

MINISTERIO DE EDUCACION
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TRATAMIENTO DE LA HEMLORRAGIA GASTRO-
DUODENAL POR ULCUS

Tesis para optar al
título de doctor en
medicina presentada
por
RODOLFO CESAR GHILINI

PADRINO DE TESIS
PROFESOR DOCTOR ALFRE-
DO POLIZZA

AÑO 1951

MINISTERIO DE EDUCACION
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

AUTORIDADES

RECTOR: Profesor Dr. Luis Irigoyen

VICERRECTOR: Prof. Dr. Pedro G. Paternosto

SECRETARIO GENERAL INTERINO: D. Victoriano F. Luaces

SECRETARIO ADMINISTRATIVO: D. Rafael G. Rosa

CONTADOR GENERAL: D. Horacio J. Blake

CONSEJO UNIVERSITARIO

Prof. Dr. Pascual R. Cervini

" " Rodolfo Rossi

" " José F. Molfino

" " Pedro G. Paternosto

" " Carlos M. Harispe

" " Horis Del Prete

" " Eugenio Mordegli

" " Silvio Mangariello

" " Arturo Cambours Ocampo

" Ing. Carlos Pascali

" Dr. Obdulio Ferrari

" Ing. René R.E. Thiery

" " José María Castiglioni

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

AUTORIDADES

DECANO: Prof. Dr. Pascual R. Cervini

VICEDECANO: Prof. Dr. Diego M. Argüello (Int.)

SECRETARIO: Prof. Dr. Flavio J. Briasco

OFICIAL MAYOR A CARGO DE LA PROSECRETARIA

Sr. Rafael Lafuente

CONSEJO DIRECTIVO

Prof. Dr. Alberto Gascón

- " " Ilencio F. Canestri
- " " Roberto Gandolfo Herrera
- " " Julio R. A. Obiglio
- " " Rómulo R. Lambre
- " " Víctor A. E. Bach
- " " Victorio Nacif
- " " Enrique A. Votta
- " " Herminio L. M. Zatti

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Rophille Francisco

" Greco Nicolás V.

" Soto Mario L.

PROFESORES TITULARES

Dr. Argüello Diego M. - Cl. Oftalmológica

" Baldassare Enrique C. - F.F. y T. Terapéutica

" Bianchi Andrés E. - Anatomía y F. Patológicas

" Caeiro José A. - Patología Quirúrgica

" Caestri Inocencio F. - Medicina Operatoria

" Carratalá Rogelio - Toxicología

" Carreño Carlos V. - Higiene y Medicina Social

" Cervini Pascual R. - Cl. Pediátrica y Puericultura

" Corazzi Eduardo S. - Patología Medica Ia.

" Christmann Federico E. B. - Cl. Quirúrgica IIa.

" D'Ovidio Francisco R. E. - P. y Cl. de la Tuberc.

" Errecart Pedro L. - Cl. Otorrinolaringológica

" Echave Dionisio - Física Biológica

" Floriani Carlos - Parasitología

" Gandolfo Herrera Roberto - Cl. Ginecológica

" Gascón Alberto - Fisiología con Psicología

" Girardi Valentin C. - Ortopedia y Traumatología

" González Hernán D. - Cl. de Enf. Infecciosas y P.T.

" Irigoyen Luis - Embriología e Histología Normal

" Lambre Rómulo - Anatomía Ia.

" Loudet Osvaldo - Cl. Psiquiátrica

" Lyonnet Julio H. - Anatomía IIa.

" Maciel Crespo Fidel - Semiología y Cl. Proped.

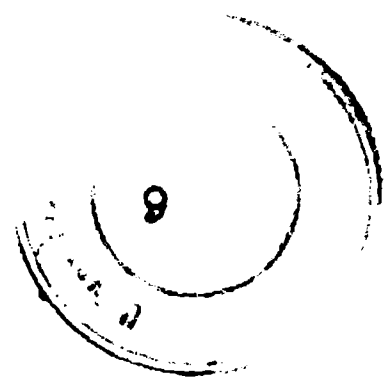
- Dr. Martinez Diego J.J. - Patología Médica IIa.
" Mazzei Egidio S. - Clínica Médica IIa.
" Montenegro Antonio - Cl. Genitourrológica
" Manso Soto Alberto E. - Microbiología
" Monteverde Victorio - Cl. Obstétrica
" Obiglio Julio R. A. - Medicina Legal
" Othaz Ernesto L. - Cl. Dermatosifilográfica
" Rivas Carlos I. - Cl. Quirúrgica Ia.
" Rossi Rodolfo - Clínica Médica Ia.
" Sepich Marcelino J. - Cl. Neurológica
" Uslenghi José P. - Radiología y Fisioterapia

PROFESORES ADJUNTOS

- Dr. Aguilar Giraldes Delio J. - Cl. P. y Puericultura
" Acevedo Benigno S. - Química Biológica
" Andreu Luciano M. - Cl. Médica Ia.
" Bach Víctor E. - Cl. Quirúrgica Ia.
" Baglietto Luis A. - Medicina Operatoria
" Baila Mario R. - Cl. Médica IIa.
" Barani Luis T. - Clínica Dermatosifilográfica
" Bellingi José - Patología y Cl. de la Tubercul.
" Bigatti Alberto - Cl. Dermatosifilográfica
" Briasco Flavio - Cl. Pediatría y Puericultura
" Caino Héctor V. - Clínica Médica Ia.
" Calzetta Raúl V. - Semiología y Cl. Propedeut.
" Cabarrou Arturo - Clínica Médica Ia.
" Carri Enrique L. - Parasitología
" Cartelli Natalio - Cl. Ginecológica
" Castedo César - Cl. Neurológica
" Castillo Odena Isidoro - Ortopedia y Traumatología
" Ciafardo Roberto - Cl. Psiquiátrica
" Conti Alcides L. - Cl. Dermatosifilográfica
" Correa Bustos Horacio - Cl. Oftalmológica
" Curcio Francisco I. - Cl. Neurológica
" Chescotta Néstor A. - Anatomía Ia.
" Dal Lago Héctor - Ortopedia y Traumatología
" De Lema Rogelio E. A. - Higiene y Medicina Social
" Dobric Beltrán Leonardo L. - Patología y Cl. de la Tub.
" Dragonetti Arturo R. - Higiene y Medicina Social
" Dassaut Alejandro - Medicina Operatoria
" Fernandez Audicio Julio C. - Cl. Ginecológica
" Fuertes Federico - Cl. de Enf. Infecciosas y P.T.

