

mejor aún comprobado radiológicamente. Sólo así puede prestarnos ayuda diagnóstica.

8.<sup>a</sup> El síndrome ileo está tan perfilado clínica y radiológicamente, que evita las disquisiciones hematológicas diferenciales, con otras afecciones de abdomen agudo, por la inutilidad que significa.

9.<sup>a</sup> El verdadero juicio pronóstico sólo se consigue con el hemograma seriado; por el hemograma de ingreso es nulo o meramente orientador. Hay casos de curación con graves desviaciones.

10. La gráfica leucocitaria biológica, trazada en el ileo, expresa la evolución favorable o desfavorable de estos enfermos, así como sus complicaciones. En la obstrucción intestinal, si la causa ha sido resuelta y no hay complicaciones peritoníticas o secundarias, el hemograma suele normalizarse pronto, del tercero al quinto día.

### ZUSAMMENFASSUNG

Das Hämoqramm beim akuten Ileus zeichnet sich durch Leukozytose mit Neutrophilie und Auftreten von unreifen Formen aus; dazu kommt eine Lymphopenie, Monopenie und oft auch noch eine Aneosinophilie. Dieses Blutbild steht in keinerlei Beziehung zur Zeit der verfloßenen Stunden, wohl aber zum pathologisch-anatomischen Befund des Darmverschlusses. Weiterhin konnte beobachtet

werden, dass die Leukozytenveränderungen beim Dickdarmileus geringer sind als beim Dünndarmverschluss. Im Allgemeinen kann gesagt werden, dass die Leukozytenveränderungen bei der Diagnose des Ileus keine entscheidende Rolle spielen, sondern dass sie durch die klinischen und roentgenologischen Daten ergänzt werden müssen. Vom prognostischen Standpunkt aus ist das Serienhämoqramm interessant.

### R É S U M É

L'hémogramme dans les iléons aigus se caractérise par une leucocytose avec neutrophylie et apparition de formes non mûres, lymphopénie, monopénie et fréquemment anéosinophilie. Cette formule ne garde pas de relation avec le nombre d'heures de l'obstruction; par contre il n'en est pas de même avec la trouvaille anatomopathologique. On observe de même que l'altération leucocytaire est inférieure chez les iléons de gros intestin que chez ceux d'intestin grêle. On peut dire en général que les altérations leucocytaires n'ont pas de valeur décisive dans le diagnostic de l'iléon et que son aide diagnostique a besoin d'être accompagnée de la confirmation clinique et radiologique. Du point de vue pronostic, l'hémogramme sérié est ce qui est d'intéressant.

## NOTAS CLÍNICAS

### GASTRITIS Y GASTRORRAGIAS COPIOSAS

E. RODA

*Clínica Médica Universitaria (Madrid).*

Director: PROF. C. JIMÉNEZ DÍAZ

Constituye un gran problema en Patología Digestiva el esclarecimiento etiológico y patogénico de ciertas formas nosológicas gástricas, que, a veces, sin más sintomatología (o si ésta existe apenas si tiene relieve), que gastrorragias intensísimas y recidivantes, ponen en grave trance la vida del enfermo que las padece. Vamos en consecuencia, a excluir de intento, por tanto, aquellas formas de gastrorragias atenuadas, que aun constituyendo quizás el único síntoma de una gastropatía, no nos interesan por ahora, para ocuparnos de cierta modalidad especial de gastrorragias que, sin otros síntomas clínicos de relieve, le dan carácter al proceso que vamos a enjuiciar. Expresión del mismo son los dos casos clínicos observados por nosotros en estos últimos años y que exponemos a continuación:

