lo habría hecho inútil en casos como el suyo. Esa vía únicamente serviría para enfermedades crónicas y no para emergencias tales como una hemorragia gastrointestinal masiva.

Aparece más objetivo el trabajo de grupos de patólogos analizando los datos y comparándolos con casos similares, estudiados completamente con conceptos, conocimientos y tecnología actuales.

### El informe de autopsia

Se hizo inmediatamente después de su muerte a los 52 años, por su amigo y médico de cabecera Francesco (François Carlo) Antommarchi. Demostrando como hechos más relevantes, una extensa lesión gástrica y una hemorragia digestiva masiva, con *shock* hipovolémico final.

Se debe mencionar que curiosamente el padre de Napoleón, Charles Bonaparte, que falleció a los 39 años, también fue sometido a autopsia y se demostró un tumor gástrico de consistencia semi-cartilaginosa, de tamaño grande y forma de una patata grande o una pera alargada, en estómago distal. Su consistencia, superficie lisa y color hacían más probable que se tratase de un tumor GIST, un leiomioma, leiomiomasarcoma o un linfoma. Se descarta entonces la hipótesis de tumor gástrico familiar.

Hubo una segunda necropsia realizada por expertos médicos ingleses, quienes llegaron a la isla inmediatamente después de la muerte de Napoleón, alertados desde hacía semanas de la mala evolución del ilustre prisionero.

La descripción de signos clínicos o la presencia de material arsenical en el cuerpo, parecían esenciales. Había que certificar la ausencia de dicho químico, tanto en el examen externo como en datos clínico-patológicos típicos de este envenenamiento. La información debía conocerse en Europa, excluyéndose el envenenamiento como causa de su muerte.

Se describe presencia de convulsiones en algunos reportes clínicos de Napoleón, como asimismo episodios de cistitis y problemas hemorroidales, como los ocurridos en el campo de batalla en Waterloo.

Era obeso, pero en los 6 últimos meses de vida había perdido de 10 a 15 kilos, lo que sugería lo avanzado de su lesión gástrica.

Probablemente el *status* de la infección por *Helicobacter pylori* (Hp) estaba involucrado en su úlcera péptica crónica, que se acompañaba de la secuencia progresiva de gastritis crónica atrófica, metaplasia intestinal, displasia, cáncer gástrico precoz y cáncer gástrico avanzado con diseminación. (Pelayo Correa & Gastric Carcinogenesis) (Figura 6).

### Desafíos interesantes a abordar en la lesión gástrica descrita, como veremos en su estudio patológico

1.- La detección de infección por Hp y su tratamiento y erradicación, evitando la inflamación crónica, la gastritis crónica atrófica y la metaplasia intestinal. La erradicación se podría haber relacionado con mejor evolución y condicionar mejores resultados finales.

La exploración endoscópica avanzada, utilizando magnificación, alta definición, tinciones etc, pudo ser de ayuda esencial para definir la exploración gástrica y el diagnóstico preciso y adecuado.

2.- El encontrar una lesión precoz detectable, con la mejor exploración técnica endoscópica, del profesor Dr. K. Yao de Japón y decidir la mejor terapia endoscópica disponible (EMR, ESD), o incluso terapia quirúrgica y terapia oncológica incluyendo la paliación, habrían modificado la evolución y sobrevida (Figura 7).

3.- Una terapia endoscópica como se dispone hoy, del sangrado digestivo masivo, hubiese incluido inyección, terapia local térmica, clips o el uso de OTSC o hemospray, los que podrían haber resuelto la emergencia. Sin embargo, la causa real subyacente necesitaba una solución más definitiva y quizás se habría llegado demasiado tarde de todos modos, como suele ocurrir en los cánceres gástricos avanzados (Figura 8).

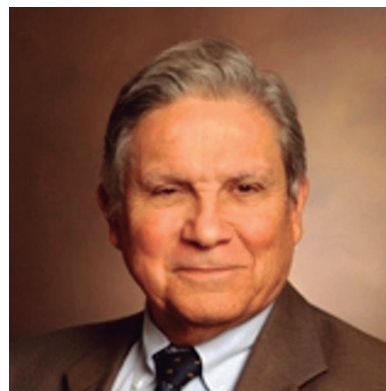


Figura 6. Pelayo Correa, MD<sup>5-7</sup>.



