

GASTRO-INTESTINAL KANAMALARDA TIBBİ VE CERRAHİ ENDİKASYONLARIN HUDUTLARI

Dr. Medih Egemen

Tıbbi mevzularda mediko-şirürjikal problemlerin başında gastro-entestinal kanamalar ve bunların tedavileri mühim bir yer işgal eder.

Bu gibi hastalar kan kaybetmeleri ve emotiv olmaları hasebiyle hekimleri zor durumlara sokmaktadır. Bilhassa genç hekimler, bu vak'aların tedavileri hususunda yön tayininde oldukça sıkıntı çekmektedirler.

Bu şekildeki kanamalı hastalara tatbik edilecek tıbbi ve cerrahi tedavilerin birbirinden tamamen ayrı bulunmaları hasebiyle, tedavilerde kararsız kalınmaktadır. Bu bakımdan gastro-entestinal kanamalı hastalarda tatbik edilecek tedavi şekillerini elimizdeki donelere göre bir kritere bağlamak, bu suretle de hekimlerin hastalarına yardımcı olmalarına imkân hazırlamak lâzımdır. Gastro-entestinal kanamalar çocukların dünyaya geldikleri ilk günden itibaren görülen normal, fizyolojik bir vetire sonucu olabileceği gibi bazı ahvalde patolojik vetirelerin bünye üzerindeki tesirleriyle husule gelirler. Biz burada kanamalara sebep olan, hayatın devamını etkileyen, hadiseler kompleksini gözden geçirmek istiyoruz.

Gastro-entestinal kanamalar denince özefagustan anusa kadar bütün gastro-entestinal traktüs üzerindeki kanamalar hatıra gelir. Bu şekilde husule gelen kanamaların bir kısmı ağız yoluyla dışarı atılırlar ki buna hematemiz, bir kısmı da anus yoluyla dışarı çıkarlar ki bunlara da Melena denilir. Ağız yoluyla çıkan kan ekseriyetle taze kan vasfını kaybetmemiş, yani kırmızı ve gastro-entestinal salgıyla karışık olarak görülür. Bilhassa özefagus ve mideye ait olan kanamaların büyük ekseriyeti bu şekildedir. Duodenal kanamalarda nadiren hematemiz şekli görülür. Bunun dışında intestinal kanamaların büyük bir ekseriyeti anal yolla yani melena halinde çıkar. Anal yolla görülen kanamaların bir kısmı taze kan vasfını muhafaza ettiği halde, büyük bir kısmı da hazmolmuş kan vasfındadır. Jejunum, ileum ve çıkan kolonlara ait kanamalarda feçes melena vasfını alır. Transvers kolandan anusa kadar olan kısımlarda ise, melena daha ziyade taze kan renk ve vasfına yakın bir manzara gösterir. Buna rağmen massiv

intestinal kanamalarda görülen diyarelerle müterafık melenalarda, taze kn vasfının bulunabileceğini unutmamak lâzımdır.

Gastro-entestinal kanamaları :

1 — Umumi sebepler,

2 — Lokal Sebepler yani gastro-entestinal traktusta mevcut bir lezyon düşünebileceğimiz gibi, bu hususun mütalâasında,

1 — Süt çocukluğu ve çocukluk çağındaki kanamalar,

2 — Büyüklükte görülen kanamalar, şeklinde düşünülebilir.

Süt çocukluğu ve çocukluk çağında görülen kanamaların büyük bir kısmı bu çağlardaki bir takım hastalıkların seyri ve komplikasyonları olarak görülebileceği gibi, süt çocukluğu ve çocukluk çağlarında tesbit edilmiş konjenital anomaliler sebebiyle de husule gelebilirler. Bu bakımdan bunları, gastro-entestinal kanamaların umumi sebepleri arasında mütalâa etmek daha uygun olur.