F. A. de la C., 20 años; de Madrid, donde reside (Zurbaro, 50); estudiante; soltero.

Hace cuatro años, yendo por la calle, y con previa salud hasta ese momento, sintió súbitamente un dolor epigástrico intenso, no irradiado, que no se acompañó ni de náuseas, ni de vómitos, ni de ictericia. Le duró cinco horas y se calmó con calor local, no habiéndose influido previamente por la toma de bicarbonato. Pasó y quedó bien sin molestias de ninguna clase. En julio de 1941, sin molestias prodrómicas, excepto una leve sensación de opresión epigástrica, tuvo una deposición negra, formada, seguida de dos más de aspecto parecido, pero no tan intensamente teñidas como la primera. Siguió así unos días, sintiéndose después bien, sin molestias gástricas locales ni ninguna de otro orden. A los tres meses y medio le repitió el cuadro, esta vez más intenso, produciéndose con vómitos (hematemesis) mezcla de alimentos ingeridos poco antes, más sangre semidigerida (como posos de café) y en coágulos, de color negruzco; el segundo de ellos de gran volumen, sólo contenía sangre negra y en coágulos; se siguió de lipotimias, sequedad de boca, sudoración, debilidad de pulso con gran taquicardia, gran palidez, etc., fué tan intenso el cuadro de colapso por hipovolemia, que hubieron de hacerle rápidamente transfusiones de sangre, ponerle tónicos periféricos, etc., para compensarle de momento. Se repuso y quedó bien. Sin síntomas de ninguna clase estimables, siguió hasta el final del verano de 1943, en que estando en un campamento de la Milicia Universitaria, sintió sensaciones dispépsicas (anorexia, mal sabor de boca, pesadez e inflazón epigástrica, etc.) que se siguió de temperatura febril (38'5 grados) que le duró tan sólo 24 horas, para seguirse algunos días más de febrícula y desaparecer después; coincidiendo con la iniciación de la fiebre empezó a tener ictericia (orinas encendidas, heces hipocólicas, prurito generalizado, etc.). Estuvo

así un mes aproximadamente, al cabo del cual se despigmentó y quedó bien, recuperando el apetito que había perdido. En esta fase no tuvo molestia dolorosa alguna. Poco después, sin haberse repuesto del todo en su estado general, tuvo una nueva hematemesis con melena de características idénticas a la última, planteando idénticos problemas complicativos por el estado de anemia aguda que produce. Por último, en el mes de diciembre actual, cinco días antes de ser observado por

con ocasión de las hemorragias anteriores, revelaron continuamente, como normales todas las pruebas de coagulación, agria, plaquetas, etc. El examen del jugo gástrico, hecho en repetidas ocasiones, ha dado, en ayunas, una cifra normoclorídrica y normoclorídrica, y si bien, tras la inyección de histamina, se han mantenido la secreción y la acidez, las cifras de éstas no han superado el nivel basal, y a la media hora la curva ha iniciado su marcha descendente. Los demás datos

de jugo (ácido láctico, bilis, etc.) han sido negativos (las reacciones de sangre han sido indistintamente  $+$  o  $++$  en las distintas fracciones, y la reacción de moco tampoco ha sido intensa en ninguna de ellas). La investigación de sangre en heces tras tres días de dieta láctea fué negativa. El examen radiográfico del estómago por zonas, hecho seriográficamente por el doctor LARA, insistiendo especialmente en las zonas mediogástrica y piloroduodenal con estudio fijo de la mucosa a estos niveles, no permitió objetivar dato patológico alguno. (Véanse radiografías figuras 1 y 2.)

En las radiografías seriadas de la zona pilorobulbo duodenal, no se percibe signo alguno de úlcera ni de otra significación patológica, siendo buena la visibilidad del conducto pilórico que aparece constantemente normal. El estudio de la mucosa gástrica, hecho en busca de una posible formación benigna, pólipo, etc., no aporta ningún dato concreto en este sentido.

A las ocho horas de ingerida, la totalidad de la papilla está en ciego y colon ascendentes que aparecen normales en todos los aspectos, y no existe ningún residuo de papilla en el intestino delgado. La observación del esófago, hecha con todo detenimiento, es igualmente negativa en el sentido de apreciación de divertículos, úlcus, etc.

