

HEMORRAGIAS GÁSTRICAS MORTALES

José - R. OTERO y Pedro FERREIRA - BERRUTI

A. M., 39 años. Ingresa por hematemesis abundante que ha tenido la primera el 18 de diciembre de 1937 y la segunda unos 20 días después. Hacía un año había tenido tres vómitos de sangre.

En el curso del año 37, sufrió dolores del lado izquierdo del esternón, irradiados a la espalda izquierda: no los refiere al estómago. Desde hace unos diez años sufría ardores de estómago que el médico le dijo que eran ocasionados por una úlcera.

Al día siguiente de su ingreso tiene una gran hematemesis. Su fórmula sanguínea el 12 de febrero es la siguiente: Glóbulos rojos 2.110.000; hemoglobina 35 %; valor globular 0.82.

En los días siguientes su fórmula sanguínea mejora algo y el 26 de febrero su fórmula es: glóbulos rojos 2.500.000; hemoglobina 38 %; valor globular 0.76. Pero luego su fórmula empeora como si sangrara permanentemente y a pesar de transfusiones de 100 a 150 c.c. cada dos días; además su estado general decae.

El 26 de febrero su fórmula es: glóbulos rojos 2.010.000; hemoglobina 33 %; valor globular 0.82.

Empieza a tener dolores y ardores gástricos. Hielo. Sippy, etc.

La noche del 7 de marzo gran melena y los glóbulos bajan a 940.000 y 12 % de hemoglobina.

Después de la primera hematemesis hemos estado esperando mejorar su fórmula sanguínea para intervenir, pero ésta no mejora y de pronto nos sorprende una nueva hemorragia abundante. Transfusiones diarias, vacuna antiptiógena. La noche del 12 deposición diarreica, negruzca.

Tonificación, transfusiones.

Intervención. — Dr. Otero. Anestesia local y de los mesos. Se encuentra una gran úlcera callosa muy alta, casi en el cardias, con perigastritis. Se decide ligar la coronaria. Cierre.

Fallece a los 3 días.

Necropsia. — Esta necropsia nos reveló los siguientes hechos: En la pequeña curvatura del estómago, cerca del cardias tocamos una zona indurada, presentando el estómago en esta región un aspecto edematoso.

Observamos las ligaduras hechas con el fin de tomar la coronaria estomáquica. Disecamos esta arteria, pudiendo comprobar que no había sido ligada.

Abierto el estómago, lo vemos ocupado por coágulos y sangre líquida.

En la región de la pequeña curva se ve una úlcera ovalada, cuyo mayor diámetro mide 4 cmts. y cuyo diámetro menor mide 3 cmts. El fondo de esta úlcera es duro, granuloso, con algunos pequeños nódulos del tamaño de una lenteja. Se ve un puntito negro que parece una arteria perforada y en efecto, inyectando agua por el tronco de la coronaria vemos fluir el líquido por este punto.

El duodeno está lleno de sangre.

Resumen: 1º Úlcera redonda del estómago, colocada muy alto, cerca del cardias. Gran hemorragia gástrica.

2º Perforación de la arteria coronaria estomáquica.

3º Las ligaduras hechas por el cirujano no han ligado la coronaria.

N. P., 62 años. Visto en el Servicio del Dr. Nogueira el 21 de mayo de 1938. Hora 12. Hace 8 horas, hematemesis brutal, de un servicio: sangre roja y coágulos; media hora más tarde otra. Tres horas más tarde debacle de sangre rojo oscuro y coágulos.

Antecedentes de dispepsia y mareos desde varios años. Sujeto de 62 años, se asiste en la Sala por hipertrofia de próstata.

Examen. Palidez extrema. Pulso impalpable en las radiales: en la femoral se aprecia a 130. P. A. máxima 6. Sed. Agitación. Lengua seca.

Vientre depresible.

Situación de extrema gravedad. Si este enfermo hace otra hemorragia se muere. Las dos hematemesis sub-intrantes y la melena inmediata revelan la brutalidad de la hemorragia, función de apertura de un grueso vaso.

Operación. — Dres. Larghero, Ciancciulli, Anavitarte. Mediana Supra. Tejidos blancos exangües. Hígado con cápsula blanda. Visceras sin sangre. Gruesa úlcera callosa cara anterior bulbo duodenal. Coloco 3 puntos perpendiculares al eje, perforantes de borde superior a inferior del duodeno. Un punto sobre el borde superior del duodeno (pilórica) y otro sobre el borde inferior (gastro-duodenal). Se sutura la cara anterior del antro al ángulo de 1º y 2da. porción duodenal (como para una úlcera perforada). Cierre en dos planos.

