

HEMORRAGIAS GRAVES GASTRO-DUODENO-ESOFAGICAS (*)

Dr. Pedro Larghero Ybarz

INTRODUCCION

Directivas para el diagnóstico y el tratamiento.

El tratamiento de urgencia de un enfermo que ingresa al Hospital con una anemia aguda por hemorragia masiva gastro duodeno esofágica, se basa en la observancia de 3 principios fundamentales: 1) reposición inmediata de la masa de sangre perdida; 2) diagnóstico preciso de la causa y mecanismo de la hemorragia; 3) tratamiento adecuado a la causa y al mecanismo de la pérdida y en el enfermo repuesto de shock.

Los 3 métodos de tratamiento a aplicar, según las circunstancias, son:

- 1º intervención quirúrgica;
- 2º hemostasis incruenta instrumental;
- 3º tratamiento médico.

Cada uno de estos 3 métodos tiene, según nuestra experiencia, aplicaciones electivas que definimos a continuación.

1º La intervención quirúrgica.

- 1º Sobre el vaso responsable:
 - a) ligaduras arteriales en la úlcera crónica;
 - b) ligadura de várices ulceradas en la hipertensión portal;
 - c) ligaduras venosas periesofágicas en la hipertensión portal.
- 2º Sobre la lesión:
 - a) resección gastroduodenal en la úlcera crónica del estómago o duodeno, en el úlcero cáncer gástrico, en

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía, el día 4 de mayo de 1955.

el cáncer primitivo, schwanoma, pólipos, hemorragia por erosiones, o en la úlcera péptica de la neoboca;

- b) resección de várices esofágicas o resección esófago cardial en la hipertensión portal;
- c) resección local combinada con ligaduras arteriales en la erosión hemorrágica única a asiento duodenal y en los sujetos jóvenes.

3º Sobre el mecanismo de la hemorragia:

- a) esplenectomía en el hiperesplenismo;
- b) esplenectomía y anastomosis espleno renal simultánea, en casos bien elegidos, o esplenectomía paliativa de necesidad y resección de várices esfágicas en la hipertensión portal.

2º La hemostasis incruenta instrumental.

Su aplicación queda reservada a los casos bien probados de várices esofágicas ulceradas, en la hipertensión portal intra o extra hepática, como recurso heroico en la etapa cataclísmica del accidente hemorrágico. La sonda balón de Sengstaken Blake-more, es el instrumento de elección.

3º El tratamiento médico.

Lo aceptamos como tratamiento único, en las siguientes circunstancias esquemáticas:

- 1º En las hemorragias medianas, en su primer episodio y cuando ni la anamnesis, el examen radiológico y de laboratorio, permiten un diagnóstico preciso de la lesión causal.
- 2º En los enfermos que han tenido una hemorragia o hemorragias graves, pero que se han detenido desde más de 5 días y no puede probarse la lesión causal (tipo de enfermos que ingresan con menos de 3.000.000 de G.R. por m³, pero con signos clínicos generales y circulatorios de volemia recuperada).
- 3º En los hombres muy jóvenes (16 a 25 años), con dispepsia breve o imprecisa, sin signos radiológicos de nicho y en los que se sospecha como causa, una erosión o exulceration de Dieulafoy.

En cualquiera de estas tres circunstancias, la aparición de un nuevo episodio agudo o la continuación de la hemorragia si-

lenciosa en forma de melena, remite la conducta a los casos de indicación operatoria.

DIAGNOSTICO PRECISO DE LA LESION

El diagnóstico preciso es posible en 7 u 8 casos de cada 10, a la condición de someter cada enfermo a una disciplina de estudio que comprende las siguientes etapas:

1º Anamnesis: antecedentes dispépticos y su tipo clínico, tipo y ritmo de la hemorragia.

2º Examen físico completo y esofagoscopia en caso de sospecha de várices esofágicas o de hernia del hiato diafragmático.

3º Estudio radiológico esófago gastro duodenal inmediato, no bien el enfermo está repuesto del shock o mientras cursa el tratamiento del shock. En ausencia de lesión esofágica o de hernia del hiato, se puede inferir que la causa de la hemorragia está en estómago o duodeno, siempre que no exista una crisis sanguínea alterada.