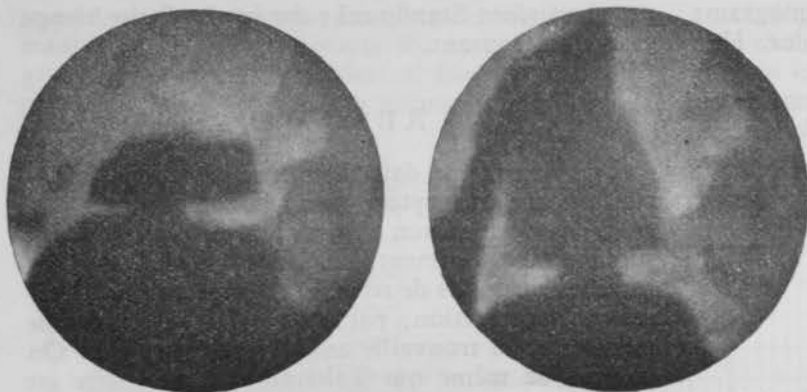


Fig. 1.

nosotros, tuvo una nueva repetición del cuadro gastrorrágico acompañado de iguales circunstancias alarmantes que las últimas veces, y que exigió, como las veces anteriores, de nuevas transfusiones de sangre, etc. En los intermedios de estos episodios hemorrágicos, apenas, si en días aislados, había sentido sensaciones dispépticas, consistentes en mal sabor y sequedad de boca, hipooresia, digestiones difíciles y prolongadas, con pesadez e inflamación epigástrica. Pasaban y se quedaba completamente bien. Alguna vez, muy rara, sintió algunos agrios. De vientre va bien y sólo ha tenido estreñimiento en los días inmediatos a las melenas. Son negativos en absoluto todos los demás síntomas de otros órganos y aparatos.

La exploración clínica nos permite objetivar lo siguiente: Se trata de un sujeto bien constituido, con regular estado de nutrición, palidez discreta de piel y más acentuada de mucosas. La dentadura es normal. La lengua está húmeda, pero saburral. La faringe bien. No hay adenopatías aparentes. Los pulmones son normales en todos los aspectos. Corazón: los tonos son normales. Tensión máxima, 9'5 y mínima, 5'5. Ochenta y dos pulsaciones rítmicas.

Abdomen: externamente no se percibe anormalidad alguna, y no se palpa, a su vez, nada anormal. No existen puntos, ni zonas dolorosas. El hígado y el bazo no están aumentados. Las pupilas y el resto de la exploración de pares craneales son normales. Negativa en absoluto el resto de la exploración neurológica. La exploración radiológica de los aparatos respiratorio y circulatorio (tórax) revela una normalidad absoluta de los mismos.

En aparato digestivo, el estómago se muestra muy elongado, casi sobre el pubis (el enfermo es muy alto y bastante delgado, correspondiendo constitucionalmente al llamado hipotónico o asténico). La configuración de esta viscera es normal; tiene una hipotonía de grado discreto, sin ectasia. El aspecto de la mucosa es totalmente normal, e igualmente las curvaduras, fijándonos muy especialmente en la curvatura menor. La movilidad activa y pasiva es normal, y la evacuación, que se produce espontáneamente, es de un ritmo un poco lento. El bulbo duodenal, así como el píloro, son de aspecto normal; el primero, dirigido hacia arriba en forma de bayoneta tiene sus contornos, movilidad, etc., totalmente normales, y no existe dolor a su nivel, mostrándose a su vez, los demás segmentos también normales.

Los análisis complementarios que se le hicieron mostraron: tiempos de hemorragia, coagulación, retracción del coágulo, protrombina (QUICK), y numeración de plaquetas, totalmente normales. (El signo de Rumpell-Leede había sido negativo.) Hematíes, 3,740.000; hemoglobina, 54 por 100; valor globular, 0,85; índice de sedimentación, 6,76. La serie roja reveló la existencia de anisocromemia de mediana intensidad, con anisocitosis más discreta y algún policromatófilo. La serie blanca constaba de 4.900 leucocitos, 50 segmentados y un bastón, en total, 41; 2 eosinófilos 5 monocitos y 42 linfocitos. Igualmente reiterados exámenes hematológicos hechos



Fig. 2

El segundo caso, que vamos a describir, se refiere a una religiosa, de 31 años de edad, de Calzada de Calatrava (Ciudad Real) con residencia en Madrid.

