

HEMORRAGIA ITERATIVA GRAVE POR ULCUS DUODENAL

Gastrectomía Intrahemorrágica

Por el Prof. Dr. Clivio Nario y el Dr. Juan C. de Chiara

M. L., 43 años, yugoeslavo, casado, Dpto. Canelones. — Ingresó el 5 de noviembre de 1942 por un cuadro doloroso de epigastrio e hipocondrio derecho.

Relata que desde hace 10 días se levanta con molestias vagas en el epigastrio que poco a poco culminan en un dolor intenso que persiste, con algunas exacerbaciones, y que se calma, provocándose el vómito en el que expulsa líquido bilioso en cantidad que oscila entre 500 gramos y 1 litro. Este vómito que se provocaba después de 4-5 horas de sufrimiento lo aliviaba por completo; al cabo de 2-3 horas, tanto estando en ayunas como después de ingerir alimentos, el episodio doloroso reaparecía con iguales características. Al mismo tiempo nota constipación rebelde en estos últimos 10 días con orinas más oscuras que lo habitual. Desde hace 2 días el dolor es más intenso, se irradia al hipocondrio derecho y los vómitos provocados no alivian al enfermo por lo que decide ingresar.

Antecedentes personales: Sufre desde hace 3 años de una dispepsia cuyos caracteres no se pueden precisar bien porque el enfermo no se ha observado correctamente, parece tener períodos libres de calma absoluta de 2-3 meses. Nunca ha hecho régimen alimenticio ni ha consultado médico. Hace 7 años chancro no tratado que curó en 1 mes. No ha tenido otros trastornos.

Antecedentes familiares: No hay datos de interés.

Examen clínico al ingreso: 5 de noviembre de 1942. Temperatura axilar 37° 1/5. Rectal 37° 1/2. Pulso 75 regular. Buen estado general. Mucosas bien coloreadas. Lengua húmeda saburral.

Abdomen: Se moviliza bien con la respiración. Dolor espontáneo en epigastrio. A la palpación recto derecho contracturado. Dolor intenso sobre el recto en la zona pancreática coledociana. No se palpa hígado ni bazo. Regiones lumbares libres e indoloras.

Tacto rectal: Douglas libre e indoloro. Próstata y ampolla rectal s/p.

Torax: s/p. Se indica: Bolsa de hielo al vientre. Lavaje intestinal. Dieta hidroláctica. Antiespasmódicos.

7 de noviembre 1942: Ha cedido el dolor espontáneo. El dolor a la palpación persiste con igual topografía.

El examen de orina es normal. La dosificación de urea en el suero de 0gr.88 ‰, el Wassermann es positivo intenso. Las unidades pancreáticas en orina son 100. Tiempo de coagulación en tubo: 4'.

10 de noviembre 1942: Reaparece el dolor espontáneo, vómito líquido bilioso.

12 noviembre de 1942: Anoche tuvo una melena grande de sangre negra, lipotimia, sudores fríos. El enfermo está pálido y sudoroso. Se indica coagulante. Atropomorfinina. Hielo. Dieta absoluta. Enema caliente. Transfusión de sangre 200 c.c. Presión arterial $11 \frac{1}{2}$ - $7 \frac{1}{2}$.

Numeración de glóbulos rojos, 3.950.000; Numeración de glóbulos blancos, 14.700; Hemoglobina, 70 %; Valor globular, 0.89; Neutrófilos, 85 %; Eosinófilos, 1 %; Basófilos, 0 %; Mononucleares, 3 %; Linfocitos, 11 %.

14 de noviembre 1942: Ha repuntado algo. No ha tenido melenas. Se ordena líquidos helados por cucharadas. Transfusión 100 c.c. Hielo. Suero gota a gota endovenoso. Coagulante.

16 de noviembre 1942: Reaparecen las melenas. La anemia es más intensa. Nueva transfusión 100 cc.

18 de noviembre 1942: No ha sangrado, el estado general es grave. Transfusión 200 cc.

19 de noviembre 1942: Anoche intensa melena. Estado sincopal del que sale atendido por la guardia. Transfusión 150 cc. P. A. $9 \frac{1}{2}$ - 5.

20 de noviembre 1942: Muy grave. Sigue con melenas. Transfusión 200 cc. Una numeración globular de 900.000 glóbulos rojos. Hemoglobina, 17 %. 5.800 glóbulos blancos. Dado el carácter iterativo de la hemorragia se decide intervenir.

21 de noviembre 1942: Se opera con transfusión gota a gota durante el acto operatorio, pasan 1.100 cc. de sangre. Presión arterial $8 \frac{1}{2}$ - $4 \frac{1}{2}$.