Figura 7. Prof. K. Yao, Japón, experto en endoscopia avanzada<sup>8</sup>.



**Figura 8.** Longwood House en Santa Helena. La prisión y último escenario en la vida de Napoleón.

### Con qué argumentos se puede asegurar que el cáncer gástrico fuese la real causa de la muerte del Emperador

- El conocimiento médico actual y los documentos históricos disponibles. El material de autopsia (se realizaron dos evaluaciones de autopsia coincidentes). Las evoluciones en la historia clínica en la isla de Santa Helena (Drs. O'Meara, Verling, Stokoe, Arnott y su médico Corso personal Antommarchi).
- Relatos y testimonios de algunas personas en Santa Helena. (De las Cases, Bertrand, Gourgaud, Montholon, Marchand, Saint-Denis y Balcombe).
- Datos disponibles de familiares de Napoleón.

Sokoloff ha sugerido, como se ha comentado, la hipótesis de un cáncer gástrico familiar como probable y podría haber sido el caso y se maneja como diagnóstico alternativo. Sin embargo, la descripción en el caso de su padre prácticamente descarta una lesión semejante.

Subespecies de *Helicobacter pylori* responsables podrían estar presentes en el núcleo familiar y hoy día en las guías clínicas de terapia de la infección por Hp es obligatorio tratar y erradicar dicha bacteria en los familiares de un caso índice de cáncer gástrico.

### Et maintenant...

Al explorar datos clínicos de sus reportes clínicos en la isla, se podría pensar en un hombre muy saludable, desde octubre de 1816 hasta septiembre de 1820. Sin embargo, presentó dos crisis de dolor epigástrico intenso (septiembre de 1817 y enero de 1819), náusea, vómitos y cefalea. El dolor epigástrico irradió al hombro derecho. Estaba pálido, se presentaba a veces con diarrea y a veces constipado. Tuvo también algunos episodios de fiebre, pigmentación icterica y coluria (síntomas biliares). El material de autopsia mostró una vesícula distendida con bilis densa y barro biliar, lo que condiciona una probable crisis por migración de cálculos.

Desde octubre de 1820, el Emperador presentó un rápido compromiso y deterioro de su condición general. Dolor abdominal permanente, náusea y vómitos, rechazaba la carne, disfagia, constipación, sudoración nocturna, pérdida de peso significativa y gran debilidad. “Cada actividad es una tarea Hercúlea para mí”...

Montholon dijo en diciembre de 1820: “La enfermedad del Emperador empeora definitivamente. Tiene el pulso débil y la piel, labios y uñas no tienen color”.

Dos meses antes de su muerte, en marzo de 1821, su médico personal, Antommarchi dijo: “El Emperador presenta un dolor abdominal difuso y persistente diario, 48 de 48 días, vómitos 32 de 48 días, sudoración nocturna intensa con necesidad de cambiar su ropa varias veces en la noche. Hematemesis y melena el 5 de abril, taquicardia de 112 por minuto el primero de mayo. El Emperador fallece 4 días después, el 5 de mayo<sup>11-15</sup> (Figuras 9 a 11).

