

*cirrhotic hepatitis* with a characteristic, essential feature: *progressive course with fluctuations*.

5. The peritoneal lesions found correspond to genuine peritonitis different, both anatomically and clinically, from bacterial peritonitis, which is termed *cirrhotic peritonitis* by the writer.

6. The cause of all these lesions lies, according to the writer, in a *living agent*, a virus or bioprotein molecule, at any rate an *infectious factor*.

### ZUSAMMENFASSUNG

Gestützt auf eine lange Reihe von zirrhotischen Patienten, bespricht der Autor seine persönlichen Gedanken über die Ätiologie und Pathogenie der ringförmigen Leberzirrhose und zieht dabei folgende Schlussfolgerungen:

1. Die sogenannte annuläre Leberzirrhose ist eine allgemeine, systematisierte Erkrankung.

2. Eine entzündliche Reaktion der Elemente des Retikuloendothelsystems bildet die wesentliche anatomische Grundlage.

3. Die Störungen, die am meisten studiert werden, nämlich Leber und Milzstörungen, sind *typisch entzündlicher Art*.

4. Die Leberstörungen sind sonach also die einer *zirrhotischen Hepatitis* von typischen und essentiellen Charakter; *schubweise Entwicklung und Fortschreitung*.

5. Die vorgefundenen Bauchfellläsionen entsprechen denjenigen einer echten Bauchfellentzündung, die sich sowohl anatomisch als auch klinisch von der bakteriellen Peritonitis unterscheidet und vom Autor mit dem Namen "*zirrhotische Peritonitis*" bezeichnet wird.

6. Nach Ansicht des Autors soll die Ursache aller dieser Störungen in einem *lebenden Erreger* zu suchen sein; sei es nun ein Virus oder ein Bioproteinmolekül, jedenfalls handelt es sich um einen *infektiösen Erreger*.

### RÉSUMÉ

Basé sur l'étude d'une longue série de malades cirrhotiques, l'auteur expose des idées personnelles sur l'étiologie et pathogénie de la cirrhose hépatique annulaire et arrive aux conclusions suivantes:

1. La dite cirrhose hépatique annulaire est une maladie générale systématique.

2. Le fond anatomique essentiel est constitué par l'action inflammatoire des éléments du système réticuloendothélial.

3. Les lésions les plus étudiées, les hépatiques et les spléniques sont *typiquement inflammatoires*.

4. Les lésions hépatiques sont donc, celles d'une *hépatite cirrhotique* de caractère typique et essentiel; *leur évolution y progression en poussées*.

5. Les lésions péritonéales trouvées correspondent à une authentique péritonite différente, aussi bien anatomique que cliniquement, des péritonites bactériennes, et que l'auteur nomme *péritonite cirrhotique*.

6. La cause de toutes ces lésions est constituée, d'après l'auteur, par un *agent vivant*, virus ou molécule bioprotéique, mais de toutes façons un *agent infectieux*.

### EL PROBLEMA CLINICO Y TRATAMIENTO DE LAS HEMORRAGIAS DEL TRAMO SUPERIOR GASTROINTESTINAL (\*)

A. PAREJA CORONEL.

Guayaquil-Ecuador.

En el curso de la práctica médica, cuando observamos la frecuencia e importancia de la hemorragia de origen gastroduodenal y de ciertos segmentos del intestino, nos damos cuenta de la trascendencia de este signo, que reviste o tiene una preponderancia decisiva en el cuadro general nosológico y bajo muchos aspectos, como cuando nos encontramos frente a una hemoptisis, signo o síntoma que tanto el médico general como el tisiólogo lo estudian exhaustivamente, dándole un valor muy grande dentro del cuadro clínico que se desarrolla; asimismo, en nuestro concepto, la hemorragia del tramo superior del tubo digestivo debe constituir también un signo de gran alarma y conducirnos a la precisión diagnóstica lo más pronto como sea posible; pero aún más, el problema de señalar su origen y el problema de carácter pronóstico y el tratamiento eficaz y oportuno es muy digno de estudiarse y conocerse en toda su amplitud, pues la gravedad de los casos y la urgencia de tomar una medida inmediata médica o quirúrgica deben ser conocidas en todas sus consideraciones para obtener todas las medidas necesarias para combatirla hasta resolver la orientación terapéutica definitiva. En un amplio sentido, estas clases de hemorragias pueden presentarse en forma de hematemesis o melena y variar desde una pequeña pérdida de sangre hasta una hemorragia de carácter fatal por exanguinación.