4º Examen de sangre cuantitativo y cualitativo; recuento celular de rojos, blancos y plaquetas, hemoglobina, hematocrito y proteinemia: para los casos de sospecha de crisis sanguínea: sangría, coagulación, comportamiento del coágulo y protrombina. El mielograma (número y estado de los megacariocitos, presencia o ausencia de elementos anormales en la médula ósea), es indispensable en los raros casos de hemorragia por púrpura.

5º Pruebas de función hepática en los casos de sospecha de hipertensión portal, para saber si ésta es de origen intra o extra hepático.

6º Nociones de frecuencia y de datos etiológicos tomados de las estadísticas. Este conocimiento tiene una importancia práctica en muchos casos, decisiva. De acuerdo con los datos de nuestra III y IV Series de casos, en los cuales se hizo un control riguroso de los datos clínicos y de los hallazgos operatorios o de autopsia, podemos concluir: 1) que el 70 % de las hemorragias masivas tiene como causa una úlcera del estómago o del duodeno; 2) que en 80 - 85 % de las hemorragias por úlcera crónica, el mecanismo de ellas es la ulceración de un grueso vaso que sangra a pleno canal; 3) que en 88 % de las grandes hemorragias por úlcera se trata de hombres; 4) que en 97 % de las hemorragias

por úlcera (hombres o mujeres), existían antecedentes dispépticos típicos o atípicos o diagnóstico previo de la lesión. Si extremamos la simplificación con un objeto práctico, podemos afirmar que un enfermo que ingresa al hospital con una hemorragia grave gastroduodenal y con antecedentes dispépticos de duración variable, tiene en principio, cualquiera sea su edad y hasta prueba de lo contrario, una úlcera crónica del estómago o del duodeno; el mecanismo de la hemorragia ha sido la apertura de un grueso vaso del fondo o borde de la úlcera y su tratamiento lógico es la operación dirigida a reseca la lesión o a ligar el vaso responsable. Pero inversamente, debe saberse que la demostración de la causa de una hemorragia digestiva alta masiva, plantea a veces uno de los más difíciles problemas clínicos y una de las situaciones operatorias más angustiosas que debe enfrentarse en cirugía de urgencia.

ESTADISTICAS

Las directivas que vienen de ser expuestas, constituyen en este momento la norma de conducta en la III Clínica Quirúrgica. Han sido reglamentadas sobre la experiencia adquirida por los 12 cirujanos del Staff a través de 5 series de observaciones, que cubren el período 1938 - 1954. El tratamiento quirúrgico de las grandes hemorragias gastroduodenales, iniciado con timidez en el período 1938 - 1942, y en base a las ligaduras arteriales, se vigorizó a partir de 1943 con la adquisición de una técnica segura de gastrectomía.

Las 225 observaciones corresponden exclusivamente al tipo de hemorragia grave masiva, de acuerdo con la calificación que ha sido expuesta anteriormente. No han sido tenidas en cuenta las hemorragias pequeñas o medianas. Los mejores resultados se han logrado en los casos de hemorragia grave o aún cataclísmica, por úlcera gastroduodenal o erosión o úlcera péptica o tumor benigno gástrico, que ingresaron primariamente al servicio y fueron operados de inmediato, previa reposición sanguínea.

Las muertes corresponden casi todas a casos ingresados "in extremis", y dirigidos al servicio quirúrgico, después de varios días de terapéutica médica fracasada; pero también hay algunas muertes por defectos de técnica o por haber diferido la operación por la apariencia satisfactoria del enfermo.

Sobre el total de 225 casos, 69,1 % corresponden a úlceras crónicas gastroduodenales o de la neoboca o a erosiones; los úlceros cánceres se consideran como úlceras crónicas, puesto que el mecanismo de hemorragia es en ellos igual al de la úlcera crónica, es decir, la erosión de una gruesa arteria en el fondo del cráter, 9,7 % son hemorragias de origen hepato esplénico, 8,4 % son criptogenéticas, 4 % corresponden al cáncer gástrico y 3 % a la hernia diafragmática. El resto corresponde a casos raros y variados que enumeramos a continuación: colecistitis aguda o crónica, cáncer del esófago, fístula colecisto duodenal, hemobilia traumática, aneurisma de la arteria esplénica, etc.

