

el malalt en absoluta quietud a dieta famis i administrar o no algun coagulant per via parenteral, s'evita la mobilització del petit coàgul que ha obturat espontàniament la lesió vascular i l'hemorràgia no es repeteix. El mateix es pot dir de les hemorràgies difoses infiltratives que es produeixen per dificultats circulatòries de retorn en la melsa, etc. Altres vegades la lesió vascular inicial puntiforme provoca una escassa hemorràgia que es cohibeix espontàniament, i més tard, generalment qüestió d'hores, salta el coàgul obturador i arrossega una part de la paret vascular, és a dir, es renova la lesió vascular i es fa més àmplia. L'hemorràgia en consonància és més abundant i el malalt es colapsa i de vegades es mor. Aquests dos fets: la importància de la lesió i la possibilitat de la repetició de l'hemorràgia són els que dirigeixen la conducta que cal seguir en el que respecta la utilització de la transfusió en el tractament de les gastrorràgies.

En primer lloc cal procurar afavorir la coagulabilitat hemàtica i impedir tot el possible el sagnament de les lesions. Amb una transfusió lenta de 250-350 c. c. de sang s'augmenta la coagulabilitat i per tant, el coàgul de la lesió vascular s'adhereix més fort i no és fàcil la repetició de l'hemorràgia. Si la pèrdua de sang ha estat molt greu unes hores després o al dia següent, serà convenient repetir la transfusió que llavors ja es podrà fer més abundant. La primera transfusió no es fa amb les característiques de la transfusió substitutiva (gran quantitat) per tal d'evitar l'augment ràpid de la tensió vascular i el possible desprendiment del coàgul obturador.

Pot succeir que, malgrat el tractament adequat i l'haver fet una o dues transfusions, el malalt continuï sagnant pel seu estómac. Llavors cal procedir amb cautela i amb energia, i tenir present que la lesió de la paret vascular és àmplia i que entretenir el malalt amb transfusions en espera de la restitució «ad integrum», pot costar-li la vida. En aquests casos cal anar decididament a la supressió quirúrgica de la lesió gàstrica. Ara bé, per a tenir probabilitat d'èxit en la intervenció quirúrgica és indispensable que hi hagi una estreta col·laboració entre el cirurgià i el transfusor. Més clar, en cas d'hemorràgia de repetició, no es pot fer perdre el temps al malalt amb transfusions repetides, ni s'ha de lliurar al cirurgià per a intervenir-lo sense la deguda preparació. A un malalt en aquestes condicions, cal fer-li diverses transfusions d'uns 300 c. c., i a la sala d'operacions, immediatament abans d'anestesià-lo, cal fer-li una transfusió abundant de 500 c. c., o més. Durant la intervenció s'estarà a punt per a repetir-la i immediatament després de tancar l'abdomen se li farà una altra transfusió molt abundant. Aquest procedir, que és el que nosaltres creiem més racional, ens ha proporcionat bons èxits.