Es observada por nosotros en el año de 1940 y su historia resumida, es como sigue:

En el año 1932, encontrándose en plena salud, y sin molestia digestiva previa tuvo una hematemesis típica, copiosa,



acompañada de melena, que se siguió de lipotimias y signos destacados de hipovolemia y de anemia aguda, que omitimos describir por ser parecidísimos a los del enfermo precedente. Se repuso bien de este primer episodio, y sin ninguna otra clase de molestias, con buena salud, siguió hasta que, hace unos diez días, se repitió un cuadro idéntico en su forma, pero más intenso y alarmante si cabe, que el sufrido ocho años antes; no se precedió de molestia digestiva alguna, y obligó a transfusiones de sangre, inyección de gran cantidad de suero, tónicos periféricos, etc. En estos ocho años de intervalo entre ambas grandes hemorragias sólo había sentido alguna rara vez ardores y agrios de muy escaso relieve, y jamás aquejó dolores; en dos ocasiones tuvo dos melenas, que se acompañaron de mareos, sin el cuadro aparatoso de las dos veces anteriores. La exploración clínica detenida por órganos y aparatos, no revela dato patológico alguno y el abdomen, en el que muy especialmente fijamos nuestra atención, no permite objetivar nada anormal. Este caso, al igual que el anterior, no tenía signo alguno, ni subjetivo ni objetivo, aparte de estas hemorragias, sospecho de trastornos hemocrásicos. El signo de Rumpell-Leede, era negativo. Los antecedentes familiares y personales de la enferma carecían de todo interés. Sus reglas eran normales en ritmo, cantidad, etc.

La exploración radiológica del tórax no mostró anormalidad alguna. La de aparato digestivo mostró un esófago de aspecto totalmente normal, sin formaciones diverticulares, ni úlcus, ni varices aparentes. El estómago, muy elongado, situado sobre fosa ilíaca izquierda, tenía una hipotonía de segundo grado sin ectasia concomitante. Las curvaduras eran totalmente normales, y la mucosa tenía un aspecto completamente normal. La motilidad activa y pasiva del estómago era también normal y no existía dolor en ninguno de sus segmentos. La plenificación del mismo era perfecta y la evacuación espontánea discretamente retardada, por miastenia, ya que la evacuación pasiva se hacía perfectamente normal con aspecto del píloro, del bulbo y de los demás segmentos duodenales totalmente normal. Las exploraciones analíticas complementarias mostraron: Sangre: 3.180.000 hemáties, 60 por ciento de hemoglobina, 0,94 de valor globular. Marcada anisocitosis y algún policromatófilo, 8.300 leucocitos, 79 segmentados, 1 bastonado, 0 eosinófilos, 1 monocito y 19 linfocitos. Índice de sedimentación igual, 46. Tiempo de hemorragia, dos minutos y 15 segundos; tiempo de coagulación (HOWELL) tres minutos y 45 segundos; tiempo de protrombina = 100 por 100; retracción del coágulo, normal. Plaquetas, 220.000 (BIZZORERO).

Jugo gástrico: Normosecreción en ayunas con hipoquilia reactiva a la inyección de histamina, anaclorhidria basal con respuesta muy leve, pero positiva a la inyección de histamina. La reacción de sangre de las distintas fracciones de jugo da indistintamente (+) o (++); de moco (+++) en ayunas, en tres fracciones (—), en las restantes (+). Ausencia de bilis y reacción de ácido láctico negativa en todas las fracciones.

A través del rigor de ambas exploraciones clínicas puede seguirse el espíritu de pesquisa con el intento de captar datos que explicasen la génesis de estas colosales gastrorragias. Se excluyeron sistemáticamente las siguientes afecciones: úlcus gástrico o píloro-duodenal, por falta de toda clase de datos de historia, de exploración clínica y radiológicos, incluido en tal pensamiento, por sospecha diagnóstica la posibilidad de una úlcera aguda. Igualmente se descartaron todos los procesos de tipo hemodisocrásico que pudieran producir estas hemorragias, e igualmente una cirrosis latente y toda clase de trastornos o lesiones vasculares propiamente dichas (arterioesclerosis) impropia de estas edades y sin otro signo ni dato clínico de ningún orden; embolia o infarto de las arterias mesentéricas; trombosis portal o de alguna de sus ramas (esplénica); igualmente se excluyó la existencia de procesos neoformativos, por supuesto los que dada la juventud, historia y buen estado general de los enfermos hacía presumir (neoformaciones benignas de tipo poliposo, mio-

