

Clinica Medicală Nr. I. din Tg. Mureș (cond. prof. Pál Dóczy, doctor în științe medicale)

## ERORI DE DIAGNOSTIC ÎN LEGĂTURĂ CU CANCERUL GASTRIC

Géza Málnási, P. György, S. Fall, P. Bornemisza

În ultimii zece ani numărul bolnavilor cu cancer gastric internați în Clinica Medicală I. din Tg. Mureș a atins cifra de 300. Dintre aceștia 44% au fost considerați inoperabili chiar în urma examinărilor clinice și nici nu au fost propuși pentru intervenție chirurgicală. La fel s-au sustras operației încă 15% a bolnavilor, care au refuzat intervenția indicată de noi. Luând în considerare și bolnavii la care inoperabilitatea s-a dovedit pe masa de operație, numărul celor care au fost supuși unei intervenții radicale (gastrectomie, rezecție) atinge numai 20,5% din totalul celor internați. Intrucit în decursul primilor trei ani de după intervenție, 23% a bolnavilor astfel operați s-au prezentat pentru recidive sau metastaze, rezultatele operatorii pe care le-am obținut pot fi considerate foarte nesatisfăcătoare. Nu încapе îndoială că datele nefavorabile ale statisticilor mondiale sînt valabile și în ceea ce privește pronosticul bolnavilor noștri. Aceste date arată că abia 14% din totalul bolnavilor cu operații radicale, supraviețuiesc peste 5 ani și numai 4-5% se mai găsesc în viață și după 10 ani.

Conform posibilităților și cunoștințelor noastre actuale, cauza rezultatelor nefavorabile o constituie întîrzierea cu care se execută intervenția chirurgicală. Observațiile mai multor autori la fel ca și cele ale clinicii noastre, par să confirme că motivul principal al întîrzierii diagnosticului constă în faptul, că în general medicii consideră și azi tabloul clinic al cancerului gastric sub aspectul fazei terminale (mai totdeauna inoperabilă) a evoluției acestei boli. Foarte mulți medici sînt și astăzi de părere că descoperirea unui sindrom gastric, ulceros sau anemic la un bolnav suspect de cancer gastric poate justifica abandonarea acestei bănueli în deosebi în prezența antecedentelor de lungă durată și în absența datelor clasice de laborator ale malignității.

În ultimul deceniu, îndeosebi argumentele lui *Savitchi* au fost acelea care au contribuit în bună măsură la elucidarea concepției că în majoritatea cazurilor cancerul gastric este o boală cu o evoluție destul de lungă și de multe ori fără nici o manifestare clinică evidentă, deci cu o stare de latență de o durată variabilă. Desigur că posibilitățile noastre actuale de investigație nu ne permit să stabilim diagnosticul în acest stadiu. Experiențele practicii de toate zilele, par să confirme părerea că trecerea din stadiul de latență absolută (subclinică), în cea manifestă (clinică) s-ar face brusc și din nenorocire numai tirziu, cînd posibilitățile unei intervenții radicale sînt reduse. Chiar și cele mai bune tratate clasice consacra pagini descrierii sindromului clasic al bolii, care caracterizează mai totdeauna stadiul terminal al evoluției. De multe ori, chiar medici eminenti ezită să stabilească diagnosticul atîta timp cît simptomele „clasice” ale bolii nu devin evidente. Concluzii similare am tras și din cele 300 de foi de observație ale

\* Textul amplificat al comunicării ținută în ziua de 2 iulie 1956, în cadrul cursurilor de perfecționare de la Sft. Gheorghe R.A.M.

clinicii noastre, constatind că în cele mai multe cazuri pînă la stabilirea diagnosticului definitiv, boala a fost etichetată cu o serie întreagă de diagnostice greșite. Acestea au fost date atit din greșeala bolnavului cit și din cea a medicului. Analiza ulterioară a sindroamelor înregistrate în foile de observație a arătat mai totdeauna că prin interpretarea lor justă și la timp, diagnosticul real ar fi putut fi stabilit cu luni sau chiar cu ani înainte de instalarea fazei terminale.