Cirujano: Prof. Dr. Clivio V. Nario.

Ayudantes: Dr. Juan Carlos De Chiara. Pte. J. Carlos Gordon. Anestesia local: novocaína al $\frac{1}{2}$ % con adrenalina. Anestesia muy buena. Incisión yuxta mediana derecha con inclinación del recto. Inmensa úlcera tumoral y penetrante de la cara posterior del duodeno invadiendo el pedículo hepático en toda su longitud y también el pedículo de la vesícula biliar. Se inician los tiempos de una Gastrectomía y se trata de buscar la arteria gastro duodenal, pero la invasión inflamatoria es tan grande que es ilusorio ir a buscar una arteria en ese campo. Se decide entrar directamente al duodeno lo cual se hace a nivel de la pequeña corvadura del mismo, aprovechando una gran zona de adherencias del duodeno al colédoco. Se abre el duodeno transversalmente en todo su perimetro y se observa lo siguiente: la pared posterior del duodeno no existe; está sustituida por una enorme úlcera que la ha destruido totalmente. El lecho ulceroso tiene el tamaño de 6x5 cm. e invade sobre todo el pedículo hepático y algo del páncreas aunque menos de este último. En el centro de ese lecho dos pequeños orificios como la cabeza de un alfiler, separados por $\frac{1}{2}$ cm. son los puntos de sangramiento arterial y que responden a una ulceración de un grueso vaso tres puntos a través del lecho y la hemorragia se detiene por completo. Cierre del duo-

deno perfecto. Sulfamida en polvo en el lecho ulceroso. Se termina por una Gastrectomía Polya-Finsterer (técnica del Servicio). Cierre de la pared en un solo plano con catgut cromado. El enfermo sale de la mesa con 11 ½ de presión máxima y 98 de pulso.

Post operatorio: La tarde de la operación retiene 70 cc. de líquido sanguinolento obscuro. Pulso 90, tranquilo, buena temperatura periférica. No tiene fiebre.

23 de noviembre 1942: Sigue bien. Presión arterial 12-7 ½. Transfusión Retiene 250 cc. de líquido obscuro. Venoclisis. Suero glucosado y fisiológico.

23 de noviembre 1942: Sigue bien. Presión arterial 12-7 ½. Transfusión 200 cc. Retiene 30 cc. líquido bilioso- Veniclisis. Suero glucosado y fisiológico.

Glóbulos rojos: 2.030.000

Hemoglobina: 35 %

Valor globular: 0.89

24 de noviembre 1942: Transfusión 200 cc. Se inicia la alimentación dando agua y te por cucharadas. Mueve el vientre espontáneamente.

26 de noviembre 1942: Transfusión 200 cc. Leche. Caldo salado. Jugos. Tolera perfectamente la alimentación.

28 de noviembre 1942: Transfusión 200 cc. El estado general es excelente. Toma papillas y sopa de harinas.

2 de diciembre 1942: Ha seguido muy bien. Régimen lacteo vegetariano.

Glóbulos rojos: 2.200.000

Hemoglobina: 45 %

5 de diciembre 1942: Transfusión 150 cc. Se levanta a un sillón y se le saca a la terraza.

12 de diciembre 1942: Glóbulos rojos: 2.900.000

Hemoglobina: 56 %

Hace 4 días que camina por sus propios medios. Tolera perfectamente la alimentación.

14 de diciembre 1942: Concorre a Policlínica para hepatoterapia y continuar el tratamiento antiespecífico iniciado en Sala. Recibió hasta este momento una serie de 12 inyecciones de 1 cc. de cianuro de mercurio y 9 inyecciones de yodobismutato de quinina.

En resumen se fué de alta 22 días después de haber sido sometido a una Gastrectomía en período hemorrágico por úlcera gigante y penetrante del duodeno con ulceración arterial y una anemia de 900.000 glóbulos.

Posteriormente lo hemos visto. Su estado anémico ha cedido totalmente.

Glóbulos rojos 4.200.000. Se alimenta y tolera perfectamente.

45 días después de operado se le hace una Radioscopia mostrando una neoboca continente y que funciona perfectamente.

El caso precedente demuestra algunos hechos que conviene puntualizar.

1) La arteria gastroduodenal estaba destruída por la ulceración en un trayecto de $\frac{1}{2}$ c. y sangraba por ambos cabos.

Toda espera hubiera sido por tanto, perjudicial y toda posibilidad de curación por tratamiento médico absolutamente ilusoria.