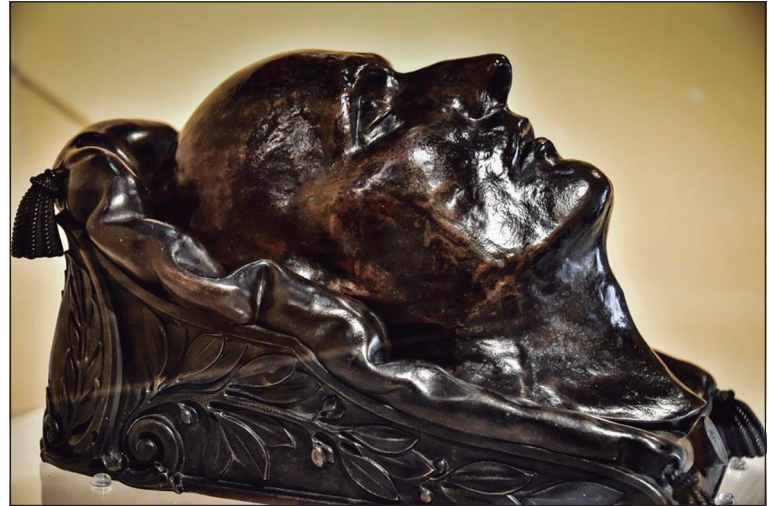
La primera autopsia de Napoleón fue tarea del mismo Antommarchi, al día siguiente de su muerte, el 6 de mayo. Él había sido entrenado en técnicas de anatomía por Giuseppe Mascagni, Profesor de Anatomía en la Universidad de Siena. Los médicos británicos que arriban a la isla de Santa Helena poco después de la muerte realizaron una segunda autopsia, cuyos datos fundamentales son coincidentes y que probablemente se basó en el reporte de Antommarchi. Hubo entonces dos informes de autopsia, los que se encuentran disponibles<sup>15</sup>.

### Los hallazgos de la autopsia

Medía en la mesa de autopsia 168 cm (no era un hombre de baja estatura), muy delgado en ese momento e intensamente pálido, sin hallazgos que consignar en manos y pies, hecho este último importante para rechazar la hipótesis de envenenamiento por arsénico. Una tuberculosis cavitaria en lóbulo superior del pulmón izquierdo. Grandes linfonodos necróticos en mediastino y bronquios. Derrame pleural moderado



**Figura 9.** François Carlo Antommarchi, médico corso de Napoleón.



**Figura 10.** Máscara mortuoria de Napoleón.

bilateral. El corazón intensamente pálido, pero sin otros hallazgos.

El área más interesante de la exploración en la autopsia era el estómago, ya que explica la mayoría de los síntomas crónicos y el desenlace. Estaba lleno de “coffee ground material”. Un sangrado digestivo masivo aparece como la causa inmediata y necesaria de muerte. La pared gástrica presentaba una enorme lesión ulcerada e indurada de bordes irregulares indurados. El compromiso de unos 10 cm de diámetro abarcaba desde el cardias hasta el píloro. Había también otra úlcera más pequeña pre-pilórica adherente al hígado. (¿Perforada cubierta?).

**“Ulcerated gastric lesion with hardened, irregular borders covering the stomach from the cardia to the pyloric region”**

El omento menor también aparece indurado, sugiriendo infiltración maligna. El omento mayor estaba normal. Varios linfonodos grandes e indurados peri-gástricos, algunos necróticos. Hígado y bazo congestivos. Gran cantidad de sangre oscura ocupaba el colon. Datos que sugieren metástasis linfáticas sin compromiso hepático al explorar sólo la superficie. La posibilidad de una tuberculosis gástrica en una tuberculosis cavitaria como opción diferencial de estos hallazgos no se ha explorado, pero probablemente se podría pensar que los anatomistas de la época eran expertos en esta patología.

Los riñones y la vejiga no mostraron hallazgos significativos. No se demostraron lesiones hiperqueratósicas en manos y pies. Uñas normales. Estos datos



**Figura 11.** St. Mathews Church, cercana a Longwood House. Sitio donde fue llevado el Emperador para su velatorio.

eran realmente importantes y se destacaron para dejar en claro de que no hubo evidencias de envenenamiento. (No hiperqueratosis palmo-plantar). No hubo otros tumores.

El corazón muy pálido, sin ninguna hemorragia sub-endocárdica, que también es relacionada con arsénico.

No había líneas de Mee en las uñas, no había cáncer de piel, pulmón o vejiga.

El envenenamiento por arsénico debiera excluirse por improbable gracias a los datos objetivos disponibles<sup>16</sup>.

La causa de muerte fue una hemorragia gastrointestinal aguda masiva, proveniente de su lesión gástrica maligna y *shock* hipovolémico secundario.

Tratando de dar luz a la patogénesis de su cáncer gástrico, debemos sospechar una prolongada infección por *Helicobacter pylori*, gastritis crónica atrófica como consecuencia de esta interacción con Hp., atrofia, metaplasia intestinal, displasia y cáncer.