Transfusión de sangre de 300 grms. pre-operatoria y 300 grms. post-operatoria.

Fallece a las 20 horas sin nueva exteriorización de hemorragia.

Necropsia. — En esta necropsia hemos comprobado los hechos que a continuación se detallan:

El estómago se presenta dilatado por gases y sangre. La mucosa es lisa, con pocos pliegues. El duodeno en su primera porción inmediatamente por debajo del anillo pilórico, muestra una ulceración de bordes tallados a pico, de fondo granuloso, presentando aspecto irregular. Inspeccionando este fondo, reconocemos fácilmente el páncreas. La úlcera tiene

un contorno circular, aunque algo irregular y mide 3 cms. de diámetro. Está cubierta de sangre, que es arrastrada fácilmente con el chorro de agua. La arteria gastro - duodenal atraviesa a la manera de un diámetro, el fondo de la úlcera y presenta un orificio muy visible, fusiforme, paralelo al eje de la arteria.

El yeyuno ileon y el colon derecho están llenos de sangre y gases. El apéndice contiene sangre en su interior.

Examinando las ligaduras colocadas por el cirujano en el acto operatorio comprobamos que sólo toman pequeños vasos venosos y arteriales, y tejido conjuntivo grasoso.

Luego de haber realizado la inspección que acabamos de detallar *inyectamos agua por la arteria hepática y vemos correr el liquido por la ulceración que presenta la arteria gastro-duodenal en el fondo del ulcus.*

En resumen: 1º Hemos observado una úlcera redonda del duodeno. En el fondo de esta úlcera se ve la arteria gastro-duodenal perforada.

2º Inundación hemorrágica del tractus gastro-intestinal.

3º Las ligaduras puestas por el cirujano han tomado pequeñas venas y arteriolas incluídas en un tejido célula grasoso.

Hasta hace algunos años la conducta terapéutica frente a las hemorragias gástricas de origen ulceroso era casi sistemáticamente abstencionista considerándose que en la gran mayoría de los casos el enfermo salía bien librado del accidente y que por otra parte la terapéutica quirúrgica daba resultados poco alentadores. Es sobre todo a raíz del impulso dado por Finsterer que el tema se ha puesto nuevamente sobre el tapete siendo objeto de numerosos trabajos y habiendo merecido ser estudiado en el Congreso Francés de Cirugía de 1933.

Las conclusiones a que se ha llegado no son sin embargo muy concretas y aun hoy la tendencia de la mayoría de los autores es a la abstención, salvo indicaciones netas. En nuestro medio, en la mayoría de los Servicios que conocemos, la conducta es también casi siempre abstencionista.

Esta conducta, perfectamente justificada en la mayoría de los casos, no puede ser sistemática puesto que hay circunstancias anatómicas que no admiten la posibilidad de una hemostasis espontánea. Si fuera posible hacer el diagnóstico de los casos en que la hemorragia se debe a la ulceración de un grueso vaso, nadie vacilaría desde luego en intervenir, pero este diagnóstico no es

casi posible y sólo la evolución demostrará que la hemorragia no se detiene.

Esquematisando diríamos que mientras la terapéutica antigua era el tratamiento médico, la tendencia actual es hacer tratamiento médico pero en expectativa armada. Sin embargo, predomina todavía en nosotros la tendencia acentuada al tratamiento médico exclusivo y cuando nos resolvemos al tratamiento quirúrgico a menudo es ya demasiado tarde.

En nuestro primer caso es evidente que demoramos en demasía la intervención puesto que la evolución del enfermo fué siempre hacia el declive, su estado general empeorando, su fórmula sanguínea no respondía a las transfusiones. Debimos resolvernos muchos días o semanas antes.

Debe hacerse el estudio diario de la fórmula roja, del pulso y de la presión arterial e intervenir decididamente en cuanto tengamos dudas respecto a la posibilidad de mejoría. Aquí también como en toda la cirugía de urgencia la ley debe ser: frente a la duda, operar. Cuando se empieza a desconfiar del pronóstico de una hematemesis en la gran mayoría de los casos los hechos confirman la indicación operatoria.