Gastro-entestinal kanamalarda umumi sebeplerin içinde özofagus, mide ve barsaklarda herhangi bir lezyona bağlı olmayıpta başka bir hastalığın seyri esnasında görülen bir araz olarak ta düşünülmelidir. Meselâ bir kan hastalığı, entoksikasyonlar, üremi, hepertansiyon, çocuklarda konjenital kalb anomalileri, damar hastalıkları gibi. Bu şekildeki hastalar kendine has tedavi şekilleriyle kontrol altına alındıklarında, hastalarda şifa ihtimali ve şansı yüksektir.

Traktus digestivus'un muhtelif kısımlarında lokal sebeplerle husule gelen kanamalar daha geniş bir yer işgal eder. Gastro-entestinal kanamalarda mide ve duodenuma ait olanlar daha büyük bir ekseriyet göstermelerine rağmen, kanama yapan lokal sebepler arasında :

1 — Özefagus varisleri,

2 — Duodenum ülserleri,

3 — Mide ülserleri,

4 — Mide tümörleri,

5 — Hemorajik gastritler,

6 — Sebebi malum olmayan gastro entestinal kanamalar (ki gıda veya ilaca bağlı olanlar) mütalâa edilirler. Gastro-entestinal kanama yapan hastalıklar meyanında, tedavi bakımından ehemmiyet arzeden,

7 — Sirozlar,

8 — Portal Hipertansiyonlar, bunlardan başka barsaklarda :

9 — Polipozis,

10 — Divertikülozis,

11 — Barsak tümörlerini gözden uzak tutmamak lâzımdır.

Biz burada kanamaların büyük bir kısmının hematemiz ile müterafık olarak görülüşünü, hastaları ve muhiti tesir altında bırakışı sebebiyle, mide ve duodenum kanamalarını ön planda tutmayı faydalı görmekteyiz.

Kanama ile müracaat eden hastalarda, mevcut şikâyetleri 1. Mas-sif kanamalar, 2. Vasat derecede kanama olduğunu düşünmek ve bun-larda tatbik edilecek teşhis vasıtaları ile tedavi şekillerini incelemek icabeder.

Vasat derecedeki kanamalarda tatbik edilecek tıbbi ve cerrahi tedavilerde yüz güldürücü sonuçlar alınmaktadır. Üzerinde durulması ve mediko-şirürjikal hudutların katıyetle tayini icabeden şekil ise, massiv kanamalardır.

Herhangi bir hastalıkta tedavi şeklini tayin edebilmek için evvela hastalığın durumu hakkında bir kanaata varmak yani bir teşhise varmak icabeder. Evvelce mevcut şikâyetleri ile kontrol altına alınmış olan hastalarda karşılaşılan böyle bir kanamada tatbik edilecek tedavi şekli o nisbette kolaydır.

Şu halde, mühim olan şey, ilk defa bir kanamalı hasta ile karşılaşıldığı zaman teşhise, yani hastalığın ne olacağı hakkındaki karar nasıl verilmeli ve nasıl bir tedavi tatbik edilmelidir.

Gastro-entestinal bir kanama ile müracaat eden bir hastanın kısaca fakat dikkatli bir anemnezi alındıktan sonra, yardımcı teşhis vasıtalarıyla uğraşmadan hemen tıbbi, muhafazakâr tedaviye başlamak ve derhal (medico-şirürjikal) dahiliyeci ile şirürjien'in konsültasyonu şart olmalıdır.

Evelce teşhis konmuş vakalarda kanamanın sebebi üzerine yönelmek ve tedavi tatbiki daha kolaydır. Sebebi bilinmeyen kanamalarda ilk tedaviyi müteakip hastalığın tesbiti için laboratuvar muayenelerinin yapılması, bu meyanda kanayan sahanın radyolojik, gastroskobik ve gastrosinematografik yollarla tesbitine çalışmaktır. Biraz evvelce bahsettiğim gibi gastro-entestinal kanamaların büyük bir ekseriyeti özefagus, mide ve duodenumdan geldikleri için, bu organların özefagoskobik veya gastroskobik tetkikleri büyük bir kıymet ifade eder. Kalın barsaklarda ve bilhassa rektum ve sigmoide ait kanamalarda rektoskopik ve sigmoidoskopik muayenelerin kıymeti büyüktür. Bilhassa opak madde ile yapılan radyolojik tetkikler barsaklarda lezyonların tesbitinde bu suretle de kanayan sahanın bulunmasında yardımcı olurlar.