La forma aguda es la que más atrae la atención, ya que la forma crónica generalmente es en forma silenciosa; en ambas circunstancias se pueden presentar dificultades similares para el diagnóstico y tratamiento. Las causas más comunes capaces de producir grandes y masivas hemorragias son las frecuentes úlceras gastroduodenales y las varices esofágicas. Con me-

(\*) Trabajo presentado en las II Jornadas Médicas de la Asociación Médica Panamericana, Capítulo de Guayaquil, octubre 1958.

nos frecuencia se observan en las gastritis, neoplasias del estómago, hernia hiatal, discrasias, neoplasias e inflamaciones del intestino delgado y del grueso y del páncreas, así como en la úlcera de Curling. Pueden ocurrir también telangiectasias hereditarias hemorrágicas; además de esto se puede producir una hemorragia severa en las gastritis eosinofílicas y en el prolapsus de la mucosa gástrica. También se observan hemorragias ocasionadas por ciertas drogas como la cortisona, la aspirina y la butazoladina. En las enfermedades agudas febres como la fiebre amarilla, atrofia amarilla del hígado y enfermedad de Weil; las lesiones intracraneales por traumatismos, abscesos o tumores de la mucosa gástrica; en general, lo relacionado con traumas. En la arteriosclerosis del estómago, púrpura y oclusión vascular de los vasos mesentéricos y en cualquier toxioinfección muy grave.

Cuando revisamos los métodos didácticos, lo referente a hemorragias gastroduodenales, pensamos que este capítulo es algo resumido, ya que parece que se ha llegado en estos aspectos a un acuerdo definitivo, pero estudiando a fondo los elementos fisiopatológicos y revisando los casos prácticos, nos encontramos con que existe notable divergencia de opinión y que en un momento dado podemos confundirnos en el instante de actuar; así, por ejemplo, grupos de especialistas se muestran partidarios de un tratamiento médico exclusivo y otros piensan que la mortalidad excesiva puede disminuirse notablemente por una intervención quirúrgica urgente. MEULENGRACHT reporta una baja mortalidad de 2,5 por 100 en una serie de hemorragias gastrointestinales, tratadas por un régimen alimenticio instituido de manera precoz y por medidas coadyuvantes. MILLER y sus colegas sostienen que la alimentación precoz es superior a la intervención quirúrgica; en cambio, FINSTERER y GORDON-TAYLOR, con sus estadísticas, manifiestan que la cirugía ocasiona alta mortalidad, y STEWART, en los Estados Unidos, recomienda radicalmente que todo paciente con una hemorragia masiva gastrointestinal debe ser operado de inmediato. Por otro lado, sería de atender a estos pacientes por una acción combinada consultando la opinión de un equipo médico-quirúrgico. En Filadelfia, WIRTZ manifiesta que lo mejor es no tener un plan sistemático para atender a estos pacientes; él prefiere diluir la responsabilidad entre especialistas y clínicos, los cuales atenderían a todos los pacientes con hemorragia gastrointestinal que llegan al hospital, prefiriendo que sean enviados primariamente al Servicio médico, donde existe un residente especialista asignado para estos casos, quienes harían la historia con el examen físico, para luego notificar a los miembros del equipo que constantemente hacen guardia día y noche; mientras tanto el paciente es tratado médica mente aunque continúe sangrando o le vuelva la hemorragia después de haber cesado por cierto tiempo; este reincidente, o sea, el que hace