Tonicaremos al enfermo y le haremos una gran transfusión de sangre de 400 a 500 c.c. como pre - operatorio inmediato y lo operaremos una o dos horas después. No transfusiones pequeñas, hemostáticas: sino gran transfusión de reemplazamiento.

Pero lo que queremos plantear especialmente apoyados en los hechos que aportamos es la conducta operatoria una vez el vientre abierto.

No se discute que si el estado general del enfermo y la naturaleza de las lesiones lo permiten, la indicación neta es la gastrectomía. Operación bien reglada, de hemostasis segura, relativamente poco chocante y que se puede hacer con una pérdida mínima de sangre.

Pero en muchos casos, que creemos son la mayoría de aquellos en los que la indicación es legítima, la gastrectomía no es posible porque el enfermo está muy a menudo exangüe y sobre todo porque la naturaleza de las lesiones obligaría a una gastrectomía muy difícil que no podría ser soportada.

En el caso N° 1, la úlcera callosa era muy alta, yuxta - cardíaca, imposible de extirpar aún en un enfermo de resistencia

normal: en el caso N° 2, la úlcera constituía una gran masa callosa adherente y perforada en el páncreas también imposible de extirpar.

En estos casos en que la gastrectomía no es posible se puede recurrir a procedimientos directos o indirectos.

No somos partidarios de los procedimientos indirectos (G.E., enterostomía, etc.) que no pueden pretender hacer la hemostasis en estos casos; tanto valdría no hacer nada.

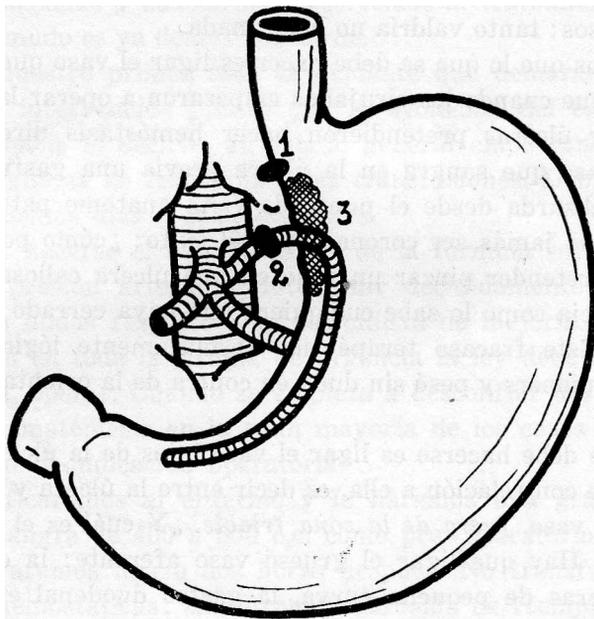
Creemos que lo que se debe hacer es ligar el vaso que sangra. Es sabido que cuando los cirujanos empezaron a operar las hemorragias por úlceras pretendieron hacer hemostasis directa pinzando el vaso que sangra en la úlcera previa una gastrostomía. Conducta absurda desde el punto de vista anatómico patológico y que no puede jamás ser coronada por el éxito: ¿cómo podríamos, en efecto pretender pinzar un vaso en una úlcera callosa, friable por excelencia como lo sabe cualquiera que haya cerrado una perforación? Este fracaso terapéutico absolutamente lógico decepcionó a los pioneros y pesó sin duda en contra de la orientación quirúrgica.

Lo que debe hacerse es ligar el vaso lejos de la úlcera y proximalmente con relación a ella, es decir entre la úlcera y el origen aórtico del vaso, *fuera de la zona friable*. ¿Y cuál es el vaso que ligaremos? Hay que ligar el grueso vaso aferente: la coronaria en las úlceras de pequeña curva, la gastro duodenal en las del duodeno. Es un hecho bien probado por las necropsias que los vasos que dan lugar a estas hemorragias mortales no son nunca pequeños vasos como la pilórica o ramas secundarias en que la hemostasis por coágulo se hace bien, sino que son debidas a ulceraciones de vasos de grueso calibre. Nuestras dos piezas objetivan bien esta afirmación y demuestran que si se hubieran ligado la hemorragia hubiera sido dominada.

A qué se debe pues nuestro fracaso terapéutico: se debe lisa y llanamente a que no hemos ligado el vaso que sangraba. Estamos tentados de creer que así sucede en la gran mayoría de los fracasos. Es evidente que si nosotros no hubiéramos hecho la autopsia habríamos rotulado nuestros casos en la siguiente forma: ligadura de la coronaria o ligadura de la pilórica: fracaso. Y sin embargo la verdad es otra: hay que decir: intento de ligadura del vaso que sangra, muerte y la autopsia revela que

el vaso no ha sido ligado. No es un fracaso del método sino un fracaso de la técnica.