2) Que la hemorragia era grave por el estado tensional, el estado sanguíneo del enfermo y por la resistencia a toda tentativa de tratamiento antihemorrágico enérgico.

3) Que la hemostasia quirúrgica por ligadura a distancia no tenía probabilidades de ser eficaz aun en caso de haberse intentado y era además imposible de realizarse dada la infiltración del pedículo hepático.

4) Que en este caso se realiza la constante anatomo-patológica y clínica que establece actualmente, que cuando un enfermo duodenal sangra en forma persistente a pesar del tratamiento médico, debe pensarse seriamente en que la causa más probable y segura es la ulceración de la arteria gastro-duodenal u otra y que el ulcus es posterior y penetrante en páncreas.

Nos detendrán algunas consideraciones aplicables más especialmente al caso que presentamos y dentro de la índole limitada que nos hemos impuesto para esta presentación.

No pensamos hacer un capítulo completo de indicaciones operatorias.

Creemos que cada caso debe ser juzgado con un criterio propio y ajustado para cada enfermo pero con una tendencia muy grande, mucho mayor en la actualidad que antes, a emprender la operación en cuanto todo caso de úlcera duodenal sangrante después de unas tentativas de tratamiento y en pleno tratamiento haga una recidiva acompañado de fenómenos de descompensación.

Pero para tomar esa decisión la empresa operatoria debe estar respaldada:

1) Por una excelente anestesia con buen bloqueo de los mesos.

2) Por una medicación anti shock enérgica, general y continuada durante y después de la operación.

3) Por una técnica operatoria perfecta realizada por un equipo que tenga experiencia continuada en cirugía abdominal alta.

LÍMITES DE LA INDICACIÓN OPERATORIA

Nuestro caso prueba que en tomando precauciones es posible operar con éxito enfermos en plena hemorragia aun cuando el grado de anemia y las condiciones precarias del enfermo puedan ser consideradas prohibitivas.

El enunciado del recuento globular extremadamente bajo 900.000; la tensión muy descendida $8\frac{1}{2}$ -4 constituyen la mejor demostración de lo que acabamos de manifestar.

El tratamiento preventivo y activo del shock hemorrágico en forma enérgica admite este desplazamiento de la indicación operatoria.

ELECCIÓN DE LA HEMOSTASIS

Dos tipos son posibles.

Hemostasis *directa* e *indirecta*.

Cuál de los dos tipos conviene hacer? Hemos elegido la hemostasis directa.

Nosotros creemos firmemente que siempre que sea posible habrá que realizar la hemostasis sobre el foco mismo, es decir directa, reservando las hemostasis indirectas para los casos en que no se puede hacer la primera.

Las razones que nos asisten son:

- 1) Porque es más segura y más eficaz.
- 2) Porque resuelve una vez abierto el duodeno el tipo de la hemorragia y su tratamiento adecuado.

La gastrectomía complementaria lejos de ser un inconveniente que alarga el acto operatorio, puede ser el acto hemostático, en sí mismo; y no tiene sino conveniencia en llevarse a cabo sobre todo si como con el caso que presentamos se llega a la conclusión que a igualdad de condiciones la operación no es más chocante que otras soluciones (ligadura).

El documento que presentamos contribuye a formarse criterio sobre esta cuestión y ha sido publicado con esa finalidad.

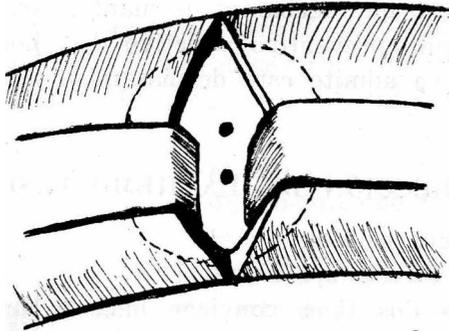
TÉCNICA DE LA HEMOSTASIS DIRECTA

Describiremos someramente e ilustraremos con algunos esquemas los diversos tiempos de la hemostasis en nuestro caso:

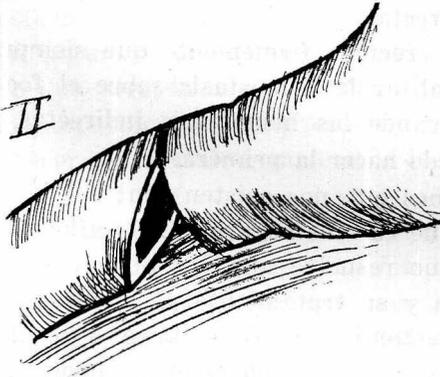
1) Exploración del duodeno; gran infiltración del pedículo hepático y de la cabeza del páncreas por detrás de la primera porción.