În cele ce urmează discutăm greșelile de diagnostic ivite în cabinetele de consultație, în policlinici, în spitalele raionale și în cele ale noastre, greșeli care au contribuit la întîrzierea diagnosticului.

### 1. Diagnostice radiologice greșite

Data fiind importanța majoră a examenului radiologic pentru stabilirea diagnosticului de cancer gastric, este evident că și erorile radiologice au consecințe capitale. Cazurile ce urmează denotă tocmai riscul pe care-l întîmpină medicul de teren în legătură cu concluziile unor buletine radiologice.

1. Bolnavul Sz. A. în vîrstă de 39 de ani, se internează în clinica noastră, prezentind acuze și o stare generală patognomonică de cancer gastric, cu atit mai mult cu cit în epigastru are o tumoare palpabilă. Diagnosticul la internare: tumoare gastrică. Concluziile examenelor radiologice a doi radiologi cu o bogată experiență au rămas nesigure, intrucit la radioscopie peristaltismul stomacului părea să fie păstrat. Cu ocazia intervenției chirurgicale, indicată de altfel pe baza examenului clinic, s-a descoperit o tumoare canceroasă în stadiu inoperabil. Nesiguranta radiologilor, s-a putut baza și pe o observație greșită, deoarece lipsa peristaltismului aparține simptomelor clasice ale cancerului gastric. Unii autori, *Katsch* de exemplu, la începutul bolii, atribuie acestui simptom o importanță preponderantă chiar și în prezența lipsei de umplere. *Danielopolu* a propus înregistrarea lui pe mecanogramă. Cu toate acestea, *Brauch* a constatat persistența undelor peristaltice și pe stomacuri tumorale, comunicare de care nu am ținut seamă la redactarea buletinului nostru.

2. Bolnavul H. A., în vîrstă de 41 ani. Diagnosticul clinic cancer gastric confirmat prin intervenție chirurgicală. Pe radiografiile gastrice efectuate în serie, timp de 4 ani, forma de tub strîmtoat a stomacului a fost interpretată drept tonicitate mărită, iar lipsurile de umplere au fost confundate de mai mulți radiologi cu undele peristaltice. Între primul și ultimul clișeu radiologic pe baza căruia s-a ajuns în fine la diagnosticul real aproape că nu a existat diferență evidentă. Fotografii similare au fost publicate și de *Gutman* în legătură cu aceiași bolnavi și în decurs de 5-15 ani.

3. Datele bolnavului B. Gy. în vîrstă de 44 de ani reflectează mersul obișnuit al succesiunii erorilor radiologice. În iulie 1950, radiologul semnalază prezența unei gastrite antrale, confirmată și de un alt radiolog în luna septembrie a aceluiași an. Examenul radiologic al clinicii noastre a stabilit o tumoare antrală în luna decembrie. Dar fiind că bolnavul a refuzat intervenția indicată de noi, am avut ocazia să controlăm stomacul bolnavului atit în februarie cit și în iunie 1951, constatind o imagine aproape identică cu cele precedente. S-a putut face o rezeție gastrică la un interval de un an după apariția primelor semne radiologice. Bolnavul se află în stare bună și la sfîrșitul anului 1958. În concluzie, în legătură cu diagnosticul radiologic al gastritei antrale, e bine să avem întotdeauna rezerve precaute.

4. Bolnavul F. Gy., în vîrstă de 62 de ani, se internează în clinică cu simptomele evidente ale cancerului gastric prezentind metastaze hepatice și ascită. Anticipat, timp de 6 luni, examene radiologice repetate, executate la 2 clinici au constatat un stomac normal, însă cu lipsa bunei de aer. Autopsie: cancer al cardiei. Deci un examen radiologic negativ executat în ortostatism impune întotdeauna repetarea examenului și în decubit dorsal la trohoscop, pentru explorarea regiunii cardiei, care nu se poate face în poziție verticală.