matoso, etc.) que también eran negativos. Inflamaciones crónicas del tipo de la lúes y la tuberculosis, tampoco cabían ni daban base de posibilidad alguna de existencia en estos casos. La historia gástrica y digestiva, en general, de ambos casos, era anodina y a lo más, expresiva de pequeños trastornos dispépticos pasajeros y muy breves de significación hipoquímica, lo que no descarta en modo alguno la posibilidad de pensar en una gastritis, ya que las hay anodinas y silentes, con escasa y aun sin ninguna sintomatología y que sólo pone en evidencia la exploración gastroscópica o el examen muy minucioso de la mucosa gástrica por el examen radiológico (SCHINDLER). Pero esta circunstancia suele presentarse en aquellos sujetos, en su mayor parte alcohólicos, en los que el factor etiológico tóxico es bien aparente y que nos pone sobre la pista de la enfermedad aun cuando ésta se dé con muy poca o sin ninguna sintomatología. Pero ni ésta ni ninguna otra circunstancia tóxica exógena, ni endógena se daba en ninguno de nuestros dos pacientes; igualmente tampoco habían padecido infecciones locales ni generales de ningún orden que nos hicieran sospechar la existencia de un agente etiológico e infeccioso que pudiera haber puesto en marcha un proceso gástrico inflamatorio. Las propias exploraciones radiológicas, hechas con rigor y minuciosidad extrema quitaban todo valor objetivo, probatorio de la existencia de una lesión orgánica aparentemente responsable del cuadro hemorrágico grave que ambos enfermos sufrían. Ante esta circunstancia y sin un criterio diagnóstico fijo, ambos enfermos fueron laparatomizados; el primero por el doctor GONZÁLEZ BUENO y la segunda por el doctor GONZÁLEZ DUARTE. El primer caso, apenas se exteriorizó la víscera gástrica se mostró en su cara anterior y curvaduras normal, así como en toda la región piloroduodenal, no apreciándose otro tipo de anormalidades que la que vamos a describir. A partir de la curvadura menor, desde la incisura angularis, y afectando igualmente toda la parte de esta curvadura que corresponde al antro gástrico, se apreciaba la cara posterior de esta región gástrica hiperémica, aunque sin exageración, y más vascularizada que el resto del estómago: la serosa un poco engrosada, estaba muy adherida al estómago, por adherencias de distinto espesor y solidez, muy vascularizadas y que sangraban copiosamente apenas se hacía sobre ellas la más leve tracción digital. Ante esta situación, y dado el trance de muerte en que el sujeto se vio en repetidas ocasiones por las hemorragias, decidimos la práctica de una resección gástrica que librara al paciente de toda aquella zona inflamatoria perigastrítica, difícil o imposible de resolver con tratamientos lentos y cuya trascendencia, en cuanto a su papel en la producción de las hemorragias podíamos sospechar, pero no interpretar con toda exactitud. La resección gástrica ampliamente hecha con la técnica de Polya, puso en nuestras manos la pieza gástrica cuyas características anatómicas e histológicas (doctor ORTIZ PICÓN) son las que siguen: superficie de la mucosa muy lisa en toda la zona prepilórica, con algunas zonas aisladas y no muy numerosas de punteado hiperémico, con escasa cantidad de moco y sin otro

tipo de anormalidad aparente. El examen histológico reveló: signos acentuados de hipersecreción de las glándulas calciformes, hiperplasiadas. Vasos de la mucosa hiperémicos e infiltración inflamatoria muy poco acentuada (gastritis de escasa intensidad, con perigastritis intensa). La evolución postoperatoria del enfermo fué normal, y a los cuatro meses de dado de alta su estado general, función digestiva, cuadro hemático, etc., son perfectos.

La segunda enferma fué laparotomizada por el doctor GONZÁLEZ DUARTE, quien, en la exploración que hizo del estómago, duodeno, etc., no encontró dato objetivo alguno que revelase anormalidad aparente. Tan sólo un apéndice un poco adherido, sin otra anomalía, que extirpó y cuyo aspecto, una vez aislado, no tenía un carácter claramente patológico. La evolución de esta enferma, en los años transcurridos hasta hoy (tres años), se ha hecho sin anormalidad alguna.