nueva hemorragia, es un candidato para la intervención quirúrgica inmediata. Por lo general se acepta que quien está bajo la acción de una hemorragia masiva es el de mayor emergencia y, por consiguiente, requiere pronto tratamiento. Comúnmente se presta una atención constante a quienes están sufriendo de una moderada hemorragia, pero todos los casos requieren una supervisión muy continua, porque las hemorragias moderadas tienen recurrencia frecuente y pueden llevarlo al shock a las pocas horas de ingresar al hospital o la clínica. La experiencia en los hospitales de Estados Unidos demuestra que la mayoría de los pacientes llegan durante la primera parte del día o las últimas horas de la tarde, en cuyo caso el médico tiene dificultades para los exámenes de rutina, porque no todos pueden conseguirse en esos momentos, y por esta razón es que en algunos centros tienen un plan sistemático para ponerlo de inmediato en acción, ya sea por el personal hospitalario o en el medio familiar. Lo primero y esencial es darse cuenta de la severidad y el sitio de donde proviene la sangre, y esto debe ser pronto; en consecuencia, el primer paso que hay que dar en el paciente que se admite con hemorragia gastrointestinal sería comprobar si está o no en shock por pérdida de sangre, lo cual puede constatarse por la presión arterial y el pulso, considerando una presión sistólica de 90 mm. o menos y un pulso de 110 ó más por minuto, con un estado de shock incipiente que demuestre necesidad de reemplazar la sangre. También debe pensarse que en algunas ocasiones se observan pacientes con gran pérdida de sangre, sin taquicardia ni caída de la presión; el aumento de la presión diferencial nos indicaría la pérdida de sangre.

El estado general del paciente nos puede proporcionar datos adicionales para nuestro concepto del momento clínico que estamos viviendo; así, tenemos signos como palidez, enfriamiento, piel húmeda, sensación de ahogo, sed, inmovilidad; éstos serían signos secundarios, pero referidos a la hemorragia. El índice hematocrito tiene cierto valor relativo, y como sabemos se ha investigado rutinariamente y en muchas ocasiones no nos da datos precisos de la cantidad aproximada de sangre que se ha perdido en virtud del fenómeno de la hemoconcentración. La determinación del volumen de sangre por la técnica de Evans nos parece una medida práctica para determinar los requerimientos de sangre de un paciente, dadas las condiciones en que éste se encuentra. Ultimamente se ha verificado el método de las albúminas radioactivas marcadas.

Una vez establecida la hemorragia, lo más importante sería dar con el diagnóstico exacto de la causa de ésta. Aunque la úlcera péptica es la causa más común de hemorragias gastrointestinales.

En el problema de la hemorragia del tramo gastrointestinal superior es necesario saber si

la sangría proviene de una úlcera péptica primaria o de varices esofágicas; se repite el planteamiento de este problema muy corrientemente y se discute mucho también la posibilidad de obtener lo más rápidamente un diagnóstico radiológico y precoz con rayos X, exceptuando aquellos que se encuentran en shock, con gran hemorragia en que la sangre líquida se está eliminando por el recto o en esos momentos se encuentra vomitando sangre; en caso de que estas circunstancias no existan, debe con ciertas precauciones procederse a las radiografías a pesar de que la úlcera esté sangrando. Se asegura que en un 70 u 80 por 100 de los casos es posible localizar la fuente hemorrágica y con ello es posible ayudar al cirujano para que practique la respectiva operación de emergencia. También hay muchos cirujanos que se muestran satisfechos con radiografías anteriores para guiarse en el acto operatorio, pero sabemos que esas radiografías en algunas ocasiones no son el verdadero espejo de la situación de emergencia. Además se piensa que en una úlcera gástrica o duodenal la tendencia intervencionista se hace más acentuada para los casos de úlcera del estómago, sobre todo si los grandes especialistas como RICHARD WARREN manifiestan que en su concepto es más peligrosa una úlcera gástrica y más rebelde aún para curarse. Parece que las úlceras del estómago, dado el mayor calibre de sus arterias, tienden a producir hemorragias más copiosas, y advierten muchos gastroenterólogos como el doctor WARTIN que por su diámetro tienen la posibilidad de que en algunos casos aumenten los peligros de exanguinación. Los pacientes con úlceras sangrantes procedentes de la zona duodenal pueden ser controlados con medidas extremas. Este último gastroenterólogo, en lo que respecta al examen de rayos X, manifiesta que aun en las hemorragias masivas deben practicarse radiografías de inmediato y es el procedimiento usual de muchos hospitales de Boston.