2) Abertura del duodeno transversal en su cara anterior a la altura de la zona enferma.

I



II



I. — Abertura transversal del duodeno doble ulceración de la gastroduodenal en el centro del cráter ulceroso marcado por una línea punteada.

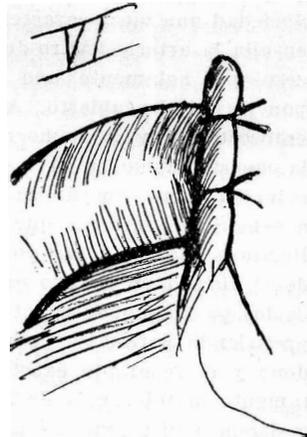
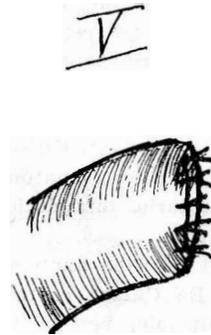
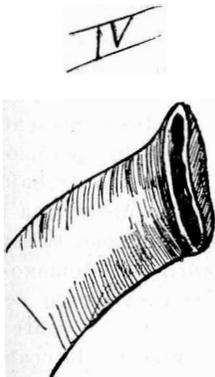
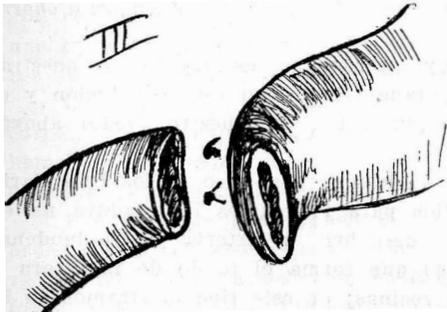
II. — Se completa la sección transversal del duodeno sobre la cara posterior.

3) Separación de los labios de la herida de duodenotomía; aspiración continua y exploración de la cara mucosa del duodeno.

4) Se descubre la causa de la hemorragia por ulceración doble de una arteria (gastroduodenal) en el cráter de la úlcera.

5) Sección transversal total del duodeno agrandando la brecha de exploración.

- 6) Ligadura directa de ambos con puntos transfixiantes.
- 7) Disección de la cara posterior del duodeno, primera porción, a la derecha de su sección en una extensión de 2 cms.



- III. — Hemostasis directa de los dos orificios arteriales
 IV. — Disección de la cara posterior del duodeno

- V. — Cierre del muñón duodenal por puntos separados en 2 planos
 VI. — Epiploplastia

- 8) Sutura oclusiva del duodeno en dos planos con puntos separados.
- 9) Epiploplastia.
- 10) Gastrectomía subtotal.

CONSIDERACIONES

Dr. Larghero. — La comunicación del Prof. Nario y D. De Chiara constituye un poderoso argumento de hecho en favor de las conclusiones con las que subrayábamos nuestro trabajo presentado a esta Sociedad en setiembre de 1942 sobre el tratamiento de las hemorragias gastro-duodenales graves: *“En toda hemorragia gastroduodenal de entidad suficiente como para poner en grave riesgo la vida del enfermo, la causa es en la inmensa mayoría de los casos una úlcera en el fondo de la cual sangra a chorro libre un vaso de grueso calibre”*.

Las estadísticas operatorias y necrópsicas extranjeras y nuestras y las piezas anatómicas que presentamos justifican esta conclusión y el corolario terapéutico por cuya implantación en nuestro medio abogá-
bamos.

El tipo anatómo-patológico de la lesión en el caso de los Drs. Nario y De Chiara corresponde a aquellos para los cuales la ligadura no es aplicable, por la imposibilidad de descubrir la arteria gastro-duodenal en medio del bloque fibro-escleroso que forma el fondo de la úlcera y engloba con ella a las estructuras vecinas; de este tipo mostramos en la Sociedad una pieza característica, que nos fué cedida en el Hospital Maciel; en ella la arteria gastro-duodenal estaba de tal modo englobada en el proceso que solamente una cuidadosa disección después de fijación pudo ponerla al descubierto. A este enfermo se le había hecho una gastroenterostomía y la hemorragia recidivó a las pocas horas determinando la muerte. Como en el caso actual, la gastrectomía hubiera constituido la solución. Pero, apoyándome en los resultados de 7 ligaduras presentados a esta Sociedad, creo que siempre que sea posible hacer la operación de ligadura, llenando las condiciones que exigimos en nuestro trabajo, es decir, ligar bien el caso que sangra, a ambos lados de la úlcera y a nivel de los puntos donde penetra en el fondo escleroso de la misma, la seguiré prefiriendo porque la operación es más corta, sin abrir el estómago-duodeno y el resultado exactamente igual a menos riesgos. Conozco perfectamente la tolerancia de los enfermos para la gastrectomía y sobre esta resistencia hice hincapié para desvirtuar el mito de “enfermos intocables”, concepto erróneo con el que se pretende a veces detener el gesto quirúrgico y se condena a morir un enfermo que puede y tiene grandes posibilidades de curarse, pero en los casos de hemorragia recidivada, con cifra bajísima de glóbulos, con tasa mínima de hemoglobina y con la degeneración parenquimatosa universal consecuencia de la anoxemia, las operaciones de exeresis pueden ser graves pese a una técnica correcta.