#### COMENTARIOS

Si bien es cierto que el primer caso está diagnosticado, fundamentalmente, por la exclusión de todos los procesos que pudieran haber sido responsables del cuadro hemorrágico y especialmente por el estudio de la pieza anatómica, sobre todo por el microscópico, que nos ha sido permitido hacer autorizándonos a afirmar que se trataba de una "pan-gastritis crónica" de brotes recidivantes; en el segundo caso, tan homologable al primero, nos inclinamos taxativamente al mismo diagnóstico, más que nada influidos por su homología con el anterior, ya que no existe, como en el primero, la prueba objetiva que demuestre taxativamente, tal hipótesis diagnóstica. El saber que, aunque raros, existen en la literatura casos de gastritis mínimas en un sentido clínico, e incluso anatómico, con cuadros de gastrorragias máximas, nos hizo sospechar la posibilidad de este diagnóstico, pero por lo mismo de su rareza y de su patogenia íntima, presumida, pero no esclarecida de una manera firme en la actualidad, no hubiéramos podido embarcarnos en una decisión diagnóstica definitiva sin pruebas suficientes para ello.

Es sabido que las gastritis juegan un papel importante en la producción de hemorragias, ya que la mucosa gástrica es más vulnerable en determinados períodos de su inflamación crónica, que normalmente. Los sondajes gástricos, que se hacen a los enfermos gástricos aun en fases compensadas relativamente, permiten la extracción de algunos grumos sanguinolentos al menor insulto mecánico que se provoque con las sondas. Las hemorragias ocultas o leves de estas gastritis son mucho más intermitentes y discontinuas que las que se observan en las neoplasias gástricas, dato muy importante a tener en cuenta para el diagnóstico diferencial con los estados precoces de cáncer gástrico. Las grandes hemorragias en las gastritis son raras, si bien se han descrito algunos casos de "grandes hemorragias gástricas parenquimatosas" e incluso mortales (SCHINDLER) quien por esto mismo las designó con el nombre de "gastritis hemorrágicas", contrastándolas por la gastroscopia, realizada en el

momento mismo de la sangría y viendo que la pared del estómago rezumaba sangre como una esponja exprimida, sin la aparición manifiesta de erosiones aparentes. LÜHR y KATSCH afirman que siempre que existan grandes hemorragias, sin que después se logre objetivar un úlcus en el doble examen (gastroscópico y roentgenológico), deberán ser atribuidos a una "gastritis hemorrágica". Al aportar un caso de este tipo, KONJETZNY, insiste en que se piense en esta afección no por rara demasiado infrecuente, y a la que califica de "hemorragia capilar multicéntrica" producida por una gastritis crónica.

El esclarecimiento diagnóstico de las demás formas de gastritis, bien definidas en la clínica por su sintomatología y por sus datos o constataciones etiológicas, no ofrece, la mayor parte de las veces, grandes dificultades, y máxime cuando se establece con ayuda de los demás recursos auxiliares de exploración (gastroscopia y roentgenodiagnóstico), así como por los datos de laboratorio, pues excluidos el cáncer y el úlcus, cuyo diagnóstico diferencial, especialmente con el primero, en determinados períodos (los más precoces) reviste en ciertas circunstancias, excepcionales dificultades, en los demás casos el juicio diagnóstico es relativamente asequible sin dificultad. Ello ocurre con las llamadas gastritis agudas, unidas a transgresiones dietéticas y a una sintomatología gástrica muy aparente (vómitos, anorexia, dispepsia hiper o hipoquímica, etc.), con el síndrome gástrico intrainfeccioso (tifoides, paratífus, etc.), cuando se asocia a un cuadro enterítico (gastroenteritis aguda), las dependientes de toxas tóxicas exógenas, cuya filiación es fácil (intoxicaciones profesionales, alcohol y tabaco, cáusticos, etc.), las producidas con ocasión de focos, más o menos próximos, existentes en el organismo (colecistopatía inflamatoria, apendicitis, etc.), las que existen como parte de entidades nosológicas más complejas: anemia de Biermer, carencia del complejo B<sup>2</sup> (pelagra); sprue tropical o idiopático, de carácter esporádico, etc., la llamada "gastritis crónica banal", cuyo cuadro clínico es el que corresponde a nuestros casos, es justamente la que presenta extraordinarias dificultades para su diagnóstico. Si bien la exploración roentgenológica es, muchas veces, positiva, revelando estados patológicos de la mucosa, otras veces, como ha ocurrido en estos dos casos, no lo es. Igualmente le ocurre a la gastroscopia: no se hizo en estos dos pacientes, pero de haberse hecho hubiese sido perfectamente inútil, ya que a la propia exteriorización de la pieza anatómica, la mucosa, no revelaba alteraciones suficientes para el diagnóstico, siendo preciso el estudio histopatológico minucioso para aclararlo. Estos casos son los que, ante los datos suministrados por las exploraciones endoscópicas y radiológicas, incluso cuando se han acompañado de trastornos dispepticos, que han repercutido sobre el funcionalismo gástrico, mas se han prestado a la enconada discusión entre los partidarios de la existencia de un "substratum anatómico" (gastritis) que los justificase y los que sostenían la tesis contraria, de juzgarlos como meramente funcionales. Los estudios de HENNING, KONJETZNY, SCHINDLER y BERG son los que más in-