Más o menos en el 25 por 100 de los pacientes radiografiados en estados hemorrágicos se escapa la ubicación del sitio sangrante, en cuyo caso se podría explorar directamente el esófago y el estómago endoscópicamente. En el City Hospital, de Chicago, después de haber revisado 5.192 casos, se ha comprobado que el 65 por 100 de hemorragias masivas gastrointestinales proceden de úlceras pépticas y que las varices esofágicas y otras causas ya anotadas acusan un 10 por 100 más o menos. En las intervenciones urgentes es conveniente inducir la anestesia con Demerol en combinación con fenobarbital sódico, especialmente en personas jóvenes. En las de edad avanzada, esta medicación tan sedante puede ser peligrosa por ocasionar hipotensión. Si no existe sangre a la mano, deben usarse soluciones glucosadas en venoclisis con vitamina K y ácido ascórbico. Los anticolinérgicos como la atropina, deben usarse de preferencia en personas jóvenes, pues en las de edad avanzada

pueden producirse complicaciones oculares o trastornos vesicales. No olvidemos que en ciertos casos la atropina produce vómitos y que los alimentos líquidos no deben ser ni calientes ni helados para evitar también el vómito. La alimentación debe iniciarse de inmediato con leche y crema con cualquier antiácido cada dos horas en la noche y cada hora en el día. Toda alimentación debe suspenderse seis horas antes de tomar las radiografías.

El profesor WITZ demuestra en su estadística que sobre 285 pacientes, la mitad de ellos padecían de úlcera gastroduodenal, y que ésta era la causa de la hemorragia. Pero muchas veces puede existir también una ulceración superficial o una erosión que nos daría la hemorragia denominada de "sitio desconocido", la cual únicamente podría ser comprobada quirúrgicamente. Es obvio que existen muchas causas para ocasionar serias hemorragias además de la úlcera, y por esto un diagnóstico definitivo es imprescindible para un tratamiento adecuado. La mayoría de los enfermos llegan al hospital sangrando e imposibilitados para dar una historia que permita llegar a un diagnóstico definitivo.

Con el examen físico verificado tan pronto como sea posible, debe hacerse una investigación especial tendiente a descubrir la presencia de ictericia, púrpura, angiomas de la piel, hepatosplenomegalia y linfoadenopatía. Además el estado de las encías y de la membrana mucosa de la boca, que debe ser cuidadosamente observada.

Una inspección de la región perineal y un tacto rectal deben hacerse y al mismo tiempo ver si existe presencia de melena.

Si la historia de la hematemesis no es bien establecida, un tubo de Levin debe ser introducido al estómago para aspirar su contenido. Todos estos métodos pueden encontrar presencia de sangre pura en el estómago, estableciendo que el sitio de la hemorragia se encuentra allí. Esto es de particular interés cuando se practican estudios de rayos X y las placas no demuestran lesión. Cuando existen síntomas de hipertensión portal o varices esofágicas radiográficamente, inmediatamente debe emplearse el tubo de Tocantins o el de Senstaken. Debe verificarse un hemograma, uroanálisis, la clasificación del tipo de sangre y prueba de la excreción de la bromosulfoftaleína. Se practicarán, además, electrocardiogramas y amilasas del suero, la reserva alcalina, la urea, el N. N. P. y el balance electrolítico.