En abril pasado me encontré en el trance de hacer una gastrectomía en un enfermo portador de una doble úlcera duodenal y gástrica; después de 3 días de mareos, hace el 4 de abril una lipotimia con melena profusa. Los G. R. cusan 3.940.000 y 87 $\frac{1}{4}$ de Hemoglobina. Tratado con transfusiones (inicial de 600 cc. y 200 cc. en los días siguientes) mejora. El 8 un recuento globular acusa 2.500.000 y 61 % de hemoglobina: en este día tiene pequeños mareos fugaces. En la mañana del 9, es decir

5 días después del primer accidente serio, mareos intensos y sudores, la P. A. baja a 11 Mx. con Mn. audible hasta el 0.

Se decide intervenir previa transfusión de sangre de 400 pre-operatoria; teniendo en cuenta el dato radiológico de doble úlcera y en la imposibilidad de determinar el vaso responsable, creemos formalmente indicada la gastrectomía que se realiza en perfectas condiciones con anestesia local en 90 minutos. La tolerancia fué excelente, el pulso a 120 y P.A. 12-6 al final de la intervención. Se hace una nueva transfusión de 400 cc. En la pieza se encontraron 3 úlceras de la pequeña curvatura, una sobre la misma curvatura y otras dos adyacentes a ella sobre las caras anterior y posterior; no había úlcus duodenal.

La evolución fué ideal; al día siguiente tuvo la evacuación negra correspondiente a la hemorragia y que no se había exteriorizado (tipo de hemorragia grave sin melena inmediata sobre el cual insistimos en nuestra comunicación de setiembre).

Fué dado de alta curado el 20 de abril. El 25 siguiente enferma bruscamente con estado infeccioso grave, chuchos de frío e hipertermia (septicemia a neumococo con localización peritoneal). Drenaje del peritoneo y Sulfopiridina. Curación de este episodio pero continúa con febrícula cuya causa responde a una pleuresía sero-fibrinosa tratada con punciones en cuyo líquido no fué posible determinar el agente responsable.

El 22 de mayo, encontrándose en vías de restablecimiento, se levanta para la higiene y tiene un colapso falleciendo en pocos minutos.

Dr. Prat. — La interesante comunicación que nos presentan los Drs. Nario y De Chiara, viene a confirmar una vez más, que el tratamiento de elección de las grandes hemorragias por úlcera gástrica o duodenal, es el tratamiento radical, representado por la gastrectomía amplia o gastrectomía subtotal.

En nuestro medio y en la terapéutica universal ha habido una gran tendencia en persistir en el tratamiento médico, que da buenos resultados en una proporción muy grande de estos enfermos, pero la generalidad de los cirujanos, han tenido ocasión de comprobar, que un pequeño número de hemorragias, a pesar del tratamiento médico, se han repetido, iterativamente, hasta poner en peligro la vida de los enfermos y en ciertos casos, han provocado la muerte, sin que el cirujano pudiese hacer nada por salvar a estos pacientes.

La prueba más acabada, de que aun no estamos firmemente convencidos de la conveniencia o necesidad de operar pronto, cuando las hemorragias se repiten y la anemia se agrava, la tenemos, en que los autores de la comunicación, recién operaron su paciente, después de varias y repetidas melenas y cuando su numeración de glóbulos rojos y la hemoglobina habían llegado a cifras extremas como lo evidencian los 900.000 glóbulos rojos y el 17 % de hemoglobina del último examen. Es indudable que el enfermo pudo operarse antes, en mejores condiciones. Esto quiere decir que los enfermos con grandes hemorragias por úlcera gastro-duodenal, deben ser cuidadosamente atendidos y estrechamente vigilados por

el cirujano, en un medio quirúrgico adecuado, ya sea en el Hospital o en el Sanatorio y el contralor de la hemorragia debe hacerse rigurosa y diariamente, con la toma de la presión, la numeración de los glóbulos rojos y la desficación de la hemoglobina, además del completo estudio clínico del enfermo y en estas condiciones, es poco probable que la hemorragia pueda continuar o repetirse, sin que el cirujano esté advertido de esta complicación y sin que por lo tanto deje de aplicarle y de inmediato, el tratamiento correspondiente.