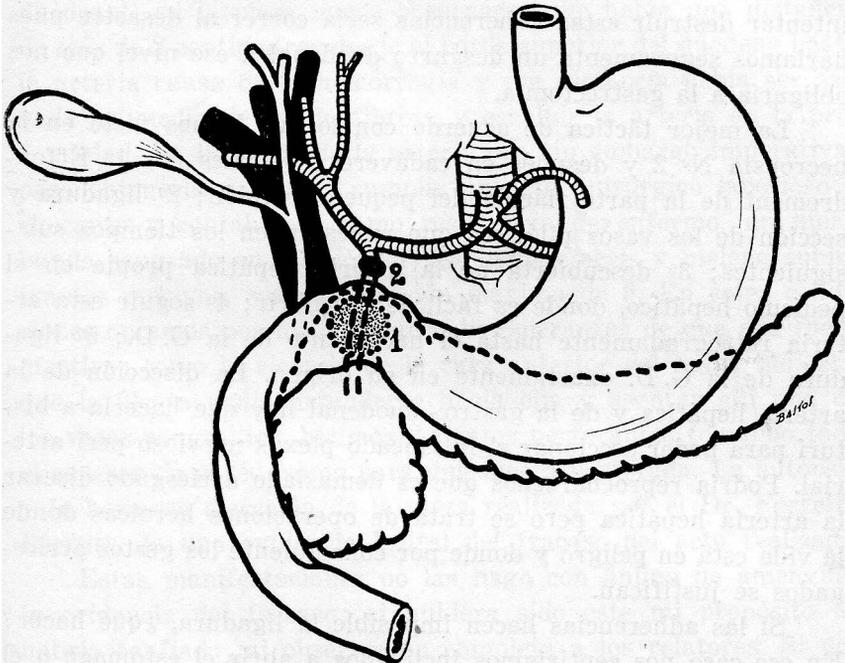
Y sin embargo una ligadura de la coronaria o de la gastro duodenal no es difícil en un estómago normal. Pero en un estómago o duodeno con úlcera callosa la anatomía está alterada y la descubierta se hace difícil, sino imposible. No hay pues que



La ligadura de la coronaria debe hacerse en la hoz y no en su porción yuxta-gástrica cuando la úlcera es alta. — 1) Ligadura mal colocada; 2) ligadura buena; 3) úlcera callosa (esquemático).

ir con la idea de una operación sencilla y mínima sino con la idea de encontrar dificultades operatorias serias y a no cejar sino cuando estamos *absolutamente* convencidos que hemos ligado el vaso que nos hemos propuesto. Tixier y Clavel en su libro dicen textualmente: “Entre los métodos directos atípicos la ligadura es el procedimiento más interesante cuando la exéresis no es practicable, pero es necesario como lo ha demostrado Delore, que la ligadura se haga *efectivamente* sobre el vaso que sangra. Desgraciadamente la ligadura de la coronaria o de la gastro duodenal en la vecindad de una úlcera callosa es a menudo tan difícil como la exéresis misma”.

La ligadura de la coronaria hay que hacerla en nuestra opinión en la hoz de la coronaria y no en la porción yuxta gástrica de la arteria. Las úlceras de estómago que dan grandes hemorragias son muy a menudo úlceras callosas altas, es decir, úlceras situadas en un sitio en que la coronaria conserva aún un grueso calibre. A ese nivel la coronaria aborda directamente la zona de la úlcera *y no por encima de ella*; por consiguiente, si intentá-



Esquema mostrando el único lugar posible y eficaz de ligadura de la gastro - duodenal. — 1) Úlcera; 2) lig. de G. D. en su nacimiento

ramos ligarla como se hace habitualmente en la gastrectomía, la arteria quedaría por debajo y no ligaríamos sino el pedículo nervioso. La coronaria aborda la pequeña curva bastante por debajo del cardias y no un poco por debajo como dicen y lo representan los libros de anatomía.

Para ligar la hoz de la coronaria hay que hacer: “effondrement” de la parte flácida del pequeño epiplón, enganchar con el dedo la pequeña curva y levantar el estómago hacia arriba y adelante, el dedo de la otra mano recorre la pequeña curva hacia

arriba hasta sentirse detenido por el ligamento gastro - pancreático que contiene la vena y la arteria coronaria estomáquica.