*Orientación del tratamiento.*—Debe tomarse en cuenta que una de las principales medidas ante esta emergencia es la transfusión de sangre, además del reposo en cama, la sedación y la comida apropiada. Muchos pacientes no acusan dolor, pero se muestran aprensivos; en estos casos es conveniente fenobarbital, 0,12 centígramos intramuscularmente cada seis horas, evitando el uso de narcóticos. Ni los álcalis ni los anticolinérgicos requieren ser empleados en

estos casos. Oxígeno por catéter nasal, según el estado del paciente, la deshidratación y eliminación urinaria deben ser tomadas en cuenta para la administración de electrolitos. Tan pronto como el paciente se encuentre sin náuseas y pregunte por la comida se le debe proporcionar una onza de leche cada hora, con un aumento gradual del volumen hasta que se agreguen prontamente comidas blandas, de acuerdo con la tolerancia del paciente.

Ultimamente, basado en investigaciones para producir un completo buffering, chequeando la hemorragia del estómago, WIRTZ introdujo un tubo de Levin vigilando el jugo gástrico y proponiéndole subsecuentemente comidas hasta completar el medio normal del jugo gástrico. Entre la variedad de alimentos apropiados se prefieren las proteínas dextromaltosadas tales como el Sustagen, las cuales pueden ser suministradas en cantidad suficiente para producir un medio normal que podría ser tolerado en la mayoría de los pacientes. Además, se observa la ventaja de que es una alimentación con valor calórico alto, con suplementos de vitaminas y minerales, que raramente produce diarrea y dolores abdominales. Parece que ésta combate el exceso de acidez y de la pepsina, evitando la acción antihemostática que puede producirse. También puede usarse en estos casos para evitar la hiperacidez, el hidróxido de aluminio o el hidróxido de magnesia. Comúnmente, este régimen se hace al través del tubo de Levin, que debe retirarse antes de verificar el examen con rayos X. Si la úlcera es confirmada por los rayos X, un pequeño tubo plástico debe ser insertado por vía nasogástrica para continuar la alimentación. A continuación se obtiene por medio de este tratamiento el máximo de mejoría, recomendando selectivamente la cirugía, tomando en cuenta para ello la edad del paciente y la frecuencia de complicaciones que tiene con su úlcera. La operación es raramente recomendada en pacientes mayores de cuarenta años, en quienes la historia clínica no da datos de mayores complicaciones. En ciertos casos en que se hacen hemorragias frecuentes y en los cuales el sitio de donde procede tal hemorragia no ha podido localizarse a pesar de una intensa búsqueda, no hay más remedio que llegar a lo que se denomina "resección ciega del estómago". Estos pacientes se encuentran frecuentemente dentro de los veinte y treinta años y algunos tienen constantemente ligeros síntomas de indigestión o una acidez gástrica elevada y una historia de frecuentes hematemesis con melena. Esta clase de pacientes seleccionados cuidadosamente, especialmente en esa forma de hemorragia recurrente, responden comúnmente de manera satisfactoria al tratamiento quirúrgico. Cuando la hemorragia procedente de una úlcera es continua o se reinicia a cortos intervalos a pesar de las medidas adoptadas, el paciente debería inmediatamente ser considerado como candidato potencial para una pronta intervención quirúrgica. Esta decisión

debe tomarse entre los cirujanos y los médicos que lo vienen observando, teniendo en cuenta que la mortalidad aumenta manifiestamente en aquellos pacientes que continúan sangrando más o menos intermitentemente después de la admisión al hospital y particularmente cuando tienen una edad que pasa de los cuarenta y cinco años. En consecuencia estos pacientes deben estar constantemente bajo observación durante su estadio y si continúan perdiendo sangre deben estar también vigilados muy de cerca para la inmediata intervención quirúrgica.