Sin embargo, existen aun casos, en que la hemorragia se continúa casi lentamente, sin mayores síntomas visibles o comprobables y es por eso, que el cirujano debe estar muy alerta, para no dejarse sorprender por la anemia aguda, que inutilizará o volverá inútiles todos sus esfuerzos terapéuticos. Es por esto, que algunos cirujanos partidarios del tratamiento quirúrgico inmediato de la gran hemorragia gastro-duodenal, operan sistemáticamente estos casos, después de la primer hemorragia, para tener la seguridad de intervenir cuando el enfermo tiene la mayor cantidad de fuerzas y resistencias. Es este un criterio lógico que respetamos y que no seguimos aun, pero que nos parece que con los grandes progresos de la transfusión actual, es un método que está destinado a generalizarse y establecerse como norma.

Los casos de gran hemorragia por ulcus gastro-duodenal, se pueden dividir en tres grupos: 1° los pacientes, que presentan antecedentes digestivos evidentes y que nos llegan ya con diagnóstico de ulcus; 2° los que tienen antecedentes gastro-duodenales y que el diagnóstico puede plantearse y 3° aquellos casos en que no hay antecedente alguno y el diagnóstico es dudoso, inseguro o no puede establecerse.

Esta dificultad o ausencia de diagnóstico, no permite establecer indicaciones categóricas y de ahí la complejidad y perplejidad terapéutica, en estos casos de anemia tan grave, sobre todo, en los pacientes del tercer grupo, en los que no existe diagnóstico y podemos realizar en ellos una operación inútil, en un hemorrágico, que suele ser un hipertendido o un hepático. Por eso es que somos tan partidarios del tratamiento médico en la hemorragia primitiva gastro-duodenal, que suele dar alrededor del 90 % de buenos resultados, lo que nos permitirá operar luego y en buenas condiciones a estos hemorrágicos. Sin embargo, los progresos de la técnica quirúrgica y muy particularmente el perfeccionamiento de la transfusión sanguínea, que permite suministrar 500, 800 gramos, un litro o más de sangre a estos pacientes anémicos, durante el acto operatorio, parece permitir la realización con éxito de actos operatorios tan prolongados y delicados como la gastrectomía. La última operación en que me tocó actuar, que data de pocos días en un caso del Dr. V. Armand Ugon, al que ayudé en la operación. Se trataba de un paciente de unos 40 años, grande y fuerte, que tuvo una primera hemorragia profusa, con una gran anemia. Fué tratado por el tratamiento médico y seguía muy bien, pasó el periódico crítico del tercer día, hasta el 7° día en buenas condiciones, cuando bruscamente, en la tarde de este día, aparece sangrado a blanco, sin melenas ni hematemesis. Se practican transfusiones de 400 y 600 gra-

mos de sangre, pero la anemia persiste igual, con 1.200.000 glóbulos rojos y 27 % de hemoglobina. De común acuerdo con el Dr. Armand Ugon, se resuelve la operación y ésta es realizada bajo la *transfusión de sangre gota a gota*, durante todo el acto operatorio, que consiste en una gastrectomía amplia, muy dificultosa, por las grandes adherencias inflamatorias y esclerosas del duodeno. Durante la intervención se inyectaron unos 800 cc. de sangre y el paciente, salió del acto operatorio, más tonificado que antes de él. Esta preciosa colaboración de la transfusión amplia, durante la operación, permitió realizar una operación salvadora que en otras condiciones hubiese sido completamente imposible; por eso hay que destacar que la transfusión operatoria, así como también la pre y post operatoria, constituyen el elemento capital del éxito terapéutico.

Creía que el caso del Dr. Ugon, constituía el paciente record, en la gravedad de la hemorragia, 1.200.000 glóbulos rojos y el 27 % de hemoglobina; pero el caso del Dr. Nario, le mata el punto, pues sólo tenía 900.000 glóbulos rojos y 17 % de hemoglobina, lo que quiere decir que la anemia por grande que sea, no debe detenernos a realizar la gastrectomía por hemorragia, puesto que se comprueba con estos casos, que se puede tener éxito, aun con cantidades tan extraordinariamente pequeñas de sangre y hemoglobina.