La ligadura de la gastro duodenal debe hacerse en su origen cuando nace de la hepática común. Intentar ligarla en su trayecto retro - duodenal sería desconocer la anatomía patológica puesto que la úlcera duodenal que da hemorragias mortales es adherente y penetrante en páncreas de modo que la arteria está englobada en un magma de adherencias duodeno pancreáticas: intentar destruir estas adherencias sería correr al desastre pues haríamos seguramente un desgarró duodenal a ese nivel que nos obligaría a la gastrectomía.

La mejor táctica de acuerdo con lo que hemos visto en la necropsia N° 2 y después en cadáveres normales es: 1° Effondrement de la parte flácida del pequeño epiplón; 2° ligadura y sección de los vasos pilóricos que molestan en los tiempos subsiguientes; 3° descubierta de la arteria hepática propia en el pedículo hepático, donde es fácil de descubrir; 4° seguir esta arteria retrogradamente hasta el nacimiento de la G. D.; 5° ligadura de la G. D. exactamente en su origen. La disección de la arteria hepática y de la gastro - duodenal hay que hacerla a bisturí para poder seccionar el intrincado plexus nervioso peri arterial. Podría reprochársenos que es demasiado arriesgado disecar la arteria hepática pero se trata de operaciones heroicas donde la vida está en peligro y donde por consiguiente los gestos arriesgados se justifican.

Si las adherencias hacen imposible la ligadura, ¿qué hacer? En ese caso nos sentiríamos inclinados a abrir el estómago o el duodeno y a hacer la electro - coagulación de la úlcera que dió un hermoso éxito a Moure.

Terminando: nos hemos ocupado de las grandes hemorragias gastroduodenales por ulceración de un grueso vaso: hemos dejado deliberadamente de lado las hemorragias por estasis, por gastritis, por exulseratio, que cada una de ellas puede conducir a la muerte, aunque excepcionalmente.

No nos hemos ocupado tampoco de las hemorragias de causa extra - gástrica.

Dr. Larghero. En la observación 2ª del Dr. Otero, que fué operado por mí, se unían las máximas dificultades con que

puede enfrentarse el cirujano ante una hemorragia por úlcera gastro-duodenal: dificultades de orden lesional local y de orden general. Del punto de vista local, la hermosa pieza de autopsia disecada que nos ha traído el Dr. Ferreira Berruti da una idea aunque no completa, pues en el enfermo, una placa de fibrosis que tomaba la cara anterior del bulbo duodenal y se extendía más allá de su borde sobre el pedículo hepático hacía punto menos que inabordable, sin una laboriosa y grave disección, la arteria gastro duodenal; en la pieza puede observarse que había una distancia de más de 2 centímetros desde el borde superior del duodeno hasta la arteria causa de la hemorragia y esa distancia debía ser salvada en medio de tejido fibroso y esculpir la arteria en la profundidad. La ligadura de la arteria era sin embargo imperativa; para obtenerla debíamos cumplir un acto quirúrgico laborioso y chocante y contábamos como resistencia de enfermo, un moribundo sangrado en blanco por dos hematemesis y melena subintrantes masivas, con una presión máxima de 6. En estas condiciones optamos por hacer "algo" sin esperanzas de que ello fuera efectivo; como la cicatriz de la cara anterior del bulbo indicaba que la úlcera podía extenderse hacia ella y asentar allí uno de los vasos sangrantes, hicimos 3 puntos perforantes tomando todo el espesor de pared, como para una úlcera perforada. La autopsia y la hermosa disección de la pieza realizada por el Dr. Ferreira Berruti, da una evidencia brutal del fracaso del acto realizado.

Estas manifestaciones no las hago con ánimo de amenguar la evidencia del fracaso; si hubiera sido este mi propósito no habría confiado mi observación completa a los relatores. Si por todas partes se pregona que los fracasos enseñan más que los éxitos, yo no me explico como son tan pocas las observaciones de errores y fracasos aportados a los debates de esta Sociedad. Quien lee nuestros Boletines podrá pensar que vivimos de éxitos, o que los presentamos en el escaparate de nuestra Revista para sepultar los errores en las profundidades de la trastienda de nuestros archivos. Presentar los errores con toda honestidad, considerarlos y discutirlos con sana intención, contribuye a enseñar a todos y a elevar la solvencia moral de una sociedad científica.