Para las úlceras gastroduodenales en el conjunto de las series, la mortalidad por ligadura arterial fué del 24 %, el tratamiento médico dió 11,6 % y la gastroduodenectomía sobre un total de 101 casos, de hemorragia grave y sin elección, dió 9,1 % de muerte.

La diferencia de gravedad de los casos puede dar, aún en manos del mismo cirujano y cuando las series son pequeñas, diferencias grandes de mortalidad para el mismo tratamiento. Así, en el período 1948 - 51, 40 gastrectomías consecutivas fueron realizadas sin ninguna muerte por 10 cirujanos de la Clínica, en tanto que de octubre de 1951 hasta marzo de 1953, 25 nuevas gastrectomías dieron 2 muertes (8 %) y en la última serie, 19 gastrectomías dieron 2 muertes (10.5 %).

ANÁLISIS DE LAS 5 SERIES DE CASOS

El tratamiento quirúrgico de las grandes hemorragias digestivas altas en nuestro Servicio, abarca el período 1938 - 1954, y comprende 5 series de casos. Esta división se justifica por la evolución que la experiencia adquirida después de cada una de las series determinó en la adopción de métodos de diagnóstico y elección de los tratamiento. Sobre la base de las nociones adquiridas en las dos primeras series de casos, y de las enseñanzas extraídas del análisis de 36 protocolos de autopsia de casos muertos por hemorragias masivas y pertenecientes a Servicios de Medicina, de los Hospitales Maciel y Pasteur, se implantaron, a partir de 1948, las reglas básicas del diagnóstico y del trata-

miento. Esta conducta fué aplicada desde entonces a la III, IV y V series.

HEMORRAGIAS GRAVES GASTRO - DUODENO - ESOFAGICAS

Síntesis

- I. — Directivas para el diagnóstico y tratamiento.
- II. — Calificación de hemorragias graves. Síntomas fieles y síntomas inseguros.
- III. — El laboratorio en la anemia aguda.
 - a) examen de sangre;
 - b) riñón en la anemia agudala cloruria (*Stress*)
tasa de urea en el suero
 - c) la coagulación sanguínea y el mielograma;
 - d) pruebas funcionales hepáticas.
- IV. — Diagnóstico lesional. Valor de la radiología.
- V. — Estadísticas. Análisis de 5 series de casos (255 observ.).
- VI. — Conclusiones:
 - a) lesiones anatómicas causales de las hemorragias masivas;
 - b) mecanismo de las hemorragias;
 - c) pronóstico (factor edad en las hemorragias);
 - d) tratamiento.
- VII. — Sumario.
- VIII. — Bibliografía.

ANALISIS SINTETICO DE LAS SERIES

1ª SERIE: 1938 - 1942 (1 - 2). Hemorragias gastro - duodenales.

7 observaciones úlcera crónica. Mortalidad 14.3 %.

6 úlceras duodenales;

1 úlcera gástrica.

Tratamiento: Ligadura de la gastro - duodenal o de la coronaria.

Resultado: Detención de la hemorragia en los 7 casos. 1 Muerte por peritonitis (autopsia). Las 7 observaciones correspondían a hemorragias cataclísmicas de inusitada gravedad, operadas después de fracaso del tratamiento médico.

- 1) LARGHERO YBARZ, P. — "Hemorragias gastro - duodenales graves". Bol. Soc. Cir. Montevideo. XIV. Nos. 3 - 4. 143. 1943.
- 2) LARGHERO YBARZ, P. — "Temas de cirugía de urgencia". Vol. 1. Pág. 13. Imp. Monteverde y Cía. 1948.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

IIª SERIE: 1942 - 1948.

63 observaciones de hemorragia grave gastro - duodeno - esofágica.