5. Bolnavul L. O. în vîrstă de 64 de ani, se internează într-un spital raional, cu sindrom clinic suspect de cancer gastric. Radioscopie: stomac în cascadă. După un an internindu-se în clinica noastră, constatăm o rezistență tumorală palpabilă în epigastru, iar radioscopic o tumoare antrală cu stenoza stomacului. Stenozarea regiunii antrale în formă de tub rigid, împreună cu porțiunea proximă dilatăată a stomacului au lăsat și de data aceasta impresia de stomac în formă de cascadă. Autopsie: cancer gastric cu metastaze. Deci, stomacurile în formă de cascadă, ca

și cele în formă de corn sau de tub rigid, descrise de radiologi, trebuie să orienteze atenția clinicianului spre cancerul gastric chiar și atunci când concluziile radiologului sînt de altă natură.

6. Bolnavului Sz. M., în vîrstă de 44 de ani, într-un spital raional i se constată o gastrită antrală, și cu diagnosticul prezumptiv de cancer gastric se prezintă la policlinica regională, unde, după un examen sistematic, i se confirmă diagnosticul de gastrită. La ieșirea sa din policlinică, bolnavul se întîlnește din întîmplare cu un alt radiolog, care fiind impresionat de starea generală în care se află îl cheamă din nou la radioscopie și reușește să constate un cancer gastric. Acest diagnostic a fost confirmat și cu ocazia intervenției chirurgicale. În prezent bolnavul se află bine în al șaselea an după o gastrectomie totală.

Experiența practică de toate zilele ne arată că datorită unui examen radiologic nesatisfăcător sau interpretat greșit, pot să rămîină nedescoperite nu numai cancere gastrice incipiente, ci și cancere în stadiu inoperabil, asociate cu semnele clinice incontestabile ale malignității. Cauzele acestor greșeli, în general, sînt următoarele:

1. Condiții tehnice: capacitatea redusă a aparatului, insuficiența energiei curentului electric de la rețeaua localității, lipsa trohoscopului, sau a posibilităților de fotografiere etc.
2. Supraincîrcarea programului de lucru al serviciilor de radiologic.
3. Lipsa de experiență a radiologului.
4. Lipsa de colaborare între radiolog și clinician.

Trebuie să avem în vedere că deși examenul radiologic este foarte important în ceea ce privește stabilirea diagnosticului de cancer gastric, acest fapt nu poate să diminueze responsabilitatea clinicianului sau a medicului de teren față de bolnav. În ultimă analiză clinicianul este acela, care pe baza anamnezei și a altor date clinice și de laborator, va aprecia situația, iar această situație nu poate fi considerată nicidecum rezolvată în mod sigur și definitiv pe baza unui singur examen radiologic cu concluzii negative atîta timp cît persistă prezența unui cancer gastric.

Credem că următoarele considerații pot să contribuie la evitarea consecințelor diagnosticelor radiologice greșite.

1. În legătură cu cancerul gastric, concluziile primului examen radiologic sînt greșite, în general, în 25% a cazurilor. Deci pe baza unui singur examen radiologic negativ nu vom putea să excludem prezența unui cancer gastric. Prin urmare se impune mai întotdeauna necesitatea repetării examenului radiologic pînă la rezolvarea problemei.
2. Descrierile de stomac în formă de cascadă, stomacul mic hipertonic, în formă de corn sau de tub întîlnite adeseori în buletinele radiologice, trebuie să atragă atenția clinicianului pentru a suspecta un cancer sau a confirma o suspiciune existentă.
3. În cazuri excepționale nici semnarea prezenței peristaltismului nu exclude cancerul gastric.
4. Lipsa bulci de aer este un semn relativ frecvent al cancerului cardiac care constituie 10% din totalul cazurilor de cancer gastric. Cam 90% din cancerele cardice rămîn nedescoperite la examenul radiologic efectuat în ortostatism ceea ce impune necesitatea repetării examinării și în decubit dorsal pentru explorarea cardiacă.