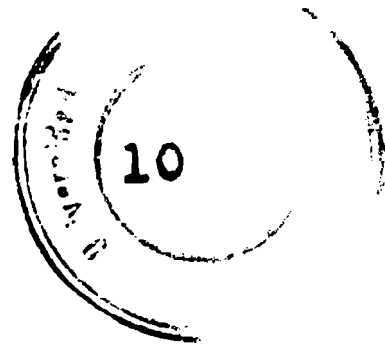
- Dr. Garibotto Roman C. - Patología Médica IIa.
" García Olivera Miguel A. - Medicina Legal
" Giglio Irma C. de - Cl. Oftalmológica
" Giroto Rodolfo - Cl. Genitourológica
" Gorostarzu Carlos Mario - Anatomía IIa.
" Gotusso Guillermo O. - Cl. Neurológica
" Guixá Héctor Lucio - Cl. Ginecológica
" Inbriano Aldo Enrique - Fisiología
" Ingratta Ricardo N. - Cl. Obstétrica
" Lascano Eduardo Florencio - Anatomía y Patológ.
" Loga cio Juan - Patología Médica Ia.
" Loza Julio C. - Higiene y M. Social
" Lozano Federico S. - Cl. Médica Ia.
" Mainetti José María - Cl. Quirúrgica Ia.
" Manguel Mauricio - Cl. Médica IIa.
" Marini Luis C. - Microbiología
" Martínez Joaquín D.A. - Semiología y Cl. Proped.
" Martini Juan Livio - Cl. Obstétrica
" Matusevich José - Cl. Otorrinolaringológica
" Meilij Elías - Patología y Cl. de la Tuberc.
" Michelini Raúl T. - Cl. Quirúrgica IIa.
" Morano Brandí José - Cl. Pediátrica y Pueric.
" Moreda Julio M. - Radiología y Fisioterapia
" Nacif Victorio - Radiología y Fisioterapia
" Naveiro Rodolfo - Patología Quirúrgica
" Negrete Daniel H. - Patología Médica
" Pereira Roberto - Cl. Oftalmológica
" Prieto Elias Herberto - Embriología e Histología N.
" Prini Abel - Cl. Otorrinolaringológica
" Peña Raúl P. - Cl. Quirúrgica Ia.
" Polizza Amleto - Medicina Operatoria
" Roselli Julio - Cl. Pediátrica y Puericult.
" Ruera Juan - Patología Médica Ia.

- Dr. **Bánchez Héctor** - Patología Quirúrgica
" **Schaposnik Fidel** - Clínica Médica IIa.
" **Taylor Gorostiaga Diego J.J.** - Cl. Obstétrica
" **Torres Manuel M.** - Cl. Obstétrica
" **Trinca Saúl E.** - Cl. Quirúrgica IIa.
" **Tropeano Antonio** - Microbiología
" **Tolosa Emilio** - Cl. Otorrinolaringológica
" **Tosi Bruno** - Cl. Oftalmológica
" **Vanni Edmundo** - Semiología y Cl. Proped.
" **Vazquez Pedro O.** - Patología Médica IIa.
" **Votta Enrique A.** - Patología Quirúrgica
" **Tau Ramón** - Semiología y Cl. Propedéutica
" **Zabludovich Salomón** - Cl. Médica IIa.
" **Zatti Herminio L.M.** - Cl. de Enf. Infecciosas
y P. Tropical



A MIS PADRES





Al profesor Dr. Víctor A.E.Bach
por la atención que me ha dis-
pensado al facilitarme el Ar-
chivo de la Sala V.

TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA GASTRODUODENAL
POR ULCUS

La importancia del tema elegido, deriva de la gravedad del mismo, de la dificultad diagnóstica en muchos casos, de la relativa frecuencia en los portadores de una úlcera 25 % y dentro de las hematemesis 70 %.

Brevemente podemos decir, que, antes del año 1914 la intervención de urgencia no era aceptada; en general el tratamiento era puramente médico en base a una dieta rigurosa, lavajes de estómago con percloruro de hierro, coagulantes, reposo y aplicación por vía hipodérmica de sueros. Después de ella, Finsterer en Viena (1918), Pauchet en Francia, Bohmansen en Escandinavia, inauguran la práctica de intervenir sistemáticamente a todos los casos. Esa conducta ha sido seguida por un gran número de Cirujanos, y el problema que parecía resuelto se plantea de nuevo. No es nada extraño. Dos hechos relativamente recientes han sobrevenido susceptibles de modificar, puede ser, las reglas clásicas; por una parte el progreso técnico en la cirugía gástrica con la cual los cirujanos se han familiarizado más ultimamente, y por otra

el uso de la transfusión sanguínea, que viene a prestar su recurso a una intervención bien incierta sin ella. (de Pavlosky).

Un signo que ha dado nombre a la complicación que estudiamos, que trae aparejado el cortejo subjetivo y objetivo de la enfermedad, del cual derivan todos los síntomas y los desequilibrios humorales del paciente, la hemorragia, y su repercusión sobre el organismo, puede y debe ser la guía tutelar de nuestra actitud futura.

Siguiendo a Bockus, y para tener una vista panorámica del porque de las hemorragias digestivas, las clasificaremos en intra y extragástricas.

Intragástricas:

Úlcera péptica (con inclusión de la duodenal y post-operatoria)

Gastritis y duodenitis

Tumores malignos gástricos

Sifilis y T. B. C.

Tumores benignos de estómago y duodeno

Hemorragia post-operatoria

Rotura de un vaso escleroso

Crisis gástrica de tabes dorsal.

Estómago supradiafragmático

Traumatismo

Extragástricas:

Cirrosis del hígado

Trombosis portal o mesentérica

Enf. esplénicas

Enf. del esófago

Enf. hemáticas

Enf. de la vesícula biliar, apéndice y páncreas, carcinoma del páncreas con invasión del duodeno

Lesiones del intestino delgado

Enf. cardíacas y pulmonares

Roturas de aneurismas.

Sangre deglutida

Menstruación vicariante

Causas generales

Casi el 70% de las hemorragias graves del tracto digestivo superior se originan en las úlceras gástricas o duodenales. Le siguen en orden de frecuencia etiológica, las várices esofágicas, la gastroduodenitis hemorrágica y los blastomas sangrantes.

Dentro de las hemorragias gástricas las tres principales causas son: la gastritis hemorrágica, la congestión activa de la úlcera o zona circunvecina, y la erosión de un grueso vaso.

La gastritis hemorrágica generada por una causa tóxica endógena o exógena puede ser descartada como una prolija anamnesis. Por lo general van acompañadas de intensos ardores que les preceden y que se acompañan de intolerancia gástrica, pudiendo ser calmados con reposo del órgano y medicación local. No tiene una gran sintomatología gástrica; no justifican el tratamiento quirúrgico.

La segunda forma es la congestión local de la úlcera y zona circunvecina en estado de infección y cuyo diagnóstico pueden hacerse en base a ciertos signos, como el dolor casi permanente, sin horario, sobreviniendo aunque el enfermo coma o no y que evidencia una infección local con flogosis. La intervención en este caso deberá postergarse dado el estado inflamatorio del órgano.

Cuando la hemorragia proviene de la úlcera o bordes de ella, por simple congestión, sin haber infección, no va acompañada de dolores por lo general, la conducta expectante es la más indicada, la hemorragia se cohibe, sin mostrar tendencia a su repetición.

La tercera causa es aquella motivada por la erosión de un grueso vaso, por avance del proceso na-

crotizante y es la que nos interesa y cuyo diagnóstico positivo se basa en:

Hemorragia: sabemos que consiste en la pérdida de sangre vertida, ya sea hacia el exterior, en forma discreta o gruesa, o dentro de cavidades. Asume caracteres clínicos objetivos o subjetivos, cuando la cantidad del derrame da manifestaciones secundarias por repercutir en el estado general del paciente. Se produce generalmente por lesión de los vasos, preferentemente arteriales o venosos y algunas veces capilares. En el caso especial, nuestro, se realiza bajo las dos formas: hematemesis y melenas.