Mortalidad global: 33.3 %

LESION CAUSAL:

Úlcera crónica	{ duodenal gástrica	29 12	> 41		65	%	
Úlcus péptico neoboca		2			3	%	} 69.5 %
Erosión hemorrágica		1			1.5	%	
Schwanoma gástrico		1			1.5	%	
Criptogenéticas			7		11.1	%	
Hepatoesplénicas	{ cirrosis Werlhof	7 1	> 8		12.6	%	
Cáncer gástrico		3			5	%	

MUERTES POR HEMORRAGIA MASIVA GASTRO - DUODENO - ESOFAGICA

36 PROTOCOLOS DE AUTOPSIA

Hospitales Maciel y Pasteur

LESIONES CAUSALES:

Úlcera gástrica (ulceración de la arteria coronaria o ramas de la pilórica)	19	} 75 %
Úlcera duodenal (ulceración de la arteria gastro-duodenal o de sus ramas primarias)	8	
Cáncer gástrico	1	
Cirrosis hepática (várices esofágicas ulceradas)	1	
Erosiones gástricas (uremia)	1	
Pólipo gástrico ulcerado	1	

IIIª SERIE: Agosto 1948 - Octubre 1951.

62 Observaciones. Mortalidad global 9.6 %.

LESION CAUSAL:

Úlcus duodenal	26	42 %	} 71 %	
Úlcus gástrico	14	} 17		27.4 %
(1) Úlcero cáncer gástrico	3			
Úlcus péptico neoboca	1	1.6 %		
Hepatoesplénicas	4	6.4 %		
Cáncer del estómago	3	4.8 %		
Cáncer del esófago	3	4.8 %		
(2) Lesiones vesiculares	{ Litiasis	} 2	3.2 %	
				Malform.
Criptogenéticas	6	9.6 %		

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

IIIª SERIE:

CRITERIO TERAPEUTICO EN 44 ULCERAS GASTRODUODENALES Y DE LA NEO-BOCA

De acuerdo con el criterio radical expuesto anteriormente, el tratamiento en estos 44 casos fué el siguiente:

Gastrectomías	40	Muerte	0
Ligadura (arteria coronaria)	1		0
Tratamiento médico	3		1

IV SERIE: Noviembre 1951 - Abril 1953.

43 observaciones. Mortalidad global 14 %.

LESIONES CAUSALES:

Úlcera duodenal		17	
Úlcera gástrica		9	
Úlcero cáncer gástrico (ulcerac. art. coronaria)	1		72 %
Úlcus péptico neoboca	1		
Erosiones hemorrágicas:			
—erosión primitiva duodenal	1	}	
—erosiones periorales de gastrotroenterostomía	1		
—erosiones gástricas alrededor de úlcus calloso	1		
			3
Fístula colecisto - duodenal			1
Schwanoma asociado a úlcus duodenal			1
Cáncer de estómago			1
Hipertensión portal			5
Hemobilia traumática			1
Criptogenéticas			

IV SERIE:

CRITERIO TERAPEUTICO Y RESULTADO EN LAS LESIONES ULCERADAS BENIGNAS DEL ESTOMAGO Y DUODENO

De los 43 casos de esta serie, 33 corresponden a lesiones benignas ulceradas del estómago y duodeno; 28 fueron operadas, y 6 no operadas.

Tipo de operación:

Gastrectomías	25	Muertes:	2	8 %
Ligadura arterial	4		1	25 %
Exéresis parcial y ligadura... 1			0	0 %
(exulceración de Dieulafoy)				

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Vª SERIE: Mayo 1953 - Diciembre 1954.

50 Casos. Muertes 12. Mortalidad global: 24 %.

LESIONES CAUSALES:

Úlcera duodenal	15	27	54 %	68 %
Úlcera gástrica	12			
Úlcera péptica neoboca	1		2 %	
Divertículo duodenal	1		2 %	
Cáncer gástrico	2		4 %	
Colecistitis aguda	2		4 %	
Várice esofágica yuxta cardial ..	1		2 %	
Hipertensión portal	5		10 %	
Hernia del hiato diafragmático	7		14 %	
Aneurisma de la arteria esplénica	1		2 %	
Criptogénicas	3		6 %	

Vª SERIE:

ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO Y RESULTADOS

Úlcera duodenal 15 Casos

Gastrectomía	10	Muerte	0
Ligadura	1		1
Trat. médico	4		0

Úlcera gástrica 12 Casos

Gastrectomía	8	Muerte	1
Ligadura	3		2
Trat. médico			1

Úlcus péptico de la neo - boca (1 caso)