han dado sobre el esclarecimiento de estos problemas. El propio examen externo de la mucosa, aun "de visu" es insuficiente, en nuestra opinión, para juzgar a veces del "substratum anatómico" que condiciona la gastritis. En el primer caso de nuestra observación personal, ateniéndonos a la nomenclatura y al concepto clásico, para enjuiciar las gastritis, el trastorno anatómico correspondería, por la inspección macroscópica, a la fase "atrófica" de la gastritis, en tanto que el examen histológico es totalmente contradictorio, ya que existe una hiperplasia glandular, si bien quizás pueda interpretarse como de carácter regenerativo, acompañada de signos de hipersecreción de algunos grupos glandulares. Reconocemos que, en el momento en que la pieza ha sido recogida, el proceso estaba carente de sintomatología clínica activa (las hemorragias ocultas eran negativas), y que quizás a esto se debería el aspecto de "lesiones mínimas" que encontramos, quedando como único signo objetivo, bien aparente, la perigastritis señalada. La hemorragia masiva e intensísima que, en repetidas circunstancias, se produjo ha tenido, de seguro, por base anatómica, la conocida "forma vascular de la gastritis" en la que se produce una multiplicidad de pequeñas erosiones hemorrágicas (HUECK) que se caracterizan a su vez por su rápida regresión, después de la fase aguda, con rápida restauración de la mucosa, lo que impide, de no ser observadas en este crítico momento, como de seguro ocurrió en nuestros casos, la objetivación del hecho anatómico que las produce. Es muy probable que estas formas tan tórpidas y tan crónicas de evolución de la gastritis, tan inaparentes en clínica, a no ser por sus hemorragias, estén condicionadas, al faltar otros datos etiológicos más aparentes, por una especial disposición reaccional del sujeto que la padece (hipoergia), que es la que condiciona esta rara y grave evolución.

## PROYECTIL INTRAPULMONAR IGNORADO CON ABSCESO DE PULMÓN TARDÍO DE TERMINACIÓN MORTAL

L. CALVO FERNÁNDEZ

Médico asistente del Dispensario de Vallecas.

Director: F. ABELLÓ PASCUAL

Dadas las características del caso objeto de este trabajo y la pureza de sus manifestaciones patológicas consecutivas, creemos que es de los más demostrativos acerca de la evolución posterior de los proyectiles intrapulmonares, grupo de secuelas de guerra que como justamente expresan PRUNEDA y SUÁREZ CARREÑO, "no es de las mejor estudiadas y en la cual por ello el criterio terapéutico no es todo lo unánime que fuera de desear".