Yukarı hazım yolu kanamalarında kanayan sahanın gastroskobik muayenelerle tesbiti oldukça güç olmasına rağmen midenin serum fiz-

yolojikle yıkanması suretiyle ve aspirasyonu ile kanayan sahanın gastroskobik ve gastrosinematoskobik olarak meydana çıkarılmasına çalışmak her halde faydalı olur. Massif kanamalarda ve hayati endikasyonlarda bu gibi muayenelerle vakit kaybetmeye imkân bulunmadığından âcil olarak midenin açılması ve gastrotomi suretiyle kanayan yeri gözle görmeye çalışmak en isabetli yoldur. Her ne şekilde olursa olsun kanama tesbit edildikten sonra hastalığın endikasyonu ve tedavi şekli mühim bir yer işgal eder.

Dijastiv kanamaların etiolojisinde Monnerot ve P.Hillemand'ın yapmış oldukları araştırmalara göre:

200 kanamalı vakanın 93'ünü ağır kanamalı vaka teşkil etmiştir.

200 vakanın 140'ı erkek, 60'ı kadındır. Yaş ortalaması erkeklerde 43, kadınlarda 58 olarak tesbit edilmiştir. Bunların 123'ünde peptik ülser, 50'sinde gastro-duodenal ülser, 3 post-gastrektomik ülser, 1 siroz, 21 portal hipertansiyon, 2 gastrik kanser tesbit edilmiştir.

Bundan başka A.Bobbio vakalarının yarısında peptik ülser tesbit etmiş, ayrıca ozeagus varisleri ile meckel divertikülünden kanamaların husula geldiğinden bahsetmiştir. G.Placitelli 369 vakasının 29'unun ozeagus varisi, 290 gastro-entestinal ülser, 16 entestinal ve 4 diates hemmoragique'e bağlı olduğunu söylemiştir.

Gastro-entestinal hastalıklar dışında abdominal purpura, Schönlein Henock, mesenter trombozu, cerebral tromboz ve ankilostomoslarda da kanamaların görüldüğünden bahsedilmektedir. Bunlardan başka hiatal hernilerde, poliposislerde, trans pilorik mucosa porlapuslarında ve uzun zaman salisilat kullanmış hastalarda mide kanamalarına rastlanmaktadır.

J. Scherman ve William Clo yaptıkları 20 senelik araştırmalarda 94 çocukta 28 günlükten itibaren gastro entestinal kanamaların mevcudiyetini tesbit etmişlerdir. Mevcut vakaların % 51'inde hematemeses, % 33'ünde rectal kırmızı kanama, % 17'sinde melana tesbit etmişlerdir. Hastalıkların etiolojisinde anne kanının yutulması neticesi çocuklarda görülen melana, ano-rektal travmalara bağlı fissürlerde görülen kanamalar, idyopatik trombopeni, Konjenital kalb hastalıkları tesbit edilmiştir.

Bu gibi vakalarda kanama doğumu müteakip ilk 28 saatte meydana çıkarlar ve hastanede kalma müddeti olarak kabul edilen 48 saat içinde dururlar.

Prof. Nissen mide ve duodenum kanaması düşünülen 93'vak'anın 62'sinde massiv kanama tesbit etmiştir. Bu 62 vak'ada kanamaların sebebi olarak:

1) Duodenal ülser, 2) Gastrik ülser, 3) Mide tümörü, 4) Hemorajik gastrit, 5) Kan damarları malformasyonları, 6) Anastomoz ülserleri, 7) Hemorajik Diatez, 8) Sebebi meçhul kanamalar olarak tesbit edilmiştir. Bu 62 vak'anın 12'sinde konservatif tedavi tatbik edilmiş, bunlarda ölüm nisbeti % 25, mütebaki 50 vak'ada cerrahi tedavi tatbik edilmiş; bunlarda ölüm nisbeti % 8 bulunmuştur.