Los pacientes que sangran por varices esofágicas y que están taponados con un balón, los cuales con esta medida se estabilizan entre las veinticuatro y setenta y dos horas, se los debe alimentar con proteínas dextromaltosadas para sostenerlos en mejor situación y cuando se recobren debe estudiarse la posibilidad de una anastomosis portocava.

Las hemorragias debidas a neoplasias gástricas, hernia del hiato, trastornos vasculares y oclusión mesentérica vascular, requieren tratamiento quirúrgico, mientras que los pacientes con gastritis eosinofílica, telangiectasia hereditaria y prolapsus de la mucosa gástrica deben ser operados después de haber agotado las medidas indicadas. Los pacientes que acusan hemorragia por lesiones inflamatorias o neoplásicas del tramo intestinal, generalmente mejoran de su lesión con las medidas usuales terapéuticas, pero cuando sus condiciones mejoran satisfactoriamente debería verificarse un estudio detallado con rayos X y en algunas ocasiones pasar un tubo de Miller-Abbott para determinar el sitio que sangra. En la hemorragia gástrica, especialmente en la gastroduodenal, debe existir una constante alerta sobre el aspecto de la mucosa, el pulso y la presión arterial tienen fundamental importancia, así como los exámenes de sangre sucesivos, pese a que la hemoconcentración si puede dar datos importante cuando se toma a intervalos de seis horas o más.

En nuestro concepto, las hemorragias ocultas tienen gran valor para el diagnóstico; cuando es intermitente se atribuye a úlcera gastroduodenal, y cuando es continua y bastante manifiesta debe siempre sospecharse neoplasia o alteraciones del metabolismo o graves estados relacionados con trastornos de la crisis sanguínea como hemofilia, leucemias, desórdenes esplenomejárticos, etc.

Caso número 1.—S. B. Edad, cincuenta y siete años. Sexo, masculino.

Al ingresar manifestó que se sentía débil e incapacitado para sus labores diarias, malestar que no sabía a qué atribuir.

En el examen se encontró fatigabilidad manifiesta hasta en el cambio de posición. Conjuntivas pálidas. Se ordenó hemograma, que dió 2.900.000 g. r., y Hb. 7 gramos.

Examen de heces: Reacción guayaco, + + + Hb. No manifestaba síntoma alguno de úlcera gastroduodenal; sin embargo, se ordenó radiografía (fig. 1) y se constató úlcera del duodeno en su primera porción con duodeno móvil.

Sometido a tratamiento con anticolinérgicos y estriadol, a las nueve semanas se recuperó en su estado general y en su situación hematológica (fig. 2).



Fig. 1.



Fig. 2.

Caso número 2.—E. B. C. Edad, cincuenta y seis años. Sexo, femenino.

Ingresó por presentar una hematemesis, precedida de melena, de dos días de duración y de brote febril.



Fig. 3.

Como antecedente tenemos que durante muchos años sufrió de dolor difuso en el abdomen, que se presentaba de manera irregular, pero desde hace un año lo ha tenido casi constantemente en las mañanas.

El examen hematológico dió 1.210.000 de g. r. y 3,5 gramos de Hb.

Transfusión de dos pintas de sangre.

Examen radiográfico negativo para úlcera gástrica o úlcera gastroduodenal.

La alimentación, leche y crema. Anticoagulantes y Aldrox. La enferma se recuperó rápidamente e insistimos en nueva serie radiográfica por haber encontrado constantemente sangre oculta en las heces. Se toman

nuevas radiografías (doctor ABAD VALENZUELA), que fueron negativas para úlcera; en cambio, en la mucosografía se observan signos de gastritis (fig. 3), la cual pudo ser perfectamente la causa del fenómeno a que estamos asistiendo.