La primera forma se define como la presencia de sangre proveniente del tracto gastrointestinal superior, que se elimina por boca, transformada o no.

La melena es la pérdida por recto de sangre, en forma gruesa o discreta y hasta microscópica, de color oscuro, alquitranada o rutilante y roja.

La pérdida puede manifestarse por una escasa cantidad de sangre, a la cual hasta el mismo enfermo le ha de restar importancia, hasta la enorme cantidad que puede dar la sensación que perderemos al paciente en pocos segundos, tal es la violencia de síntomas agregados y la objetividad de los rexis ante

nuestros ojos; dentro de estos dos estados opuestos podríamos decir, tenemos una gama de situaciones intermedias.

Importante también sin lugar a dudas es la melena ya que generalmente acompaña a la hematemesis, aumentando con su cantidad el volumen total perdido, otras veces es el único síntoma de la úlcera sangrante, sobre todo en las que se localizan en duodeno.

Las hemorragias pueden ser únicas o múltiples, estando su repetición en relación directa con el estado del proceso, distinto en su constitución anatómopatológica, en una exulceración, una úlcera fresca y una típica de Cruvelhier.

Para el pronóstico y por ende para orientar el tratamiento tiene singular valor la cantidad derramada, y la repetición, tanto más importante cuanto referida a las horas de evolución del mal. La pequeña hemorragia repetida en el curso de los días que aunque por su cantidad no manifiesta la gravedad del proceso, nos pone sobre aviso de que el mismo sigue su evolución, nos indica también que el tratamiento médico que siempre ha de ser instituido, no ha dado resultado.

De aparición brusca y de evolución muy rápida,

la hemorragia masiva lleva en la mayoría de los casos al enfermo al shock, y del cual difícilmente salen, dada la conocida tendencia a la repetición que tienen estas verdaderas sangrías ulcoides. La anoxia, consecuencia lógica de este cuadro y factor dominante de su fisiopatología, crea un círculo vicioso, del cual es muy difícil sacar al enfermo, dada su repercusión en centros y parénquimas; el shock se torna de esta manera irreversible.

La úlcera casi siempre sangra por la erosión de un vaso importante. A menudo como veremos más adelante, este vaso está afecto de lesiones ateroscleróticas, de ahí la frecuencia de esta complicación después de la cuarta década de la vida.

Shock: la gran pérdida sanguínea, la sensación dolorosa que ésta afección trae aparejada, antes del proceso agudo o durante el mismo y por último el estado de ansiedad y excitación por la visualización del caudal derramado, llevan al shock. Este ha dado que opinar a los intervencionistas, pues para ellos significa que las lesiones de anoxia repercuten en forma manifiesta sobre los capilares de la zona ulcerosa y a medida que el tiempo pasa y persiste este estado, menos posibilidades existirían para la cesación espon-

tánea de la hemorragia.

La anoxia actúa sobre los parénquimas nobles como el renal, con sus consecuencias sobre la filtración de la orina y sus manifestaciones sobre la elevación de la tasa ureica la cual podrá sumarse en un futuro a la obtenida por la digestión de las proteínas sanguíneas presentes en la luz intestinal.

Hipotensión: síntoma que forma parte del cuadro de shock y también como manifestación de defensa del organismo, para evitar la prosecución de la hemorragia, pues al disminuir la presión sistólica coadyuva a la formación y fijación del coágulo.

Tiene extraordinario valor y por lo tanto debe ser atentamente vigilada pues un descenso inusitado de la misma trae accidentes irreparables, en relación siempre a los parénquimas nobles.

Pulso: va a compás con los dos anteriores hipotensión y shock. Su valor aumenta como índice pronóstico para decidir nuestra terapéutica en relación directa con su frecuencia.

Dolor: tipo del dolor referido al tiempo, ritmo, localización, intensidad, irradiación. El cambio de dolor que de rítmico y periódico se hace permanente, su irradiación hacia la espalda entre la 8a. o 12a. dor-

sal y que en el primer caso nos orientará hacia una complicación del proceso en el páncreas, epiplón menor o en hígado.

Luego de una hemorragia por lo general hay cesación de los síntomas subjetivos.

La continuidad del dolor en el transcurso del día, nos ha de hablar sino de una complicación por lo menos de la progresión del mal en profundidad, el enfermo que situaba su dolor en epigastrio, como un punto y luego comienza a manifestar que se le corre hacia algún lado en forma precisa, nos indica que su proceso ya se ha complicado. A veces no hay dolor.

Exámenes auxiliares: se refieren al índice recogido en el hematocrito, recuento y fórmula, la tasa ureica y datos que nos puede dar el interrogatorio del enfermo o sus familiares.

El hematocrito nos va a indicar en forma manifiesta la cantidad de elementos figurados circulantes como medida de prevención debemos ponernos a recaudo de los falsos resultados que pueden obtenerse antes de pasar el agua de los tejidos a la sangre, que se manifieste por la hemoconcentración. El valor extraordinario de este examen, es que por su intermedio podemos seguir paso a paso el curso de la hemorragia.

El recuento y fórmula y las cifras de hemoglobina nos sirven para notificarnos de un mayor o menor estado de anemia, que puede ser microcítica e hipocrómica.

La urea sanguínea de escaso valor en los primeros momentos, va adquiriendo jerarquía cuando comienza la reabsorción de las proteínas sanguíneas. Sumada algunas veces a esta reabsorción, la hipotensión y la anemia, al actuar sobre los capilares renales los lesionan por el déficit de oxígeno y por la escasa tensión que lleva el torrente sanguíneo, no alcanza a filtrar la orina, o si lo hace es en pequeña cantidad y así se llega a la oliguria o anuria.

La elevación de la tasa urémica y su persistencia implican mal pronóstico pues es un índice de que la hemorragia continúa; de ahí que su determinación se imponga antes, durante y después del tratamiento.

Bockus y Shill, hallaron una mortalidad mayor en los enfermos cuya concentración de urea en sangre oscilaba alrededor de 100 mg por 1000 cc. de suero.

Datos anamnésicos: dentro de la anamnesis interesa el típico dolor hambre que se calma con la ingestión de alimentos. El dolor tardío o nocturno. El enfermo aquel, acostumbrado al acostarse ir acompañado

de su vaso de leche, o de bicarbonato de sodio, le hemos de dar su justo valor.

El tratamiento que ha llevado el paciente, si lo ha hecho o no, si ha transgredido los regímenes dietéticos y las medicaciones, no lo echaremos en saco roto, pues generalmente los enfermos disciplinados no realizan la penetración en órganos vecinos.

Algo que puede aportar el enfermo es un estudio radiológico de su afección, incluso hay autores que preconizan su realización de urgencia pues ello no reportaría ningún mal para el paciente (Pavlovsky).

Suele además traernos un examen de jugo gástrico. Todo esto puede ayudarnos en nuestra tarea. En algunos casos es necesario interrogar a los familiares.

Anatomía patológica

Los vasos generalmente afectados o erosionados son las coronarias o sus ramas importantes, las pancreático-duodenales, gastroduodenales y las pilóricas.