Bu suretle gastro-entestinal kanamalarda tatbik edilebilecek tedaviler için muayyen kriterlerin ve hudutların mevcut olması ve bu hudutlar geçildiği takdirde tatbik edilecek tedavilerle kati müdahalelerin yapılması yerinde olur.

Böyle bir vak'ada tıbbî tedavi endikasyonu ve hududu ne olacaktır?

Gastro-entestinal kanama ile müracaat eden hastalarda ilk kanama massiv olur, fakat bu kanamalar kısa sürelidirler, konservatif tedaviden istifade ederler. Birinci kanamalardan sonra, kanamalar daha sık görülürler ve kanama miktar itibariyle de büyüktür. Kanayan hastalarda üzerinde durulacak husus, kanayan sahanın tesbitinden de evvel hastanın umumi durumu, kanamanın miktarı ile hastanın yaşıdır.

Eğer kanama ile müracaat eden hasta ilk 8 saat içinde 500 cc.'den fazla kanamış ise her ne yaşta olursa olsun cerrahî tedavi düşünülmelidir.

Bilhassa yaşlı hastalarda (Burada 50 yaşın üzerindeki hastalar kastedilmektedir) arterosklerozun umumiyetle başlamış olması hasebiyle bu gibi hastalarda irreversibl şokun belirmesi ihtimalini hatırdan çıkarmamak ve tedaviyi bunu göre tatbik etmek lâzımdır.

50 yaşı geçmiş hastalarda tedavi hususunda 3 faktör mühim rol oynar:

1 — Arteriel damarların kontraktibilite kabiliyetini kaybetmesi sonucu damarların kollabe olması ve dolayısıyla da kısa zamanda büyük damarlarda trombüslerin teşekkülü,

2 — Kanamalar sonunda karaciğer iflasi, renal ensüfizans neticesi olarak ta renal bir hipotansiyon meydana gelmesi ve hastada bir *circulus vicieux* teşekkülü,

3 — Kusulmuş olan maddelerin aspirasyonu neticesinde pulmoner komplikasyonlar ve bütün bunlara ilâveten bedeni aktivitenin bozulması keyfiyetinin tedavilerin tatbikinde ön plânda tutulması icabeder.

Küçük çocuklarda görülen kanamalarda tatbik edilecek tedavi şekilleri de ayrı bir ehemmiyet arzeder. Biraz evvel yukarda bahsettiği-

miz kriter çocuklar için elbette ki cari olamaz. Az miktarda görülen kanamanın çocuklarda massiv bir kanama gibi bir hipovolemi meydana gelmesi sebebi olabilir. Bu takdirde çocuklara taze kan ve serum vermeye başlanmalı ve kanamanın sebebi olarak bir diatez hemorajik düşünülüyorsa soğuk plazma verilmesi tavsiye edilir. Bu şekilde plazma transfüzyonlarında nsonra kanamaların görülmediği ifade edilmektedir.

Buna göre :

- 1 — Hastalarda mevcut kanama miktar itibariyle 500 cc.'den az ise, bu kanama ister hematemez, isterse melena şeklinde olsun.
- 2 — Hastanın tansiyonunda büyük bir değişiklik yapmamış ise,
- 3 — Hematolojik bulgularda hastalarda derin anemielre varabilecek bir değişiklik olmamış ise,
- 4 — Bilhassa kanda hemoglobin seviyesinin kontrolü (Bu 10 gr. altına inmemelidir).

Bu gibi hastaları ve bu şekildeki kanamaları ağır (grav) bir kanama veya massiv bir kanama olarak kabul etmeyebiliriz, bunlarda hayati bir endikasyon yoktur. Yalnız az da olsa sık sık tevali eden kanamaların hayat için bir tehlike arzedebileceğini de hatırdan çıkartmamak lâzımdır.