La historia y evolución de nuestro enfermo es la siguiente:

D. S., de 38 años, casado, de profesión albañil. Habiendo estado previamente bien, el 19 de mayo de 1940, es decir, un mes antes de venir a consultarnos, en un acceso de tos expectoró una gran cantidad de sangre con grandes coágulos de color oscuro. Este mismo episodio se repitió tres o cuatro veces más en cortos intervalos y según cuenta el enfermo, acompañado de las mismas características. Al principio continuó haciendo su vida y trabajo habitual, pero más tarde, asustado por la persistencia e intensidad de los episodios hemoptoicos se vió obligado a guardar cama. Pocos días después y coincidiendo con la cesación de las hemoptisis aquejó dolor de costado tan intenso que según él "le cortaba la respiración", y comenzó a expectorar con la tos y de forma muy abundante, unos esputos grandes de color de yema de huevo de olor muy fétido y de un sabor especial muy desagradable que con intermitencias se prolongaron durante diez días, constituyendo una verdadera broncorrea. Permaneció durante todo este tiempo en cama con temperatura elevada, escalofríos y sudores intensos que transcurridos quince días cedieron en parte, quedándole unas décimas que todavía persisten. Actualmente tiene tos con expectoración blanquecina, sudores nocturnos y gran disnea de esfuerzo. Declara haber perdido 10 kilogramos de peso en los dos últimos meses.

**Antecedentes personales.**— No sabe precisar enfermedades de la infancia. Empezó a trabajar a los 19 años, en Madrid, en su profesión de albañil habiendo permanecido siempre sano hasta 1935 en que tras una época de molestias de estómago fué diagnosticado de úlcera gástrica, e intervenido por el doctor REMENTERÍA, desapareciendo todas sus molestias. Durante la guerra resultó herido, el 28 de agosto de 1937, por bala en la región zigomática, presentando una parálisis facial y resección del arco zigomático.

**Antecedentes familiares.**— Sin interés.

**Exploración.**— Tipo constitucional leptosomático, intensamente desnutrido, ya que pesa 44 kilogramos, para una talla de 1,54, boca séptica, faringe roja con amígdalas atróficas. Tórax asténico sin deformaciones ni puntos dolorosos espontáneos. Dolor provocado a la presión en región supra e infraclavicular izquierda. Circulatorio y digestivo, normales.

Mantoux (+), esputos negativos al Koch, intensa flora bronquial y abundantes elementos de descamación. Velocidad de sedimentación, 31,25 de índice. La fórmula y recuento acusaron lo siguiente: hematíes, 4.150.000; leucocitos, 9.600; segmentados, 74; eosinófilos, 3; basófilos, 0; linfocitos, 22, y monocitos, 1.

Radioscópicamente se aprecia una imagen biliar fuertemente empastada y arborescente, con gran cantidad de nódulos en su interior. En base izquierda, extendiéndose desde ángulo cardiopulmonar hasta seno costodiafragmático, sombreado difuso con tractus difuminados más densos.

Se instituye un tratamiento con sales de calcio y balsámicos y se le cita para dentro de tres meses.

**Visitas sucesivas.**— Vuelve el 23 de octubre de 1940. Persiste el adelgazamiento y el mal estado general. La tos y la expectoración han disminuído ostensiblemente, pero persiste la febrícula. Los esputos continúan negativos al Koch y radioscópicamente no se observa variación alguna. Con un nuevo tratamiento a base de balsámicos queda citado para dos meses después. Vuelve a observación antes de la fecha fijada, con peor estado general y con más acusada pérdida de peso. Han aumentado la tos y la expectoración, que a veces muestra estrías de sangre. Continúa la febrícula persistente, interrumpida por elevaciones febriles episódicas precedidas de escalofríos. Anorexia intensa e invencible agudizada por el mal sabor de los esputos.

Radioscópicamente se aprecia la misma imagen que en las anteriores. Destacándose en el borde cardíaco izquierdo, semiapoyada en diafragma, una imagen densa, metálica, bien limitada, con forma y aspecto neto de proyectil no deformado.

Interrogado nuevamente sobre la posibilidad de tener alojada una bala en el pulmón, el enfermo manifiesta su extrañeza y declara que en el frente fué herido, estando echado en el suelo, por ráfaga de ametralladora, en la región zigomática. Fué trasladado en plena conmoción al hospital de vanguardia e intervenido, pero niega en absoluto haber recibido alguna otra herida por arma de fuego en ningún momento de su vida. Ni en tórax ni en alguna otra región se aprecia cicatriz que pueda ser identificada como posible orificio de entrada del proyectil. Se ordena radiografía el 21 de noviembre de 1940 (fig. 1).

Se aprecia claramente a nivel de seno cardiopulmonar una imagen de bala cuya mitad posterior destaca sobre sombra de co-