Tanto en el caso del Dr. Nario, como en el que intervenimos el Dr. Ugon y yo, se tuvo completo éxito puesto que en casos tan graves, se pudo curar a los enfermos. Esto quiere decir que la intervención quirúrgica, la gastrectomía, sigue siendo el tratamiento de elección en la gran hemorragia aguda por ulcus duodenal, realizada bajo la inundación sanguínea, por medio de las grandes transfusiones y en particular, la transfusión gota a gota, durante la operación.

Sólo me resta felicitar a los Drs. Nario y De Chiara por su brillante éxito terapéutico.

Dr. Stajano. — Es un caso alentador, el caso presentado por el Dr. De Chiara. Estamos viviendo en estos momentos un período de evolución y frente a las prácticas tan en boga hace unos años de la abstención y de quedarse completamente inactivos ante una hemorragia gástrica. La tendencia intervencionista de Zeballos en Buenos Aires, y el empuje de la primera comunicación del Dr. Larghero, hecha en la Sociedad de Cirugía, demostrando el cambio de orientación, es decir, la intervención inmediata; luego los casos de los Dres. Nario y Prat que demuestran que es menester seguir comunicando estas cosas, porque en realidad un cirujano o los cirujanos en general que todavía tienen dudas frente a la indicación operatoria, frente a una hemorragia gástrica, que se repite, no están todavía francamente familiarizados con la tendencia de operar de inmediato y hay una tendencia a seguir con las prácticas expectantes.

Así como pasó con las apendicitis agudas, enseñándonos desastres, en la cirugía gástrica pasa lo mismo y posiblemente será la tendencia intervencionista la que dominará y se generalizará y no se presentarán los casos de duda que se nota hoy en enfermos que han estado tratándose durante mucho

tiempo por hemorragias sucesivas, sin intervenir, y nos llegan los casos de hemorragias crónicas que son los más graves, que están en estado de choc casi antes de estar intervenidos. La comunicación del Dr. Nario reforzada con la anterior del Dr. Larghero, nos induce y nos anima a hacer tales intervenciones, sobre todo con los medios que hoy debemos utilizar, como reforzadores del estado general (transfusiones gota a gota, etc.).

Dr. Nario. — El Dr. Larghero nos ha prestado un gran servicio al comunicarnos la serie que tiene y darnos los datos que se han comunicado en el extranjero sobre hechos fundamentales de las hemorragias graves. *En gran número de casos, la hemorragia es esencialmente quirúrgica, yo pienso.*

Lo que se puede discutir es lo que dice el Dr. Larghero, es decir si conviene hacer la hemostasis indirecta en todos los casos o si conviene hacer la directa y esperar a ver qué hemostasis conviene más al enfermo, dentro de las posibilidades que tiene.

El caso que nos presenta demuestra que no había posibilidad de hemostasis más que esa que se realizó. El caso del Dr. Larghero demuestra claramente que no podía hacer otra cosa que la que hizo porque no sabía cuál era la úlcera que sangraba. Era lógico que procediera en esa forma y el hecho que no haya tenido un éxito inmediato no nos desalienta a proseguir en esa vía. La ligadura que preconiza el Dr. Larghero lleva mucho tiempo. Yo digo que si podemos hacer que el enfermo soporte una hora la abertura del vientre y al mismo tiempo se le puede tratar haciendo una gastrectomía, se tiene ventaja en hacer una gastrectomía con preferencia a una ligadura a distancia, sobre todo, que en este caso hay que estar seguro que es la arteria gastro-duodenal y no es otro el vaso el que sangra. Si se hace una ligadura entonces tiene muy pocas probabilidades de conseguirse la hemostasis y la ligadura aun siendo muy bien intencionada, puede conducir al fracaso. La abertura del duodeno resuelve mejor el problema porque permite *clasificar la hemorragia, saber cuál es el punto que sangra*, si es que se produce en un caso determinado. En el caso del Dr. Prat se encontró una úlcera con cráter y se ligó el duodeno, *pero no se pudo establecer el punto que sangraba.*

La ventaja que tiene la operación conducida en la forma que yo indico, es que después de seccionar el duodeno se tiene el cráter a la vista y se es dueño de la situación y mucha más seguridad quirúrgica que cuando se va a hacer la ligadura indirecta.

Esta ligadura es un buen recurso cuando no se puede hacer otra cosa. Si el cirujano tiene ante sí un caso grave y ve que la gastrectomía es perfectamente realizable y que la ligadura le va a llevar más tiempo y puede ser inoperante, es preferible que haga una gastrectomía con preferencia. *Hacemos la gastrectomía porque tenemos la suma confianza a la medicación anti-choc.* Es de mucha importancia establecerlo porque es necesario que lo tomen como directiva los cirujanos. Tenemos la obligación de hacer ingresar en nuestra terapéutica la medicación anti-choc por el gota a gota permanente. Hace ya mucho tiempo que la venimos haciendo con resultados excelentes.