Grav olmayan bu kanamalarda tatbik edilecek tedavi şekli hakkında eskilerin tatbik ettikleri soğuk tatbikat, ufak taze kan transfüzyonları ile durdurmak ve bu suretle husule gelecek anemileri önlemek diye hülasa edilir.

Şu halde massiv olmayan kanamalı hastalara tatbik edilecek tedavi şeklini şu şekilde sıralayabiliriz:

- a — Hastaları sedatiflerle sükûnete getirmek,
- b — Ufak transfüzyonlar yapmak,
- c — Mide muhtevasını aspirasyonlarla boşaltmak,
- d — Nazal sonda ile damla halinde soğuk süt vermek,
- e — Soğuk tatbikatlar yapmak,
- f — Hemostatikler verilmesidir.

Bu tatbikatlar soğüğün vasokonstriktiv tesirinden istifade ile kanamaların durdurulması keyfiyetinden ibarettir.

Bu hal gösteriyor ki massiv olmayan kanamalarda hayati endikasyon olmayacağı için daha ziyade konservatif tedavi ve kontrol altında bulunmaları yerinde olur. Bu zaman hastalığın teşhis ve tesbiti için kaçırılmaması icabeden bir fırsattır.

Buna mukabil massiv ve grav kanamalarda zamanın hastanın aleyhine işlemesi hasebiyle gerek dahiliye mütehasısı ve gerekse şirürjen'in kati ve acil karar ve tedavisine ihtiyaç gösterir.

Bu gibi vakalarda hekimlerin karşısına 4 problem çıkmaktadır.

- 1 — Kanayarak müracaat eden hastalarda kanayan yerin tesbiti ve kati teşhisin konulması,
- 2 — Hangi şekilde bir tedavinin hasta için daha yararlı olacağı,
- 3 — Kanayarak müracaat eden hastada kanayan yerin cerrahi müdahale yapılarak tesbiti cihetine gidilmesi,
- 4 — Hangi cerrahi müdahale şeklinin hastanın geleceği için faydalı ve yararlı olacağıın tesbiti.

Hastalarda evvelâ kanamanın ilk veya mükerrer kanama olup olmadığının tesbiti ehemmiyetlidir. İlk kanamaların massiv de olsa durabileceği düşünülerek gerekli tıbbî tedaviye başlanmalı ve hasta kontrol altına alınmalıdır.

Bu tedavilere rağmen:

- 1 — Hastanın tansiyon arteryeli max. 100-90 mm. cıvanın altına düşmüş ise,
 - 2 — Kontrol altına alınan hastada nabız daimi olarak 100'ün üstünde ise,
 - 3 — Total hemoglobin miktarı 10 gr.'ın altına düşmüş ise,
 - 4 — Kanda eritrosit miktarı 2.500.000 in altına düşmüş ise,
 - 5 — Kanda hemoglobin % 50'nin altına düşmüş, ise;
- vak'anın muhafazakâr tedavi hudutlarından çıktığı, ciddi bir seyir takibettiğini göstermeye kâfi gelir. Bu suretle cerrahî sahaya intikal etmiş olan bir kanamalı hastaya tatbik edilecek tedavide:

a — Evvelce kanama geçirmiş ve enterval safhada gerekli tetkikleri yapılarak kanayan yer tesbit edilmiş ise yapılacak şey derhal kanayan noktanın açılması ve gerekli hemostazın yapılmasıdır. Burada müdahalenin şekli şirürjen'in sans kliniğine ve maharetine kalmış bir şeydir.