La anatomía patológica en enfermos de más de 40 años con aterosclerosis generalizado, van desde el discreto espesamiento de la mesoarteria, hasta las

lesiones avanzadas de esclerosis con participación de la íntima y de la túnica elástica. Por la escasa disposición de retraerse el vaso, es difícil el cese espontáneo de la hemorragia. A esto hay que agregar que la o las arterias con las lesiones enunciadas, se hallan en lecho ulceroso, de por sí acartonado y duro y por lo tanto existe un nuevo factor que favorece la rexis.

Este argumento de peso lo esgrimen los intervencionistas, alegando que poco puede hacer el tratamiento médico, ante el panorama planteado - pues por sí sola no va a obturarse la luz de una arteria en semejantes condiciones.

Tratamiento médico

La terapéutica empleada para ser efectiva debe actuar: 1) combatiendo el shock, 2) deteniendo la hemorragia, 3) favoreciendo la cicatrización del proceso ulceroso, 4) reponiendo las pérdidas sanguíneas.

Contra el shock la primera indicación es el reposo absoluto físico y mental. Este último justificaría el empleo de los opiáceos. Para Bockus la morfina causa vómitos que mantienen la intranquilidad del enfermo, por ello prefiero el pantopon o dilaudid.

Por otra parte es común en los gastroduodenales crónicos la existencia de alteración de la célula hepática, por lo que la descomposición y eliminación de la morfina puede traer fenómenos tóxicos o de intolerancia. Otros recomiendan en las primeras 48 horas la inyección de 0,03 a 0,09 gr. de fenobarbital sódico.

Según Reich el mejor medicamento para cohibir las gastrorragias, es la morfina, porque aunque excita la náusea y el vómito, produce como ha sido demostrado experimentalmente, una caída del tono gástrico, una disminución de las contracciones y en dosis terapéuticas inhibe la secreción ácida frecuentemente aumentada en los ulcerosos. Actuaría como sedante nervioso, disminuyendo el peristaltismo y mitigando la sed según Lerner, hay que ser parco en la dosis quedándose en aquella que de ese estado de euforia y de indiferencia sin que aparezca la náusea, el vómito y la irritableidad mental. A pesar de actuar sobre el esfínter pilórico aumentando su tonicidad, prevalece su acción tónica y sedante y de ahí su empleo. La formación del coágulo a nivel del punto que sangra, se ve facilitado por el reposo completo, ya que disminuye la actividad cardíaca y la presión

arterial baja.

Es necesario combatir la hipotermia mediante el uso de bolases de agua caliente, y para mantener en reposo al enfermo es conveniente la bolsa de hielo sobre epigastrio, si bien su acción sobre el proceso dista de ser efectiva.

Para mantener en las mejores condiciones la circulación del cerebro, se elevarán dentro de la cama los pies del enfermo, y si ello no bastara y los síntomas de anemia cerebral persistieran, se colocarán vendajes medianamente compresivos, en miembros y aún en abdomen.

El uso de los analépticos cardiorrespiratorios deben manejarse con cuidado, para evitar un aumento brusco de la presión arterial que reanudaría la hemorragia.

El uso de cardiotónicos, a excepción de cuando verdadera insuficiencia cardíaca, no está justificado, porque la reducción del volumen sanguíneo circulante, se opone a que aquellos ejerzan una acción eficaz.

Para combatir la hemodinamia es necesario combatir la pérdida de líquido. Disponemos de la transfusión de sangre, plasma, soluciones salinas o solu-

caradas.

Entre nosotros la transfusión de sangre pura tiene más partidarios que detractores y se utiliza como elemento base o ya como preparatorio a la intervención quirúrgica.

La transfusión sanguínea actuaría provocando:

- 1) Una acción tónica vascular sobre la circulación periférica.
- 2) Una acción sustitutiva y movilizadora de reservas sanguíneas.
- 3) Una acción hemotopoiética
- 4) Una acción hemostática
- 5) Una acción sobre el equilibrio ácido base.
- 6) Una acción estimulante sobre los recambios orgánicos.
- 7) Una acción antitóxica y antiinfecciosa
- 8) Una acción opoterápica.

El uso que se ha hecho de este procedimiento en situaciones que no lo justificaban, ha motivado que se formularan reparos contra él.

Christiansen lo culpa de haber sido el causante de muchas muertes por renovación de la hemorragia.

Woldmen encuentra adecuada su aplicación solo

cuando la presión sistólica desciende a 90 mm. de Hg, el pulso se acelera alcanzando 140 pulsaciones y la tasa de hemoglobina baja a 30 %, pero aún en estas condiciones no debe inyectarse mas de 250 gr. por vez.

Para Andressen , la transfusión restauraría el volumen sanguíneo y llenaría mejor que cualquier otra, la función hemostática, pero siempre no pasando cantidades a 150 o 200 cc. por vez. Unicamente despues de haber pasado 10 días del episodio hemorrágico, cuando el peligro de su repetición hubiese desaparecido conviene en inyectar 500 cc. con lo que consigue acortar la convalescencia y acelerar el proceso de cicatrización de la úlcera.

En general y basandose en estudios experimentales se está de acuerdo en que las pequeñas pérdidas de sangre, el organismo puede compensarlas echando mano a mecanismos reflejos, pero cuando son mayores y representan el 40 % del vol. total sanguíneo, ello no es posible.

Los reperos al empleo de la transfusión de sangre es que provoca un aumento de la P. A. que es capaz de generar por mecanismos reflejos una anuria renal, y que provoca en muchos casos reacción violenta y movilización del coagulo.

En nuestro medio estos accidentes rara vez se

manifiestan.

Eyster y Meck, observaron que los ulcerosos que sangraban, presentaban fenómenos de vasoconstricción espléptica que repercutía sobre la presión sanguínea, pero que reduciría la vascularización del estómago, haciéndose así la hemostasis mas fácilmente. Al mismo tiempo se produciría una dilatación de las arterias de los centros nerviosos, especialmente del bulbo, que aseguraría una buena oxigenación de los mismos. Cuando las hemorragias se repiten, estos fenómenos vasomotores no se cumplen de allí la anoxhemia y muerte.

En la actualidad se acepta que la transfusión solo reporta beneficios para el enfermo.

El peligro de la movilización del coagulo ha sido exagerado. Por otra parte la sangre inyectada aportando fibrinógeno, glóbulos rojos y blancos, proteínas y sales, favorecen la coagulación y organización posterior del trombol.

En cuanto a la reacción post-transfusional caracterizada por fiebre, escalofríos, sudores y lumbalgias se presentan del 5 % al 10 % y son exponentes de una modalidad alérgica del paciente o bien de mala técnica.

Para la mayoría de los autores el procedimiento mejor es el gota a gota continuo. En las hemorragias pequeñas y medianas bastarán 200 a 500 cc. los que podrán repetirse cuantas veces sea necesario. Cuando la pérdida sea profusa y no esté indicado intervenir quirúrgicamente se hace transfusión de 500 cc. En los que deben ser intervenidos de urgencia hasta 2500cc.

En general la experiencia muestra que cantidades de 500 cc. por vez y preferentemente gota a gota dan buenos resultados.

Bockus se muestra conforme con tal técnica, aconsejando cubrir la cantidad de líquido requerido por medio de la hipodermocclisis llegando en las 24 hs. a dar 2000 cc.