Con dieta apropiada y el régimen alcalino, la sintomatología dolorosa desapareció, recuperándose general y hematológicamente antes de un mes de tratamiento.

Caso número 3.—J. A. Edad, veintisiete años. Sexo, femenino.

Asmática crónica, que ha ingresado seis veces en el Servicio Santa Elena, por status asmático, y que con medicación antialérgica, inclusive con prenidisolona, ha salido de sus crisis para luego seguir tomando 10 mg. diarios. En esta última crisis hubo que hacer la misma me-



Fig. 4 a.



Fig. 4 b.

dicación, pero aumentando la dosis de prednisolona, con lo que al cabo de tres días cedió el status asmático, pero quejándose de un dolor constante en la zona gastropiática.

De inmediato ordenamos exámenes de heces para buscar Hb., habiendo sido el examen de heces positivo, +++, reacción del guayaco repetidas veces.

Se ordenaron las radiografías y efectivamente se encontró una imagen muy sospechosa de úlcera duodenal pilórica (doctor JURADO LÓPEZ). Caso ilustrativo y de alerta, pues la presencia de sangre en las heces, el dolor, la medicación con corticoesteroides y también la frecuencia de úlcera gastroduodenal en los asmáticos nos llevan a este diagnóstico y desde luego tiene más importancia dadas las condiciones de la paciente y la terapéutica a seguir.

Suspendida la prednisolona y con un régimen de leche y Lentropina la enferma se ha recuperado.

Caso número 4.—L. A. Edad, cincuenta y nueve años. Sexo, femenino.

Sin antecedentes de trastornos gastrointestinales, salvo litiasis biliar, descubierta tres años antes, que no fué

operada porque no tenía indicación inmediata la intervención quirúrgica. En junio 28/58 sintió un estado vertiginoso en momentos que estaba en el baño. Fui llamado de urgencia y me sorprendí al constatar la palidez general y más que todo la palidez de sus mucosas; pulso, 120; presión arterial, 9/6. Me impresionó como que estaba perdiendo sangre y, efectivamente, se ordenó un hemograma, en el cual se constató un estado anémico grave, 2.000.000 de g. r. y 5 Hb. Hematócrito, 26 por 100. Se investigó si la sangre era de procedencia urinaria, vaginal o intestinal y en las heces se presentó una reacción Hb. ++++. Todo este episodio clínico ocurrió sin síntomas previos gastrointestinales. Sin ningún dolor en los puntos sensibles del abdomen, únicamente el hígado sobresalía un dedo por bajo de reborde costal.

La paciente manifestó que deseaba atenderse en Baltimore por el doctor ROBERT MASON, por lo cual no le practicamos radiografías, sino que se le hicieron tres transfusiones de sangre, con lo que el índice de Hb. subió a 9, los g. r. a 3.000.000 y el hematócrito a 36 por 100. Llegada al John Hopkins Hospital se hicieron los exámenes del caso y el doctor MASON encontró, previa a la operación, una ligera y persistente irregularidad de la mucosa del estómago en el fundus hacia el cardias.

Fluoroscópicamente también se encontró alguna rigidez de infiltración de la pared del estómago en esta área que no dejó comprimirse a la presión; tales datos hicieron sospechar la presencia de un tumor en este sitio. Efectivamente, días después fué operada la paciente y se encontró la existencia de un adenocarcinoma en el fundus del estómago hasta el cardias con propagación al resto del estómago y que había hecho metástasis en el hígado en varios sitios.

Esta tumoración solamente produjo dolores siete u ocho días antes de que se operara. Desde luego, no se hizo más que practicar una pequeña biopsia y cerrar el abdomen. La paciente cicatrizó la herida, pero el cáncer siguió evolucionando rápidamente en el hígado y el estómago, manifestado por una ictericia progresiva e incapacidad y dificultad para la ingestión de alimentos, que la condujo al exitus letal a las pocas semanas de haber regresado a Guayaquil.