Buna rağmen büyük kanama geçiren hastalarda büyük cerrahi müdahalelerden kaçınmak en doğru yoldur.

b — Evvelce hastalığı tesbit edilmiş olanlarda direkt olarak kanayan sahaya ve kanayan damar üzerine yönelmek ve onu bağlayarak kanamayı durdurmaktadır.

c — Bazı ahvalde bütün araştırmalara rağmen kanama sebebi vazih olarak tesbit edilememiş, kanamanın mide veya barsak içinde bir damarın yırtılması şeklinde olduğu düşünülüyorsa bu takdirde mi-

dede gastrotomi veya enterotomi ile kanayan varikö damarı bulup bağlamak en doğru yoldur.

d — Bazı ahvalde gastro-entestinal organda (hemorajik gastrit gibi) kanayan midenin yeri kati olarak tesbit edilememiş, fakat geniş olabileceği düşünülen kanamalı vakalarda büyük risk göze alınarak kör geniş rezeksiyon yapılabilir.

Bu ameliyat şekli laparotomi sonunda kanadığı tahmin edilen midenin 3/4'ü veya barsağın geniş bir kısmı kanayan yer tesbit edilmeden resection'a tabi tutulmasıdır. Kanayan saha bilinmediği için de buna «Kör Rezeksiyon» denilmektedir. Kanayan kısım bu rezeke edilen kısım içinde ise hastanın hayatı kurtulur, aksi halde sonuç mortaldir. Bunlardan başka bazı hallerde özefagus varisleri ve midenin cardia yanındaki varislerinden olan kanamalarda Sengstaken-Blakmore tüpü yerleştirilmek suretiyle knayan damarların tamponmanı yapılarak kanamanın durdurulması denenmiştir. Bu tedavi şeklinden istifade etmeyen vakalarda porto-caval anastomozlarla portal tazyiki kaldırmak ve kanmayı bu suretle durdurmak mümkün olur.

Her ne suretle ve her ne şekilde olursa olsun kanama ile müracaat eden hastalarda evvelâ acil durumu kontrol altına alıcı yardımların ön safhada bulundurulması lâzımdır. Bu tedavilerle kanaması zail olmuş hastaların ikinci bir kanamayı beklemeden gerekli teşhis ve tedavisine gitmek en doğru yoldur. Massiv kanamalarla müracaat eden ve hayatı tehlike arzeden vakalarla karşılaşıldığında o andan sonraki durum müdahaleyi yapacak hekimin sans kliniği ile manipulasyon kabiliyetine bağlıdır. Bu yetenekler ancak hastanın hayatını kurtarmakta büyük rol oynar.

Özet

Gastro-intestinal kanamaların büyük bir ekseriyetini ülser kanamaları teşkil etmektedir. Buna rağmen her kanama ülserle delalet etmez. Bu bakımdan kanama ile müracaat eden hastalarda ilk kanamalar büyük de olsa dururlar. İkinci ve üçüncü kanamalar ise daha da ağır seyrederler.

Kanamalı hastaların muhakkak mediko-Şirurjical kontrol altında tutularak interval safhada kanamanın sebebinin bulmak ve ona göre bir tedviye yönelmek lâzımdır. Bu tetkikler yapılmamış büyük kanamalı vakalarda hastanın hayatının daima karanlık ve risk altında bulunacağını unutmamak icabeder.

Summary

Gastro-intestinal Haemorrhages commonly consist of ulcer bleedings. But, every bleeding does not indicate an ulcer. Because of this, the first bleeding, even it may be abundant, may probably be ceased. The second and third bleedings may be serious.

Such bleeding cases need medico-surgical control; and during the intervals it is essential to find out the cause in order to plan the treatment.

It is very important to remember that the prognosis of unobserved and uncontrolled serious cases is always obscure and they carry a very high risk.