Goldman no es partidario de darlas dentro de las primeras 24 hs. porque la disminución de la viscosidad sang. consecuencias de la dilución y del aumento de la T. A. pueden determinar recidivas de éstas.

Sin embargo su uso no debe proibirse pues con ella se consigue mantener el balance del agua, dentro de límites adecuados a fin de que el riñón asegure una diuresis de 800 cc. diarios.

Cabe señalar que el requerimiento de agua del riñón después de una hematemesis o melena es mayor por

cuanto se necesita para eliminar una mayor cantidad de urea, procedente del tractus gastrointestinal. Todo esto demuestra que en el que sangra hay una mayor pérdida de agua por el riñón a la que hay que agregar un aumento de la eliminada por la piel como consecuencia de los sudores y por los pulmones motivada por la taquipnea. Ello lleva a que no debe reducirse sino aumentarse la cantidad de líquido en el organismo. Esto se consigue con las soluciones fisioglucosadas al 5 ó 10 % por vía endovenosa en cantidad de 1000 a K 1500 cc.

Es conveniente la administración de vitamina K cada 8 horas, pues facilita la formación de protrombina: vit. A, B, y C pues facilitan el proceso cicatrizal de la úlcera.

Los alcalinos en los enfermos que han tenido hematemesis y siguen con dolor, no deben usarse, pues neutralizan la acidez gástrica, porque facilitan el vaciamiento más rápido del estómago y estimula la secreción. En el caso de un síndrome pilórico puede llevar al enfermo a la alcalosis.

Bockus si lo admite, especialmente en aquellos pacientes que después de su hemorragia continúan con dolor, lo que indica generalmente hipersecreción áci-

da. Podemos agregar leche.

Hoy es de rigor la utilización de la penicilina, este antibiótico borra la infección presente en el foco sangrante; las dosis usadas 100.000 U.O. cada 4 horas hasta que la sintomatología de la pousse aguda desaparezca.

Dos corrientes existen respecto a la alimentación del enfermo, una de abstención total pues se cree que el reposo del órgano ayuda a la cicatrización del foco sangrante. La otra con Andressen quien desde el año 1927 asimila a los ulcerosos sangrantes, el tratamiento practicado en los gastroenterectomizados. Los hechos siguientes fueron los fundamentos de su método.

Cuando se produce una hemorragia dentro del estómago, las proteínas de la sangre retenida en él, estimula la secreción de jugo gástrico de gran poder proteolítico.

El estómago en ayunas no está en reposo, pues se producen contracciones llamadas de hambre que alcanzan gran intensidad. Estas condiciones son poco favorables para la formación, fijación y organización del coágulo obliterante, ya que por la hipersecreción que se produce, aquel puede ser digerido, lo mismo que la pared del vaso que sangra.

En cambio un estómago semilleno disminuye su

peristaltismo y su secreción. Por otra parte la existencia de vómitos y diarreas que suelen acompañar a la hematemesis, indican un estado de irritabilidad gastrointestinal.

Manteniéndolo medianamente lleno buscó Andressen el reposo del estómago y con un contenido que a la vez que no estimule la secreción ni motilidad, sea calmante y neutralizante. Encontró en la gelatina la sustancia para los fines buscados, que además tiene un alto poder nutritivo. La administra en forma de solución que calma la sed y permite incorporar una cierta cantidad de agua. La prepara así:

Gelatina	20 gr.
Lactosa	90
Jugo de naranja o de un pomelo	
Agua	1000 cc

Los dos primeros días de la hemorragia de cada 2 horas 120 gr de esta solución. Si al tercer día no hay signos de que aquella persista, agrega leche y cocimiento de cereales, preparados de esta manera y dados según el horario que a continuación se detalla.

Cocimiento N° 1

Leche	420 gr.
Cocim. de cereales	.50
Crema	120

Lactosa 90
Cocimiento N^o 2

Leche	1000 gr
Coc.de cereales	350
Crema	120
Lactosa	90

Tercer día, alternar cada 2 horas, 120 gr. solución de gelatina y 120 cocimiento n^o 1. Cuarto día alternar cada dos horas, 180 gr. solución de gelatina y 180 coc. n^o 2. Séptimo y octavo día, lo mismo agregando un huevo crudo. Noveno día y subsiguientes adopta el regimen del Long Island College Hospital para la úlcera complicada y que es como sigue.

Desayuno

Leche	240 gr
-------	--------

Si se desea 150 gr. de cocimiento de cereal con leche y crema.

Un huevo poché

Jugo de frutas

Media mañana

Leche	240 gr.
Crema	15
Lactosa	15

Almuerzo

Leche	240 gr.
-------	---------

papas en puré

un huevo poché

Pan y manteca uno o dos rebanadas

Budín de gelatina

Crema helada o jugo de frutas

Merienda

Igual que media mañana

Cena

Igual que almuerzo

De además antes de las comidas 15 gr. de aceite de olivas 3 veces diarios; vaselina líquida 15 gr. todas las noches afin de impedir la constipación; agua todo lo que se desea.

Luego de dos o tres semanas de reposo y de seguir este regimen dietético, se puede tomar el examen radiológico para aclarar la causa de la hemorragia.

Meulengracht, desde el año 1931, defiende su sistema, que se caracteriza por su liberalidad y que lo inicia aún cuando la hemorragia no ha cesado. Se caracteriza por la administración de sólidos y líquidos de acuerdo al hambre y sed del enfermo.

Justifica su proceder diciendo que con los métodos que preconizan el ayuno y unshipoalimentación consecutiva prolongada, la mortalidad no desciende y en cambio puede ser causa de debilitamiento y muerte. Ade-

más muchos enfermos a pesar de sangrar su estómago han continuado comiendo, no les ha sucedido nada y han visto cohibir su hemorragia.

También considera que en las hemorragias masivas el shock y la anemia que le sigue, son los que deben guiar el tratamiento y es precisamente en tales estados que se requiere, sales, vitaminas y aporte calórico. A estos argumentos suma el que los pacientes mueren mas por inanición que por hemorragia.

Con el fin de obtener un mayor beneficio, indica un horario de comidas, teniendo preferencia por ciertos alimentos que deben ser bien masticados con el objeto de transformarlos en una papilla, de manera que la dieta sea blanda. Procede así:

6 horas

Pan manteca y te

9 horas

Lo mismo más cereales, más leche.

13 horas

Elegir lo siguiente: carne asada, albóndigas de pescado, cocimiento de cereales puré de verduras, tapioca, torta de manzanas.

15 horas

Cocos

18 horas

Pan blanco, manteca y queso.

En caso de no quedar satisfecho puede ingerir huevos, cereales, leche y agua cuanto desea.

Los vómitos, náuseas y diarreas que presenta el enfermo, desaparecen en cuanto se le da de comer.

Durante el tiempo que permanece en cama se le permite moverse libremente en ella, después de dos semanas deje que se levanten y abandonen el lecho a la tercera.

Entre la cuarta y quinta semana son dados de alta, recomendándoles seguir la dieta durante 5 ó 6 meses.

Además del diatético otros recursos terapéuticos han sido propuestos.

Entre ellos se cuenta la administración de hidróxido de aluminio por medio de una sonda nasal gota a gota.