Este caso es una evolución traídora y silenciosa de un cáncer en que por primera vez se manifestó con gran hemorragia, con dolores abdominales posteriores, llevando a la mesa de operaciones cuando no había nada que hacer.

Caso número 5.—D. R. Edad, sesenta años. Sexo, femenino. Ocupación, quehaceres domésticos.

Ingresa al hospital con pérdida del conocimiento y alígez consecutiva a un estado de vómitos. Algunos días antes había sufrido de gripe, que la obligó a guardar



Fig. 5.

cama por dolores de las piernas y mareo, quedando bastante débil, y por consejo médico le aplicaron una inyección de 100 mg. de vitamina B<sub>1</sub>.

De inmediato se le iniciaron los síntomas ya anotados,

especialmente el vómito, que previamente fué alimenticio, luego bilioso y más tarde ligeramente sanguinolento.

En el hospital se constató palidez general, anemia marcada de la mucosa conjuntival y gingival. Pulso frecuente más de 120 al minuto. Presión arterial difícil de registrar inicialmente, para luego oscilar entre 80 y 70 de máxima, en medio de una quietud e indiferencia absoluta.

A las pocas horas se inició diarrea oscura. El examen de sangre dió anemia marcada con un hematócrito de 26. Se aplicó suero glucosado al 5 por 100 en venoclisis con vitamina C y K y luego transfusiones de sangre.

El tercer día se practicó radiografía (fig. 5), en que puede apreciarse una úlcera de la rodilla del bulbo duodenal.

Esta enferma no ha tenido ningún antecedente ni síntoma especial, salvo dolores hace cuatro años que se atribuyeron a cólicos hepáticos, descubriendose su proceso ulceroso gastroduodenal por la hemorragia ya referida.

## RESUMEN.

Con motivo de la presentación de cinco casos personales se comenta la etiología, diagnóstico y tratamiento de las hemorragias del tramo superior gastrointestinal.

## BIBLIOGRAFIA

BOCKUS.—"Dosis de la urea en el curso de las hemorragias. Balance electrolítico del cloro", pág. 579.  
 CLAUDE E. WELCH.—"Cirugía gastroduodenal", pág. 209.  
 C. BONORINO UDAONDO y M. R. CASTEX.—"Tratado de Patología digestiva", pág. 665.  
 C. WILMER WIRTZ, M. D.—Am. J. Gastroenterol., 28, 1, 1957.  
 F. AVERY JONES.—"Gastroenterology", págs. 433-440.  
 FINSTERER, H.—Lancet, 2.303, 1936.  
 GORDON TYLOR.—Brit. J. Surg., 1937.  
 NORBERT HENNING.—"Tratado didáctico de las enfermedades del aparato digestivo. Hemorragia gástrica", págs. 180-255.  
 RASPBERRY, E. A. y MILLER, T. G.—Gastroenterología, 1, 911, 1943.  
 SEYMOUR, J., GRAY, RICHARD WARREN, JAMES, B., DEALY, Jr. y THOMAS WARTHIN.—Am. J. Gastroenterol., 29, 5, 1958.  
 SAUNDERS.—"Gastroenterología".  
 VARELA FUENTES.—"Hemorragia digestiva. Patología digestiva", págs. 36, 138 y 182.  
 WOHL y GODHART.—"Modern nutrition in health and disease. Meulengracht diet", pág. 568.

## SUMMARY

With reference to a report of five personal cases, the aetiology, diagnosis and treatment of haemorrhages in the upper gastrointestinal tract are commented upon.

## ZUSAMMENFASSUNG

Anlässlich eines Berichtes über fünf eigene Fälle werden Ätiologie, Diagnose und Behandlung der Blutungen des oberen Magen-Darmtraktes besprochen.

## RÉSUMÉ

Au sujet de la présentation de 5 cas personnels, on commente l'étiologie, diagnostic et traitement des hémorragies de l'espace supérieur gastrointestinal.