He reservado para el final lo referente a las dificultades de orden general que se oponían a la salvación de nuestro enfermó. La intervención adecuada en este caso sólo habría sido posible de

realizar, bajo la garantía de una transfusión de sangre masiva, de 1 litro. Es necesario decirlo bien fuerte y de una vez por todas que transfusión de esta magnitud no puede ser realizada en los Servicios de Entrada de nuestros Hospitales, o sea, dicho en buenas palabras y para todas las hemorragias agudas, que estos enfermos se mueren porque no existe una organización adecuada. A todos nos ha ocurrido y más de una vez, exaltarnos de indignación ante la vista de un pobre anémico por hemorragia aguda, que se nos va de las manos porque, pese a todos los esfuerzos y corridas y a la contribución generosa de algunos, no ha podido recibir en compensación de una pérdida de masa sanguínea de 1 litro y $\frac{1}{2}$ o más, sino una ridícula transfusión de 200 ó 300 c.c., cuando no menos. Sin embargo y pasado el arrebató, no se hace nada, esperando que la próxima ocasión las cosas irán mejor.

Debemos liberarnos de esta pasividad y aunar nuestros esfuerzos para colocarnos a la altura de todos los demás países. La creación de un Servicio Central, único, responsable, competente, siempre pronto, para las transfusiones de sangre de urgencia, es de necesidad impostergable y he considerado que el pedido de la Sociedad de Cirugía podría ser más eficaz ante las autoridades de Salud Pública por lo cual mociono en el sentido de que la mesa se dirija al Ministerio de Salud Pública encareciéndole la creación de este Servicio.

En la próxima sesión, si la mesa no tiene inconvenientes, daré forma a esta moción acompañándola de una exposición de motivos sintética.

Dr. Prat. — La comunicación del Dr. Otero, es sumamente interesante porque pone en el tapete de la discusión, un problema siempre complejo y palpitante, como es la cuestión del tratamiento de las hemorragias gastro-duodenales. Mucho tiempo hace que se preconizó la cirugía activa, como el verdadero tratamiento lógico de la gran hemorragia ulcerosa; luego, vino la reacción y se estableció el dogma de la expectación y del tratamiento médico en estas hemorragias, hasta que en estos últimos tiempos, la cirugía ha realizado una reacción vigorosa contra esta expectación y son ya corrientes las escuelas quirúrgicas, que recomiendan y preconizan la operación de urgencia, en estas hemorragias ulcerosas, de las primeras porciones del tractus digestivo.

Fué precisamente Dieulafoy, quien en presencia de las grandes hemorragias que provoca el *exulceratio simple*, que lleva su nombre; hizo operar de urgencia varios casos, por su jefe de clínica Cazin, sin que curaran perfectamente. El tratamiento de la hemorragia ulcerosa gastro-duodenal, en presencia de estos éxitos, quedó establecido: la operación inmediata para hemostasiar la arteria que sangraba. La gran cantidad de fracasos que tuvo la cirugía, después de estos éxitos iniciales, hizo abandonar completamente la cirugía en estas hemorragias y se impuso como método terapéutico de elección el tratamiento médico que contaba con muchos más éxitos que la cirugía. La cirugía universal, adoptó de acuerdo con los resultados de la estadística, el tratamiento médico de la hemorragia gastro-duodenal, como terapéutica de elección en el accidente hemorrágico, para tratar ulteriormente la lesión ulcerosa una vez desaparecido el episodio agudo. La pérdida consecutiva de varios enfermos por hemorragia, tratados con el método expectante, ha hecho que los cirujanos y aun internistas, recurrieran a la cirugía; es por eso, que según los resultados obtenidos, hemos visto muchas tentativas de recurrir nuevamente a la cirugía, en estas hemorragias.

Desgraciadamente la hemorragia ulcerosa gastro-duodenal, constituye uno de los problemas clínicos y terapéuticos más difíciles y complejos de la medicina. No sólo el tratamiento suele ser extremadamente grave y difícil, sino que en muchos casos la primer cuestión de perplejidad, que se le plantea al clínico, es la duda diagnóstica. En efecto, es frecuente que ante una hemorragia intensa y grave tengamos la duda diagnóstica de si se trata de una hemorragia gastro-duodenal por *ulcus*, o si por el contrario se está frente a una hemorragia secundaria, por esplenopatía, de origen hepático cardio-vascular o naturaleza esencialmente médica. Cuando no hay antecedentes ulcerosos típicos, ese diagnóstico puede ser bastante difícil o imposible mismo y no es nada estimulante para el cirujano, embarcarse de urgencia en una operación, donde no tiene seguridad absoluta del diagnóstico y por lo tanto, si existe o no indicación operatoria.