La dieta en campañas militares agotadoras incluía comidas saladas, ahumadas y en escabeche, carne asada y muy pocas frutas y verduras frescas, alimentación deficiente que podría haber influido en su evolución (Figura 12).

Los datos provenientes del extraordinario enfoque de Lugli et al, en Nature (2007) Clinical Practice, Gastroenterology and Hepatology, hacen de esta últi-

ma una de las publicaciones más valiosas, acuciosas, cercanas a la objetividad y a la evidencia, disponibles.

Ellos concluyen “Cáncer Gástrico ulcerado, Borrmann III”.

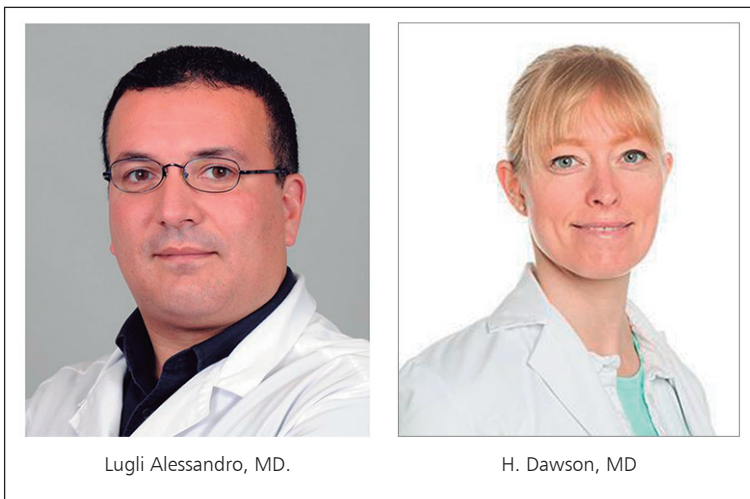
Compararon el caso índice con otros estudios patológicos de 135 casos de cánceres gástricos cuyos reportes patológicos se encuentran disponibles desde el período 1986-2003. (17-95 años). Se trata de reportes de las bases de datos del Institute of Pathology, University Hospital de Basilea, Suiza. El estudio posterior similar y que incluye 2.071 casos de cáncer gástrico liderado por la Dra. Dawson, en un estudio multicéntrico que incluyó datos clínicos, datos de autopsias e información de big data endoscópica (Digest Liver Dis Nov. 2016), concluye que se trataba de un cáncer gástrico T3N1M0 (o X).

### Cáncer gástrico estadio IIIA

Usando bases de datos (Virtual pathology) pudieron extrapolar la etiología de la enfermedad del Emperador, el cáncer gástrico, el estadio patológico, la invasión de la pared gástrica, la invasión de ganglios y del epiplón.

También podemos usar big data disponibles en nuestros días, en megastores, mega data centers, para usar inteligencia artificial y dejar aún más en claro los datos clínico-patológicos de Napoleón, comparando su caso con descripciones patológicas similares. Tales descripciones pueden proporcionarnos aun más certezas en la interpretación de los hechos (Figura 13).

Otro hecho curioso ha sido la estadía y velatorio del cuerpo de Napoleón en la Iglesia local de San Matthew, en Santa Helena.



**Figura 12.** Patólogos expertos, quienes han comparado los datos de esta autopsia con bases de datos de casos similares<sup>2,9,10,12-14</sup>.



**Figura 13.** Mega data Centers. Ayudan a la patología virtual usando inteligencia artificial.

La liberación de Napoleón desde Santa Helena y el obtener soporte médico en Europa en aquella época, no habría cambiado su desenlace, lo avanzado de su enfermedad sólo permitía escasa sobrevida. No habría sido posible modificar la evolución de la situación político militar, la Revolución Francesa y su influencia en la historia de la humanidad desde entonces.

Napoleón se encontraba en un estado terminal. Las intervenciones clínicas posibles debieran haberse hecho en un estadio más precoz, con un diagnóstico oportuno gracias a una endoscopia de alta calidad y tratar con una disección submucosa el cáncer inicial. O quizás la erradicación de *Helicobacter pylori* oportuna, habría contribuido asimismo a evitar el desenlace clínico de Napoleón a una edad relativamente prematura.