LITERATUR

- 1 — Nouveau Précis de Pathologie Chirurgicale-1949.
- 2 — R. Nissen, F. Enderlin Die Grosse Magan Blutung Deuts. Med. Woch.-1957.
- 3 — Stephan E. Hedberg Early Endoscopy Diagnosis Upper Gastro-Intestinal Hemorrhage analysis Of 329 Cases. Clin. North America-1966.
- 4 — Carl B. Nagel, John E. Cannally Management Of Hemorrhagic Gastritis Analysis Of 34 Cases Am. Surgeon-1967.
- 5 — P. Hillemant Et Monnerot A. Propos De L'etiologie Et Du Treatment Des Hemorrhgie Digestives Arch. Mal. Opp. Digestiv-1957.
- 6 — Local Gastric Hypothermia Massive Upper Gastro-Intestinal Hemorrhage Munosetto Med-1960 13-299.
- 7 — M. Atik - A. Simon Massive Gastro - Intestinal Bleeding Study Of 296 Patient At City Hosp. Of Cleveland A.M.A. Arch. Surg.-1954.
- 8 — A. Bobbio, Emorragia Dell Apparato Digerente Riforme Med. 1959.
- 9 — G. Placitelli Le Emorragie Digestive Arch. Ital. Mal. Opp. Digestiv-1959.
- 10 — Carleton Matkiwson, Benjamin Sugast Surgical Significance Of Gastro-Intestinal Bleeding. Am. Jurnal Surg.-1955.
- 11 — Massive Gastro-Intestinal Hemorrhage Am. Roy Coll Surgeons May. 1955 J. Garrot Allen.
- 12 — R.K. Gilchrist, Newton Chun Severe Hemorrhage In Presumed Peptic Ulcer, Surgical Treatment In Absence Of Demonstrable Lesion Arch. Surg.-1954.
- 13 — G. Dell Acqua Emorragie Digestive A. Scarsa Incelenza Arch. Ital. Mal. Opp. Digestiv-1959.
- 14 — Thomas H. Green Handry Hendren Subtotal Gastrectomy For Bleeding Duodenal Ulcer In Childhood N. England J.M.-1960.
- 15 — Severe Hemorrhage From Oesophagogastric Varries Lewis M. Rousselet, Frank E. Gilbertson, William F. Panke N. England J.M.-1960.
- 16 — Subtotal Gastrectomy For Bleeding Duodenal Ulcer In Childhood, Report Of 3 Cases With 6 Year Follow-up Study In 1 Thomas H.Green, Hadry Hendren N. England J.M.-1960.
- 17 — G. Placitelli. Le Emorragie Digestive.

- 18 — Emorragie Digestive A. Scarsa Incidenza G. Dell'Acqua Arch. Ital. Mal. Opp. Digest.-1959.
- 19 — Sur. Le Grandes Hemorragies Gastroduodenalis De Nature Indeterminee O. Mairaero Minerva Cinc.-1959.
- 20 — F. Aevery Jones Gastroenterology, Hematemesis and Melena With Special Reference To Causation And To The Factors Influencing The Mortality From Bleeding Peptic Ulceres-1956.
- 21 — Neil J. Scherman, H. William Clatworthy Jr. Surgery 1967 Ock. Gastrointestinal Bleeding in Neonates Study Of 94 Cases.
- 22 — R.F. Harvey, M.J.S. Langanon Quart J. Med.-1970 (Year Book Of Surg.-1972) Late Results Of Medical and Surgical Treatment For Bleeding Duodenal Ulcer.
- 23 — J. Gerard Acto Yostnind Belg. 1956 Nonantecas D'hemoragie Digestive Aigue.
- 24 — Clinico Surgical Significance Of Massive Intestinal Hemorragie Of Diverticular Origin E. Tenorio De Albuquerque Rev. Brasil Chi.-1959.
- 25 — F. Avery Jones, A.E. Red Brit. J.M.-1959 Alimentary Bleeding Of Obscure Origine.
- 26 — Bernard Cardner, Ivan D. Barovonofsky Bult. N. York Acad. U.-1959 35. Massive Bleeding In Duodenal Ulcer.
- 27 — Eddy D. Palmer Gastroenterology-1959 Hemorragie From Brosive Gastritis and Its Surgical Implication.
- 28 — A. Lambeling, S. Bonfils et B. Baraton Arch. Med. Opp. Digestive-1957-96 Les Hemorragie Des Ulcer Gastro-duodeneux Etude De 254 Observations Frequence Absolue Caractere Cliniques Et Evolutifs.