Descartado este elemento fundamental del diagnóstico, que ya vemos lo importante que es, en el caso particular de tener diagnóstico seguro, creemos que el tratamiento quirúrgico, es cuestión de indicación, de circunstancias y de enfermo.

En materia de indicación, la más general y aceptada, es la que establece que toda hemorragia ulcerosa gastro - duodenal *que repite*, debe ser operada de urgencia, por eso creemos que el doctor Larghero, ha hecho muy bien en operar su enfermo que presentaba una indicación categórica de intervención, pues era ya la segunda o tercera hemorragia importante y sucesiva que su paciente tenía. Esta indicación categórica, de operar en seguida, en toda repetición sucesiva de hemorragia, ha permitido a los cirujanos operar en tiempo oportuno, es decir, antes que los enfermos se desangren y lleguen completamente anémicos, casi cadavéricos, a la mesa de operaciones. Algunos cirujanos, previendo este retardo del médico, para enviar al hemorrágico ulceroso al cirujano, aconsejan operarlo de inmediato, ya a la primera hemorragia, en la seguridad de que el enfermo resistirá mejor el acto operatorio.

Las condiciones del medio, tiene cierta importancia para decidir la operación de urgencia, como ser: el poder practicar una o más transfusiones de sangre, previas a la operación, estar dotado de un medio quirúrgico apropiado y estar bien auxiliado en el acto operatorio, con buenos y competentes ayudantes. En los centros quirúrgicos modernos, todo esto queda descontado, pues estos centros, cuentan con todas las instalaciones necesarias para transfusiones y personal adecuado. El enfermo, cuenta también y fundamentalmente para el tratamiento que se adoptará; será un excelente candidato para la operación, si es joven y con resistencias; en cambio, será poco propicio si se trata de una persona de edad, de un gordo o de un obeso con pocas resistencias, máxime si estuviere muy anémico.

Mi práctica y mi experiencia me han convencido, que si bien en el tratamiento del ulcus simple gastro - duodenal, se puede discutir qué tratamiento se hará, si una gastroenterostomía o una gastrectomía, creo en cambio, que en el caso de hemorragia ulcerosa, *debe practicarse por regla general, la gastrectomía*, y que sólo en caso de indicación muy categórica, se dejará de practicar ésta. Sin embargo, hay casos en los cuales la hemorragia es difusa de toda la mucosa gástrica y hay estenosis concomitante del píloro; la gastroenterostomía puede tener éxito (Tixier). El tener que practicar una gastrectomía en casos tan anémicos y faltos de resistencias, es lo que establece la gravedad mayor del

tratamiento, por eso se debe establecer, si en determinadas circunstancias, no es más práctico y sencillo, ligar sólo el vaso principal que sangra y vencer así la hemorragia. La autopsia de los casos que nos presenta el Dr. Otero, evidencian la ruptura del vaso y la necesidad de su ligadura para salvar el enfermo, pero esta misma ligadura, al parecer más simple que la gastrectomía, suele a veces ser difícil y en la práctica los cirujanos no han considerado que este sea el mejor modo de solucionar el problema terapéutico, la prueba la tenemos, que esa simple ligadura hasta ahora no ha sido preconizada como método de elección.

En mi clínica he permanecido fiel al tratamiento médico de las hemorragias ulcerosas gastro - duodenales y sólo he tenido mis rebeliones quirúrgicas en ciertas ocasiones, como en una que recuerdo que en el transcurso de una semana, vi terminarse dos enfermos por tales hemorragias, sin poder hacer nada quirúrgico por ellos. Eran enfermos que habían sido tratados en la clínica por una profusa hemorragia ulcerosa, que fueron sacados de peligro por el tratamiento médico y los dejamos ir a su casa a reponerse en una rápida convalecencia, antes de operarse. Pues bien, estos enfermos vinieron un mes más tarde, en recidiva hemorrágica, sangrados a blanco y murieron poco después de su ingreso. Estos hechos, me indujeron a operar de urgencia la hemorragia ulcerosa gastro - duodenal, al primer episodio y he aquí que el primer enfermo que nos tocó en suerte, se negó a operarse. Dos días después como la hemorragia seguía y había empeorado mucho, me autorizó a que lo operara, pero me negué a ello por su gravísimo estado. Dos días más tarde tuve que operarlo sin embargo, porque sino, no habría ya otro recurso para salvarlo. Encontré un ulcus de la pequeña curva, sangrante y totalmente mortificadas las tónicas gástricas, que estaba ya en vías de perforación. Ese enfermo salvó gracias a la operación.