Gastrectomía:	1	Muerte: 1
---------------------	---	-----------

Divertículo duodenal (1 caso)

Trat. médico	Curación
-------------------	----------

Cáncer gástrico (2 casos)

Gastrectomía:	1	Muerte: 1
Lap. exploradora	1	Muerte: 1

Colecistitis aguda (2 casos)

Colecistectomía	1	Curación
(piocolecisto)		
Colecistostomía	1	Curación
(colecistitis crónica)		

Várice esofágica yuxta cardial (1 caso)

Trat. resección por vía endo - gastro - tuberositaria: Curación.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Vª SERIE:

Hipertensión portal — 5 Casos — Muertes 3

Resección trans-esofágica de

várices- 1 caso—Muerte.

Hemostasis con Balón de S. B. 1 " —Detención de hem. Recid. al 30º
día y muerte.

No operado (transfusión de
reposición)

3 " —Muerte 1.

Hernia del hiato — 7 Casos

Operación de Allison 6 casos — Muerte 0.

Tratamiento médico 1

Aneurisma arteria esplénica — 1 Caso

Esplenectomía y pancreatectomía caudal — Muerte.

Criptogenéticas — 3 Casos

Tratamiento médico Muerte 0.

CRITERIO TERAPEUTICO EN LAS LESIONES ULCEROSAS BENIGNAS DEL ESTOMAGO Y DUODENO, EN LA V SERIE

29 lesiones de este tipo (27 úlceras callosas, 1 ulcus péptico de la
neo boca y 1 divertículo del duodeno), recibieron el siguiente trata-
miento:

19 gastrectomías		2 Muertes	10.5 %
4 ligaduras		3	75 %
6 tratamiento médico		1	15 %

LESIONES ANATOMICAS CAUSALES

LESIONES CAUSALES DE HEMORRAGIA GRAVE GASTRO-DUODENO-ESOFAGICAS

225 Observaciones
1938 - 1954

LESION SERIE I 1938-1942 SERIE II 1943-1948 SERIE III 1949-1951 SERIE IV 1952 SERIE V 1953
Marzo 1953 Dic. 1954

Ulcera duodenal crónica	6	29	26	17	15	93	41.3 %
Ulcera gástrica crónica o úlcero cáncer	1	12	17	10	12	52	23.1 %
Ulcera de la neo - boca		2	1	1	1	5	2.2 %
Erosiones o úlceraciones agudas gastro - duodenales primitivas o periorales.		1		3		4	1.7 %
Cáncer gástrico		3	3	1	2	9	4 %
Schwanoma gástrico		1		1		2	0.9 %

68.3 %

LESION	SERIE I 1938-1942		SERIE II 1943-1948		SERIE III 1949-1951		SERIE IV 1952		SERIE V Abr. 1953		%
	8	4	4	5	5	5	22				
Hepato - esplénicas (hip. portal o hiperesplenismo)								9.7 %			
Hernia del hato diafragmático.							7	3.1 %			
Cáncer del esófago		3					3	1.3 %			
agudas											
Colecistitis: subagudas crónicas		2		2			4	1.7 %			
Fístula colecisto - duodenal				1			1	0.4 %			
Várices de esófago yuxta - cardial (sin cirrosis)					1		1	0.4 %			
Divertículo duodeno					1		1	0.4 %			
Aneurisma arteria esplénica.						1	1	0.4 %			
Hemobilia traumática				1			1	0.4 %			
Criptogénicas		7	6	3	3		19	8.4 %			
	7	63		43			225				

PRONOSTICO

EL FACTOR EDAD

177 hemorragias graves por lesiones ulceradas benignas del estómago y duodeno

Tratadas por gastrectomía, o ligadura o no operados

22 MUERTES

EIDADES	{	de 45 a 73 años	78.3 %
		de 37 a 44 años	21.7 %

EL FACTOR LOCALIZACION

22 MUERTES	{	13 ULCUS GASTRICOS	59 %
		6 ULCUS DUODENALES ...	27 %
		2 SIN LESION	9 %
		1 ULCUS PEPTICO	5 %

TRATAMIENTO

177 lesiones sangrantes benignas del estómago y duodeno

CAUSAS :