La liberación del exilio y el regreso a Europa y a Francia habrían transformado decisivamente la historia gracias a su influencia, a su diplomacia, a sus atributos militares y a su prestigio. La influencia francesa en América, en América Latina y en el resto del mundo habría sido diferente.

Perdió su batalla final y también su guerra, pero no su enorme influencia en la historia de la humanidad (Figuras 13-16).

### Agradecimiento

A la Sra. María Isabel Volochinsky, por su evaluación y el análisis histórico del artículo. Fiel seguidora de las publicaciones de la Fondation Napoleon.



Figura 14. Napoleón, Líder Militar.



Figura 15. Les Invalides. 1840. Tumba de Napoleón, Paris. Todos deben inclinarse obligadamente con respeto para ver la tumba.



Figura 16.



### Referencias

1. Winawer S. Historical magnum figures, their clinical circumstances. Back in time.
2. Lugli A, Zlobec I, Singer G, Kopp Lugli A, Lugli M, Terracciano LM, et al. Napoleon Bonaparte's gastric cancer: a clinicopathologic approach to staging, pathogenesis, and etiology. Institute of Pathology, University Hospital of Basel Switzerland. *Nature Clinical Practice Gastroenterology & Hepatology* 2007;4:52-7.
3. El Médico de Flandes. (Flanders Physician). Antonio Cavanillas de Blas. The Andreas Vesalio (Vesalius) fascinating history. He was a real anatomist. Submitted to the very first recognized mal praxis trial. The existing knowledge at that time condemned him.
4. Fouché. Joseph Fouché, The man in darkness. Le Duc d'Otrante, memoire. 2015, Biblok Book Export, s.l.
5. Correa P. Human gastric carcinogenesis: a multistep and multifactorial process. First American Cancer Society Award Lecture on Cancer Epidemiology and Prevention. *Cancer Res.* 1992;52:6735-40.
6. Kapadia CR. Gastric atrophy, metaplasia, and dysplasia: a clinical perspective. *J Clin Gastroenterol.* 2003;36(5 Suppl): S29-36; discussion S61-2.
7. de Vries AC, Haringsma J, Kuipers EJ. The detection, surveillance and treatment of premalignant gastric lesions related to *Helicobacter pylori* infection. *Helicobacter.* 2007;12:1-15.
8. Kenshi Yao, The endoscopic diagnosis of early gastric cancer. *Ann Gastroenterol.* 2013;26:11-22.
9. Lugli A, Clemenza M, Corso PE, di Costanzo J, Dirnhofer R, Fiorini E, et al. The medical mystery of Napoleon Bonaparte: an interdisciplinary exposé. *Adv Anat Pathol.* 2011;18:152-8.
10. Dawson H, Novotny A, Becker K, Reim D, Langer R, Gullo I, et al. Macroscopy predicts tumor progression in gastric cancer: A retrospective patho-historical analysis based on Napoleon Bonaparte's autopsy report. *Dig Liver Dis.* 2016; 48:1378-85.
11. Camici M, et al. Death of Napoleon Bonaparte. *Minerva Med.* (2003).
12. Dawson H, Novotny A, Becker K, Reim D, Langer R, Gullo I, et al. Macroscopy predicts tumor progression in gastric cancer: A retrospective patho-historical analysis based on Napoleon Bonaparte's autopsy report. *Dig Liver Dis.* 2016;48:1378-85.
13. Lugli A, Clemenza M, Corso PE, di Costanzo J, Dirnhofer R, Fiorini E, et al. The medical mystery of Napoleon Bonaparte: an interdisciplinary exposé. *Adv Anat Pathol.* 2011;18:152-8.
14. Lugli A, Lugli AK, Horcic M. Napoleon's autopsy: new perspectives. *Hum Pathol.* 2005;36:320-4.
15. Corso PF, Hindmarsh JT, Stritto FD. The death of Napoleon. *Am J Forensic Med Pathol.* 2000;21:300-5.
16. Lewin PK, Hancock RG, Voynovich P. Napoleon Bonaparte-no evidence of chronic arsenic poisoning. *Nature.* 1982;299 (5884):627-8.