La forma del gota a gota continuo protege a la mucosa gástrica en forma permanente, y experimentalmente se ha comprobado que el hidróxido de aluminio se opone a la digestión de la fibrina. Igualmente importante es dicha solución en la curación de la úlcera ya que permite la formación del tejido de granulación.

La solución de hidróxido de aluminio al 33 %, es

una sustancia de consistencia gelatinosa, medianamente astringente, no irritante y de reacción anfótera, lo que hace que su uso aún continuado no determine alcalosis.

Cuando tiene la hematemesis el paciente recibe por boca cada 2 horas dicha solución hasta que el vómito cesa. Luego comienza el método gota a gota por medio de una sonda nasal que durante 10 a 15 días vierte más allá del cardias 20 gotas por minuto. Mientras tanto el enfermo ingiere su dieta blanda cada 2 horas y como causa constipación puede darse el cuarto día cesada la hemorragia, aceite mineral por boca o bien enemas evacuantes.

Tratamiento quirúrgico

En los casos tributarios del mismo la operación que se efectúa preferentemente es la gastrectomía, es decir, la excéresis radical, indicada por Finsterer, por ser la más eficaz en cuanto a resección del proceso ulceroso se refiere y a la hemostasia que se logre.

Debe emplearse la anestesia local, ayudándose con anestesia general cuando se cierra la pared, si ésta esté muy tensa.

Kirschner en úlceras de cara posterior de estó-

meo, corte con liberalidad en la cara anterior, después de abrir ampliamente la pequeña cavidad, para introducir la mano con que propulsar la mucosa gástrica posterior exponer el sitio sangrante y circunscribirlo con una corona de puntos.

W.J. Mayo para úlceras situadas en cara posterior llega al foco mediante una gastrotomía; luego con cauterio, escinde todas las capas del estómago alrededor de la úlcera suturando los bordes de la brecha resultante.

Metodo indicado en exulceraciones hemorrágicas.

Nissen, comienza por colocar un clamp sobre el antro gástrico, para evitar derrame del contenido; realiza luego una rápida duodenotomía y expone cara posterior del bulbo. En seguida introduce en el duodeno una esponja con hilo de seguridad; extrae los coágulos del fondo ulceroso, realiza la hemostasis colocando una serie de puntos sobre el fondo ulceroso, siguiendo el trayecto del vaso erosionado. Después según el caso cierra la duodenotomía o la complementa con una gastrectomía.

Cúneo aconseja ligar la gastroduodenal a través de un ojal en el pequeño epiplón (No sirve).

Balfour, coloca algunos puntos directores alrededor del proceso y luego, con cauterio, extirpa toda

la úlcera, sutura con catgut fino, los bordes de la brecha, encima coloque un plano seroso y cubre todo con un colgajo de epiploon menor.

Mc. Neely usa una serie de suturas transversales de duodeno como para que al estrecharse la luz, se transforme en un verdadero tapón, que va a colocarse contra el nicho sangrante. Una resección o una gastrectomía completa la operación.

Allen y Benedict, en las úlceras de cara posterior de duodeno, exponen la porción más accesible del antro y la seccionan entre dos clamps. Se secciona la cara anterior de antro y píloro, con lo que queda expuesto el nicho ulceroso; el objetivo principal será ligar el vaso sangrante.

En los casos favorables en el interior de la viscera, los dedos facilitan el desprendimiento del duodeno, echo lo cual se toman y ligan los cabos del vaso perforado; continuándose después la gastrectomía: cuando el operador juzga excesiva la resección gástrica, extirpa la mucosa entral y utiliza la seromusculosa para confeccionar un muñón.

Mc Neely practica un taponeaje del nicho sangrante, previo decolamiento y cierre del muñón piloroduodenal, el nicho se rellena y comprime invaginando la

pared anterior del bulbo.

Judin, emplea la costura en caracol. Para ello es necesario abrir completo el nicho sangrante y movilizar la cara anterior y bordes duodenales, librándolos hasta el ángulo superior de todos los adherencias que lo retienen a la pared abdominal posterior. Se cierra la boca duodenal con costura invaginante y se enrosca el muñón como un caracol, que a manera de tapón se introduce en el nicho pancreático, a cuyo borde se fija con algunas puntadas (de Finochietto).

Sucintamente las intervenciones que se practican son:

Gastroenteroanastomosis: cada vez tiene menor aceptación.

Escisión: conviene en las úlceras poco infiltradas, sobre todo de la pequeña curvatura.

Yeyunostomía: no sirve.

Termocauterización: hoy es reemplazada por la diatermocoagulación, sirve para hacer rápida hemostasis del lecho ulceroso.

Exclusión del píloro: malos resultados.

Taponamiento duodenal: es un recurso eficaz, en caso de úlcera duodenal terebrante en páncreas.

Ligadura de los vasos que llegan a la úlcera: puede o no dar resultado en la mayor parte de los casos por

si solo es ineficaz.

Sutura transmucosa después de la gastrotomía:
el mejor método para las úlceras mucosas jóvenes.

Gastrectomía: es la operación ideal en la úlcera crónica con gastritis. Cura la hemorragia y la úlcera.

Acotaciones sobre la terapéutica en la hemorragia gastroduodenal por úlcus.

Las dos posturas que se hallan en litigio, no solo en esta enfermedad, es la posición de los internistas frente a los cirujanos, y vice-versa.

No ha sido la primera vez que hemos escuchado o leído que un enfermo afecto de una úlcera hemorrágica hay que hacerle tratamiento médico y en otras oportunidades el mismo caso dicese que es viable de tratamiento quirúrgico. Al preguntar el porque de esta dualidad de criterios, frente al mismo problema, se nos ha dicho que así se procede en virtud de estadísticas perfectamente documentales, que hablan respecto a resultados halagadores o fracasos rotundos.

Excusamos decir que no estamos en contra de la estadística, ciencia extraordinaria que nos habla de porcentajes, relaciones, etc., ni por asomo dudamos

de ella; pero ha sido dable observar, de acuerdo al tema que aludimos, que las cifras que se recogen o los casos que ingresan en la estadística, no arrojan similitud, es decir, son datos que no pueden compararse. En Medicina no puede ser todo matemático ni ajustarse a reglas estrictas; además el viejo aforismo dice: que no hay enfermedad sino enfermos.

Veremos a través de lo que dicen diversos autores la disparidad de opiniones.

Balfour, de la Clínica Mayo dice: cuesta creer que puede convertirse en rutina el tratar por la operación a enfermos exangües o en estado de colapso y declara que intervenir una úlcera durante una hemorragia activa, es de desastrosos resultados y la mortalidad elevada.

Hartman de la C. Mayo sustenta igual opinión.

Egleston relata que en 20 años solo ha visto un caso mortal.

Hesser entre 422 ulcerosos con dos o más hemorragias grandes, solo pierde 4 enfermos y entre ellos 3 de más de 60 años.

Arce aconseja en el momento agudo de la hemorragia, abstenerse de todo tratamiento quirúrgico y agrega que las hemorragias graves en las úlceras gástricas o duodenales, capaces de meter, sólo por excep -

ción las salva el cirujano. Cuando la hemorragia es capaz de matar, mata a pesar de todo, con o sin intervención del cirujano. Opera inmediatamente que la enfermedad ha pasado al estado de úlcera simple.