Podemos traer documentos que demuestran de una manera terminante, la importancia que tiene el establecimiento de la medicación anti-choc, preventiva antes, durante y después del acto operatorio. Permite conducir la operación y penetrar mucho más, la indicación de lo que se ha hecho hasta ahora. La gastrectomía no tiene problema así. Tenemos actualmente un procedimiento que nos permite operar enfermos sangrados a blanco y en condiciones precarias y miserables y nos permite tener dominio absoluto del campo operatorio y dominio de nosotros mismos para resolver el problema que nos conviene mejor, porque el enfermo entra en un estado de flexibilidad quirúrgica tal, que nos permite llevar la operación a donde nosotros queremos y con el máximo de eficacia.

Yo insisto, pues, en este aspecto de capital importancia y trascendencia.

Hace pocos días operaba un cáncer de recto con transfusión de plasma y el enfermo sale del acto operatorio sin shock. Le hice la transfusión con plasma porque la anemia del enfermo no era muy grande.

Yo creo que lo que se ha establecido en el documento que presentamos, tiene valor, es decir, que es posible conducir el delicado acto operatorio en enfermos precarios a condiciones de llenar algunas reglas: técnica perfecta y tratamiento enérgico del shock. De otra manera, vamos al fracaso. El progreso de todo esto no está en la visión del problema, pues ya había sido planteado antes. En cambio lo que faltaba era sostener al enfermo, para que soportara el acto quirúrgico tanto tiempo, y actualmente tenemos un procedimiento que permite realizar esa exigencia.

Dr. Larghero. — El caluroso alegato del Prof. Nario en favor de la intervención quirúrgica en las hemorragias gastro-duodenales graves, es para mí, motivo de viva satisfacción; al terminar la sesión del año pasado en la que leí mi comunicación, el Prof. Nario me expresó en un aparte que creía que mis conclusiones eran demasiado radicales y absolutas pese a que establecí claramente los elementos clínicos y de orden hematológico y de tensión arterial sobre los que debía establecerse el diagnóstico de hemorragia grave, amenazante, para las cuales solamente la intervención quirúrgica estaba indicada. En apoyo de sus reparos me expresó que nunca había tenido que operar un enfermo por hemorragia en su Servicio del Hospital Pasteur y que ningún ulceroso sangrante se le había muerto, tratado médicamente.

Por lo que significa en nuestro medio la opinión del Prof. Nario y por su alta jerarquía científica, su comunicación y su alegato constituyen la sanción más favorable para mi trabajo del año 1942.

Dr. Nario. — Yo no he querido hablar de indicaciones operatorias. Una cosa es que uno tenga o conduzca al enfermo a la mesa de operaciones con un radicalismo extremado y otra cosa es que se estudie el enfermo, se lo juzgue, se lo valore, se lo lleve al acto operatorio cuando sea imprescindible.

La inmensa mayoría de las úlceras sangrantes requieren un tratamiento médico y una pequeña cantidad deben ir al tratamiento quirúrgico.

Es indispensable decir que las hemorragias del duodeno, en la inmensa mayoría se curan por el tratamiento médico, pero hay casos que lo imperativo de la hemorragia explica y exige un tratamiento quirúrgico.

El otro punto importante es el de las úlceras duodenales que sangran. Yo exijo *que el enfermo haga una hemorragia con descompensación* para operarlo. El Dr. Prat hace notar naturalmente que hubiera sido preferible operarlo mucho antes, pero una cosa es estar esperando que el enfermo mejore y otra cosa es tomar la decisión de la intervención. Por otra parte no hubiéramos podido presentarle un enfermo curado con tan grave anemia.

Finstener decía: "Un enfermo duodenal que sangra, se trata médicamente; si no mejora y sangra otra vez, entonces se opera.

Yo no creo en eso. Yo creo que todo depende del estudio reaccional de cada caso particular y del estudio de la descompensación que ofrece el enfermo. El caso que presento demuestra bien claramente que es posible realizar una hemostasis correcta, una operación perfecta y obtener un resultado muy bueno, en condiciones que hace dos o tres años se hubieran considerado malas o imposibles. En las estadísticas que yo he podido estudiar, no hay ningún caso que tenga coeficiente tan bajo globular ni coeficiente tan bajo de hemoglobina, y ello es lo que hace su principal interés.