93 ULCERAS DE DUODENO	
53 ULCERAS DE ESTOMAGO	
5 ULCERAS DE LA NEO-BOCA	
4 EROSIONES HEMORRAGICAS	89 %
2 SCHWANOMAS GASTRICOS	{
1 FISTULA COLECISTO-DUODENAL	
1 DIVERTICULO DEL DUODENO	
19 HEMORRAGIAS CRIPTOGENETICAS	11 %

Los tratamientos instituidos en 177 lesiones ulceradas benignas del estómago y duodeno, dieron el siguiente resultado:

Gastrectomía	101 casos	Mortalidad	9.8 %
Tratamiento médico ..	43 casos	Mortalidad	11.6 %
Ligaduras	33 casos	Mortalidad	21.2 %

Sumario

225 observaciones de hemorragias graves, del tracto digestivo superior tratadas en 17 años, son analizadas en 5 series, del punto de vista clínico, radiológico, etiológico y patogénico y del tratamiento.

Se define el concepto de hemorragia grave sobre la base de elementos clínicos jerarquizando los síntomas y signos de acuerdo con su fidelidad, para calificar la magnitud de la pérdida sanguínea.

Para la estimación de la entidad de la hemorragia, se discuten los datos del recuento globular rojo y blanco, de la tasa de hemoglobina y de la tasa de cloruros en la orina; y para el diagnóstico de las hemorragias de causa esplénica o hepática, el valor del mielograma en las primeras y de la esofagoscopia y rayos X y las pruebas de funcionalidad hepática en las segundas.

Se recalca la importancia de los antecedentes dispépticos en el diagnóstico positivo de la úlcera gastro duodenal, haciendo énfasis especial en el valor del examen radiológico intrahemorragico para su diagnóstico firme.

En 80 a 85 % de casos (variaciones con las series) ⁽¹⁾ el mecanismo en la úlcera callosa del duodeno o del estómago y en el úlcero cáncer gástrico, ha sido la erosión de un grueso tronco arterial.

Para las otras lesiones causales se exponen los mecanismos de hemorragia, haciendo un estudio aparte de las hemorragias que se presentan como clínicamente criptogenética y exponiendo los métodos adecuados para el diagnóstico de la lesión responsable.

La mortalidad global en 225 observaciones ha sido del 19,6 %.

La incidencia de las lesiones causales en los 225 casos ha sido:

Úlcera crónica del duodeno, estómago o neo-boca de gastro yeyunostomía	66,6 %
Lesiones hepato esplénicas (hipertensión portal o hiperesplenismo	9,7 %
Hemorragias criptogenéticas	8,4 %
Cáncer gástrico	4 %
Hernias del hiato	3 %
Colecistitis	1,7 %

(1) En una de las series fué del 94 %.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Erosiones hemorrágicas primarias o secundarias	1,7 %
Lesiones raras	5 %

Los tratamientos instituidos en 177 lesiones ulceradas benignas del estómago y duodeno, dieron el siguiente resultado:

Gastrectomía	101 casos	Mortalidad	9,8 %
Tratamiento médico	43		11,6 %
Ligaduras	33		21,2 %

Se analizan los casos de muerte de cada uno de los métodos terapéuticos llegándose a la conclusión de que la resección gastro duodenal es el tratamiento de elección y que para las hemorragias por úlcera gástrica él es imperativo.

Dr. Cendán. — El trabajo presentado por el Profesor Larghero, perfectamente documentado, basado en gran experiencia personal, coincide con lo que hemos podido observar en número mucho menor de casos de hemorragias graves digestivas altas.

El problema de diagnóstico etiológico, muchas veces debe ser dejado de lado y debe irse a la intervención basado en el dato estadístico de que el porcentaje de hemorragias de origen gastro-duodenal por erosión de vaso importante, es la causa en un elevado porcentaje; con esa conducta se puede entonces solucionar una grave situación, que de otra manera no podía ser resuelta con la urgencia requerida.