En otros casos no hemos tenido la suerte de salvar al enfermo y después de cierta experiencia sobre la hemorragia ulcerosa gastroduodenal, hoy, condensaríamos así nuestro criterio sobre su tratamiento.

La intervención quirúrgica de urgencia como tratamiento de la hemorragia por ulcus gastroduodenal, constituye una terapéutica de un pronóstico sumamente serio, con mortalidad muy elevada, que después de haberla ensayado, la hemos dejado por el

tratamiento médico, como método general, recurriendo al quirúrgico, cuando creemos que la indicación es neta y categórica.

Opinamos que actualmente, el tratamiento quirúrgico puede tentarse nuevamente porque se ha perfeccionado mucho el diagnóstico y sobre todo la técnica quirúrgica, en particular esta última, que emplea la anestesia local, regional o la raquídea y que opera en oportunidad los ulcerosos hemorrágicos antes que sus fuerzas se debiliten; entonces hay grandes probabilidades de tener éxito.

La gastrectomía, en plena hemorragia, será siempre una operación seria y grave, por eso, nuestra conducta actual es la siguiente: según el precepto terapéutico actual, de tratar la generalidad de las hemorragias ulcerosas por el tratamiento médico, esto como directiva general de tratamiento; en ciertos y determinados casos en que la edad del enfermo, sus resistencias y la indicación clínica, establecen y justifican la intervención quirúrgica, la realizamos.

El ideal terapéutico, sería; tratar por el tratamiento médico, todas las hemorragias que puedan mejorar por este método y operarlas luego en frío. Se operarían, sólo los casos que no pudieran salvarse con el tratamiento médico, cosa o indicación clínica, muy difícil de establecer, pero que es algo a que se puede uno aproximar y llegar con la práctica y la experiencia.

Dr. Larghero. — Pese a las manifestaciones del Prof. Prat, insisto y no podré ser desmentido de que en los Servicios de Entrada de nuestros Hospitales no es posible realizar una transfusión de sangre masiva, de 1 litro y en la oportunidad requerida. Considero que esta cuestión no se soluciona con buena voluntad, con lista de dadores y contando con buen material. Cuando se estudia la organización de estos servicios en otros medios, forzoso es convencerse de que debe irse de lleno a la creación de un centro poniendo a su frente un técnico competente y responsable. Una transfusión de sangre de 1 litro, aun contando con los utensillos y la sangre, no puede ser realizada por cualquiera. Hay cuestiones de compatibilidad de las sangres y detalles de su apreciación que sólo pueden ser confiados a un especialista.

Dr. Otero. — Agradezco al Dr. Larghero la colaboración que nos ha prestado cediéndonos el caso número 2 cuya necropsia hemos podido estudiar..

Al Profesor Prat: Respecto a la cuestión histórica creo que si bien Dieulafoy y sus colaboradores iniciaron el tratamiento quirúrgico de las hemorragias por úlceras también es cierto que sus resultados fueron poco satisfactorios abriéndose luego un largo período de silencio quirúrgico que llega hasta hace unos años. Es sólo últimamente que se ha discutido el problema sobre sólidos hechos anatomo-clínicos y es fundamentalmente la escuela de Viena que ha promovido su estudio.

Respecto a los demás puntos: indicación difícil, resultados aleatorios, ventajas del tratamiento médico cuando él es posible, estoy completamente de acuerdo con el Prof. Prat y no hay nada en nuestro trabajo que diga lo contrario como podrá comprobarlo cuando lo lea en nuestros boletines.

Yo no he dicho en ningún momento que la gastro-enterotomía no pueda curar ningún tipo de hemorragia gástrica. Yo sé perfectamente que la G. E. está indicada en las hemorragias por estasis y en otras pero lo que dije es que la G. E. es una operación de resultado nulo en las hemorragias por ulceración de un grueso vaso que es de las únicas que nos hemos ocupado aquí.

Al Dr. Soto Blanco que la exéresis local hubiera sido imposible en nuestros dos casos.