Ivanisevich está en un todo de acuerdo con Arce.

Bonorino Udaondo dice: el fallecimiento por hemorragia masiva ulcerosa, es una extraordinaria contingencia, que personalmente solo hemos registrado una vez. Agrega además que la primer hemorragia nunca mata, y en el 95 % de los casos se logra cohibirla con solo tratamiento médico.

Finsterer opera durante la primer hemorragia y no esperando su repetición.

Chiesman del Saint Thomas Hospital de Londres de un porcentaje de 27 % de mortalidad, en los tratados por métodos abstencionistas, desde el año 1925 a 1931.

Gordon Taylor refiere que desde 1919 ha empleado la cirugía precozmente, con óptimo resultado.

Allen, Trout, Sowles sostienen que la gastrectomía llevada a cabo dentro de las 48 horas en enfermos de mediana edad, determina una mortalidad de 5 %, pero que se eleva a 30 %, si se hace después.

Entre nosotros Salvador Marino, es decidido partidario de la intervención cuando la hemorragia es grave, y cree que es peor contemporizar que operar, siempre que se tenga experiencia quirúrgica.

Ceballos opera inmediatamente después de la primer hemorragia sin esperar una segunda pues teme que esa espera perjudique el resultado operatorio.

Copello, Solé, Caeiro, Basch Pasmán son decididos partidarios de la intervención.

Finsterer dice: el tratamiento quirúrgico de una gastrorragia aguda, requiere experiencia suficiente, no solo en cirugía gástrica sino en la evaluación del caso. Por esto dichas operaciones deben efectuarse en grandes hospitales, no por asistentes jóvenes, sino por el Jefe del Servicio, o uno de sus antiguos asociados, para mantener la mortalidad tan baja como sea posible.

Pavlovsky dice: no discutiremos la oportunidad del tratamiento médico de la úlcera con pequeña sintomatología, el problema crucial es definir cuales pacientes han de ser tratados quirúrgicamente de urgencia. Demás está decir, que no desechemos el tratamiento médico inmediato tal como la hidratación, transfusión etc.

Si bien sobre 100 enfermos 90 andan bien con el tratamiento médico mediano, regimen etc., el 10 % de

los restantes no marchan con el mismo, es decir, que si insistimos el enfermo irá al óbito. Estos de hecho pertenecen a la esfera quirúrgica. Cuáles son los casos que se hallan dentro de este 10 % ?

La alternativa tanto más trágica cuanto una pérdida de tiempo en la elección puede significar la pérdida del paciente, se plantea en los casos "desesperados", en los que la exfoliación hemática, es tan grande que uno se encuentra a menudo frente a estados de "muerte inminente".

En tal caso el enfermo que observamos con una gran hemorragia que pone en peligro su vida por su cantidad y el cuadro de shock que le acompaña, hipotensión especialmente de la Mn. con descenso hasta 3 ó 4 m.m., palidez, adinamia, hipotermia, sudor, taquicardia, tanto más importante cuanto pase las 120 pulsaciones por minuto, ansiedad y disnea que traducen la anoxemia, lentitud psíquica, descenso del hematócrito por debajo del 30 %, frente a esta sintomatología, las medidas médicas inmediatas, no se discuten, como también creemos que estos enfermos son tributarios de la cirugía de urgencia.

No solo debemos incluir en él, aquellos que se presentan con la gran sintomatología. Los enfermos que

XX

ingresan con una pequeña hematemesis o melena, pero que se repite dentro de los primeros días, que van aumentando en cantidad, acompañándose de manifestaciones como sería el colapso, deben caer dentro de la misma órbita quirúrgica.

Respecto a ella no hay normas establecidas, no significa que el enfermo debe tener su segunda o tercer hemorragia, o que esperemos esta manifestación para inclinarnos hacia la intervención. La edad del paciente tiene valor relativo para decidirnos, pues tanto una persona de 30 años de edad suele hacer esta temida complicación, como una de 50, claro está es más frecuente en los de más años.

CONCLUSIONES

- 1) La conducta terapéutica ha de variar frente a un enfermo ulceroso que sangra.
- 2) La edad y los antecedentes de enfermos ulcerosos juegan un rol importante.
- 3) No se discute el tratamiento médico inmediato
- 4) Frente a un enfermo con gran pérdida sanguínea acompañada de todo su cortejo, hay que intervenir precozmente.
- 5) En casos con escasa pérdida sanguínea, pero que se hace frecuente, aumenta en cantidad y no desaparece el dolor y se hacen presentes síntomas de shock, hay que intervenir.
- 6) Un enfermo con escasa hematemesis que no se repite, el tratamiento es médico.
- 7) Frente a la gran hemorragia, lo que nos ha de guiar en el tratamiento es ésta, sin atenernos mucho a la espera de su repetición.

Los diferentes casos pertenecen al archivo de la Sala V del Hospital Policlínico, cedidos gentilmente por el Dr. Víctor A.E. Bach.

1er. caso

J.H. -Tomo nº 73 -

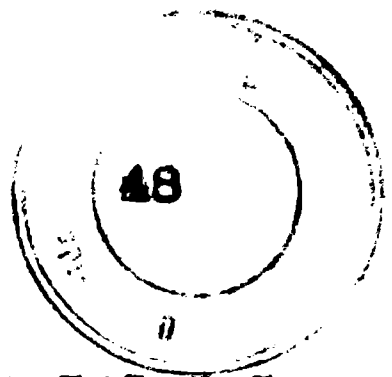
Español de 51 años de edad. Ingresó el 5 de septiembre de 1944. Desde más o menos dos años atrás, tiene padecimientos gástricos que ponen de relieve su enfermedad ulcerosa. Ha sido medicado con alcalina y régimen, no mejorando. Sigue con altibajos en su afección, hasta hace dos días en que tiene una deposición líquida como alquitrán, según la comparación del enfermo y por la noche del mismo día hematemesis. Al día siguiente vuelve a repetirse esta sintomatología pero en esta ocasión llega a la pérdida del conocimiento, siendo en consecuencia internado.

El recuento y fórmula a su ingreso de:

Glóbulos rojos	2.260.000
" blancos	7.600

La tensión arterial era Mx. 9, Mn. 5.

Es intervenido el 9 de septiembre por el Dr. Manuel Cieza Rodríguez. Se hace anestesia local, y abierto el abdomen se ve proceso ulceroso en pequeña curva vecino al antro, del tamaño de un maíz, y que origina una masa tumoral del tamaño de una castaña. Se hace



gastrectomía amplia, resecaando las dos terceras partes de estómago y haciendo una anastomosis gastroyeyunal a lo R.P.H.F. El muñón duodenal es ligado circularmente, luego sutura en X, e invaginación del muñón, cubriéndolo con epiplón mayor. Cierre por planos sin suturar piel.

Antes, durante y después de la intervención quirúrgica se hacen transfusiones de sangre.

Un nuevo recuento y fórmula practicado el 22 de Septiembre da:

Globulos Rojos	3.000.000
Glóbulos Blancos	7.800
Hb	44 %

4 de octubre

Glóbulos rojos	4.200.000
Glóbulos blancos	7.800

Curado, se da de alta el 5 de septiembre de 1944

- - -

2do. caso

J.C. - Tomo XXV N° 24, argentino, 43 años de edad. Fecha de su internación 16 de julio de 1940.