Entre las causas, fuera de las que ha insistido el profesor Larghero, hemos tenido oportunidad de observar hemorragias graves gastro duodenales por gastritis hemorrágica, casos en los cuales no se encuentra punto determinado sangrante, sino hemorragias múltiples, difusas, de la mucosa gástrica; nosotros tuvimos ocasión de operar un enfermo en estas condiciones, practicamos gastrectomía de urgencia, y la evolución posterior fué buena.

Otro caso, que tuve ocasión de tratar en 1938, el Dr. Cantón, aquí presente, lo recordará, un enfermo de 22 años ingresó al H. Maciel por hematemesis, profusas con anemia aguda. Por razones de edad, y antecedentes de ardores epigástricos, hicimos diagnóstico de hemorragia de origen ulceroso, y fué intervenido de urgencia, comprobándose con gran sorpresa, que se trataba de un enorme tumor esplénico, adherente, imposible de extirpar. Dada la gravedad del enfermo e imposibilidad de proceder a una esplenectomía, hicimos la ligadura del perículo esplénico con lo cual no tuvimos resultado, pues las hematemesis continuaron y el enfermo falleció.

Se practicó la necropsia, y con gran sorpresa comprobamos que el tumor esplénico era un gran quiste hidático central del bazo. El estudio del esófago, estómago e intestino no permitieron establecer cuál era el sitio de la hemorragia tan profusa que ocasionó la muerte.

Dr. Chifflet. — Creo que la comunicación del Dr. Larghero es concluyente. Planteado el problema que en el momento actual, parece que inclina a todos los cirujanos a la orientación intervencionista en las grandes hemorragias del tubo digestivo.

Diría que discutir la comunicación del Dr. Larghero, hoy es discutir fuera de fecha, por lo que cabe felicitarlo ya que esta estadística se inicia con gastrectomía de hace muchos años atrás; no es una comunicación de las gastrectomías empleadas en el momento actual, es una comunicación que tiene iniciación de muchos años atrás cuando el problema era motivo de discusión.

Ahora podría presentar motivo a ciertas consideraciones en algunos aspectos y tal vez a apreciaciones de orden personal para cada caso particular, porque me parece que nos encontramos de acuerdo en las conclusiones.

Deseo únicamente referirme a dos pequeños puntos en concreto: uno de ellos surge de la estadística del Dr. Larghero, referente a los malos resultados de las ligaduras vasculares; fué una operación que dentro de la evolución quirúrgica se interpone entre la conducta expectante y la conducta radical de la gastrectomía; siempre le tuvimos gran antipatía a la intervención de ligaduras y tuvimos, como anatomista, la impresión que las tales ligaduras vasculares eran un recurso quirúrgico, que no cumplía con las exigencias de la supresión de la hemorragia porque sabemos técnicamente lo difícil que es, en esas condiciones, hacer una ligadura sin hacer liberación del foco, tanto de una gastro - duodenal como coronaria.

Sabemos que la propia ligadura ni siquiera deja hemostasiado el vaso que está sangrando. En la estadística de Larghero aparece un porcentaje de mortalidad importante, incluso de algunas complicaciones por ligadura vascular, de modo que creo que esta última serie de Larghero, son una especie de demostración de que hemos pasado la etapa de la ligadura y que estamos en el momento en que la gastrectomía, es la indicación.

El segundo punto que puede ser a nuestro modo de ver de cierto interés, es el tiempo que ha transcurrido entre el momento en que el enfermo entró en estado de anemia aguda y el momento que fué hecha la intervención quirúrgica. La consideración de ese factor de tiempo es lo que nos ha llevado a nosotros a una intervención más sistemática. Una cosa es la operación de un enfermo que ha perdido sangre y se reemplaza la sangre que perdió, y otra cosa operar un enfermo que durante 2, 3, 4 días ha tolerado una anemia con una agresión de parénquima noble. Se puede reemplazar la sangre, pero no se puede tratar su agresión al hígado, al cerebro, al corazón, es decir, las consecuencias de la anemia que ha arrastrado durante 2 ó 3 días. Diría y estoy de acuerdo con el Dr. Larghero que el enfermo que sangra en lugar de un tratamiento médico, debe pasar al cirujano de primer momento y como cirujanos vamos a hacer más en esa circunstancia que en un enfermo que ha pasado 3 ó 4 días, que no es hemorrágico, que es parenquimatoso.