Desde hace 20 años tiene antecedentes relacionados con su proceso ulceroso. Cinco días antes de su internación, tiene una profusa melena que lo lleva

a la pérdida del conocimiento. Se hace tratamiento médico hemostático en base a transfusiones pequeñas, pero las melenas se repiten, a raíz de lo cual el enfermo presenta una intensa anemia con decoloración de piel y mucosas, colapso bien acentuado, adinamia, pulso de 130, presión arterial: Mx. 8 - Mn. 5.

Previo levantamiento del estado general en base a transfusiones y sueros se resuelve operar al día siguiente.

El recuento y fórmula de:

Glóbulos rojos	1.800.000
Glóbulos blancos	10.000
Hb.	40 %

Es operado por el Dr. Manuel Cieza Rodríguez, el 17 de julio de 1940.

Se habían transfundido la noche anterior 350 cc. de sangre, igual cantidad al iniciar la intervención y otros 350 cc. al terminarla.

Abierta la cavidad abdominal, se observa una úlcera inflamatoria y tumoral de la primera porción de duodeno que forme parte del páncreas y cuyo tamaño alcanza a ser como una mandarina.

Se hace gastrectomía amplia, siendo fácil la resección gástrica, no así el proceso ulceroso, que hubo que esculpirlo del páncreas. En el fondo de este

proceso ulceroso se veían dos vasos trombosados, rama de la pancreatoduodenal, que al secar con una gasa dan sangre. Se hace hemostasia y termocauterización del lecho ulceroso en el tejido pancreático. Dada la vecindad al proceso inflamatorio hay alguna dificultad al cerrar el muñón duodenal. Se hace gastroeyunal transmesocólico a lo Reichel-Polye-Hoffmeister-Finsterer.

Un recuento y fórmula practicado el 19 de Julio arroja las siguientes cifras:

Glóbulos rojos	2.340.000
Glóbulos blancos	10.800
Hb	60%

6 de agosto

Globulos rojos	3.170.000
Glóbulos blancos	13.800

29 de septiembre

Glóbulos rojos	4.130.000
Glóbulos blancos	6.800
Hb	80%

Post-operatorio. A las 24 horas de operado se halla mejor, pulso 120, presión arterial Mx. 12, Mn.8. Se transfunden 500 cc. de sangre.

A las 48 horas se acentúa la mejoría y se hacen 300 cc. de sangre. Con el fin de evacuar el intestino

se hace inyección de Pitressin y agua aceitosa a 40° se consigue la expulsión de materia fecal negra.

Al tercer día como persiste la anemia, se hace otra transfusión y comienza a alimentarse con leche, papillas, harinas.

Al octavo día buen estado general.

Alta el 6 de agosto de 1940, curado.

- - -

3er. caso

S. T. Tomo XI Nº 5384 - argentino 52 años.

Según refiere el enfermo, nunca ha notado ninguna molestia que pusiera de manifiesto su proceso ulceroso. Desde hace cuatro días tiene deposiciones alquitranadas, que lo llaman la atención por el olor fétido y además porque fueron acompañadas por un estado lipotímico. Como esta sintomatología se repite durante 4 días, resuelve internarse.

Se interviene al día siguiente previo levantamiento del estado general: hallándose durante el acto operatorio una úlcera de cara anterior de duodeno.

Post-operatorio normal, se da de alta curado.

Recuento y fórmula practicado a su ingreso.

Glóbulos rojos	3.600.000
Glóbulos blancos	9.100
Hb	55%

Urea 0.68 %

15 de Marzo

Glóbulos rojos. . . 3.200.000

Glóbulos blancos. . 11.000

Hb 57%

Urea 0.37%

--

4to. caso

L.C. Tomo XII Nº 5862. Argentino de 36 años de edad.
Ingreso al servicio el 9 de noviembre de 1943.

Desde hace 4 años sufre de un proceso ulceroso. En el día de su ingreso, al levantarse tiene un vómito de sangre roja acompañado de mareos por lo que decide internarse.

Se constata gran palidez, hipotensión, sigue con hematemesis y melenas que se repiten dos veces en pocas horas. El pulso se palpa después de transfundirle sangre. En estas condiciones se interviene. Se opera con anestesia local, abierto duodeno se comprueba una úlcera callosa de cara posterior, y formada a expensas del páncreas, mide 2 cm. de circunferencia, el tratar de limpiar su fondo sale sangre a chorro, debido a estar erosionada la gastroduodenal. Se hace hemostasia del vaso con un punto en X que to-

me el tejido fibroso que rodea la úlcera; se cierra
duodeno y se practica gastrectomía a lo R. P. H. P.

El post-operatorio es normal dándosele el alta
en buenas condiciones.

Rodolfo C. S. [Signature]

BIBLIOGRAFIA

- 1 - BOCKUS Henry L. - Tomo I - año 1948-Edit. Salvat
- 2 - BONORINO UDAONDO. Arch. de Enf. del ap. Digestivo y de la Nutrición.
- 3 - CHRISTMANN Federico - Lecciones de cirugía de urgencia.
- 4 - CEBALLOS ALEJANDRO. La Prensa Médica. año 1941
- 5 - CORACHAN GARCIA y DOMENECH ALSINA. año 1937. Edit. Labor.
- 6 - CIEZA RODRIGUEZ M. - Libro de Oro 1942 - Edit. A. López
- 7 - FINOCHIETO y colab. - Tomo X
- 8 - FORGUE F. - Tomo II año 1941- Edit. Esp. Calpe.
- 9 - GOODMAN Y GILMAN- Bases farmacológicas de la Terapéutica. año 1945 - Ed. O.T.E.H.A.
- 10 - HAMILTON BAILEY - Cirugía de Urgencia. año 1943. Edit. Emecé.
- 11 - KIRSCHNER MARTIN. - Tratado de técnica operatoria general y especial. Tomo V. Edit. Lab.
- 12 - MAZZEI Egidio - Lecciones de Clin. Médica año 1948. Edit. El Ateneo.
- 13 - MORAN MIRANDA F. - La Prensa Médica - año 1943.
- 14 - PICO ESTRADA Y GIBILLA C.F. - La Prensa Médica año 1944.
- 15 - PAVLOVSKY A. - Bol y Trab. Acad. Arg. de Cirugía. Vol. 33 año 1949
- 16 - PAVLOVSKY A. - La Prensa Med. Arg. año 1950.
- 17 - STEWART John - IRVING Rudman - CITRETT COLEMAN, HALE HARRY W., - BOWERS Ralph, ROSSETT N.F. - Anales de Cirugía Vol. 9 Nº 10 año 1950.
- 18 - SALA EDUARDO F. - Archivo Arg. de enf. del Aparato Dig. de la Nutrición - año 1945.
- 19 - TURCO NESTOR B. - Archivo Arg. de enf. del Aparato Dig. y de la Nutrición año 1944
- 20 - TEJERINA FOTTERINGHAN W. - Op. de urgencia. Tomo II.

Rodolfo C. S. ...

San 5-4 / 0701
~~V.P.~~



[Handwritten signature]
DR. FLAVIO J. BRIASCO
SECRETARIO

10/10/57
[Handwritten mark]