## 2. Erori în legătură cu boala ulceroasă

În problema malignizării ulcerului gastric nici astăzi nu există o părere unanim acceptată, cu toate că au trecut mai mult de 100 de ani de cînd *Rokitansky*, în 1842, a atras atenția asupra acestei posibilități. Chiar și datele statistice publicate de diferiți autori denotă diversitatea concepțiilor în această privință. *Flekel* (1949) apreciază malignizarea ulcerului gastric la 2-3% din cazuri; *Melnicov* la 5-7%, *Finsterer* (1924) la 32%, în fine *McCarty* (1909) la 71%. Această discordanță se referă însă numai la ulcerul gastric (mica curbură, regiunea cardiacă și cea pilorică) în timp ce posibilitatea malignizării ulcerului duodenal este considerată în mod unanim ca fiind minimă și neîntrecînd proporția de 0,1%, deci aproape fără importanță practică. La fel și în ceea ce privește malignizarea ulcerului gastric, *Berg* și *Katsch*, pe baza experiențelor lor efectuate timp de 20 de ani, consideră această posibilitate ca o raritate excepțională. *Schindler* (1948) este de părere că pînă azi nu dispunem de date clinice suficiente pentru a ne pronunța în această problemă.

La congresul de gastroenterologie, ținut la Londra în 1956, majoritatea autorilor s-au declarat în contra caracterului precanceros al ulcerului gastric sau duodenal. Din 3,500 de cazuri de cancer gastric, Felci a putut să constate o anamneză cu caracter ulceros abia în 3%, *Salut-Alexandrowicz* (R. P. Polonă) folosind un bogat material nu a putut constata malignizarea ulcerului gastric în nici-un caz. Deci conform concepției dominante n-ar putea fi vorba de malignizarea nici a ulcerului duodenal și nici a celui gastric. Potrivit acestei păreri, în cazurile în care s-a presupus malignizarea unui ulcer preexistent, în realitate era vorba de la început de exulcerarea unei tumori canceroase. Cu alte cuvinte în cazul prezenței unui ulcer gastric cert nu se mai impune problema malignizării în tot decursul cronic al bolii. Responsabilitatea medicului însă nu a încetat, intrucît în toate cazurile de ulcer gastric trebuie să se vadă cu certitudine dacă într-adevăr e vorba de un ulcer benign, sau o tumoare canceroasă exulcerată. Gravitatea problemei rezultă evident și din statistica lui *Allen și Welch* potrivit căreia 65% a ulcerelor prepilorice, precum și 10% a ulcerelor de la mica curbură sînt de natură canceroasă, iar 12% din diagnosticale de ulcer gastric sînt eronate intrucît este vorba de un cancer exulcerat. Aceste erori oscilează chiar în cadrul aceleiași instituții între 4-19%.

Dificultățile care se ivesc în unele cazuri pot fi ilustrate și de observațiile noastre.

1. Bolnavul R. D., în vîrstă de 42 ani, prezintă o anamneză caracteristică ulcerului duodenal timp de cca 6 luni. Radioscopic: bulb duodenal deformat, stenoză pilorică. Diagnostic clinic prețemptiv: ulcer piloric. Laparotomie: cancer gastric inoperabil.

2. Bolnavei N. F., în vîrstă de 50 de ani, în urmă cu un an i s-a constatat un ulcer gastric și i s-a aplicat un tratament obișnuit. În urma acestuia starea bolnavei s-a ameliorat, iar la radioscopia s-a confirmat și micșorarea nișei preexistente pe mica curbură. Radioscopia executată la noi: tumoare gastrică. Laparotomic: cancer gastric inoperabil.

3. Bolnavul B. F., în vîrstă de 70 ani, a prezentat acuze gastrice timp de 13 ani, care au fost etichetate de către medici, chiar de la început, ca fiind de natură ulcerosă. După 4 ani, bolnavul a avut hematemă și melenă. Acuzele actuale datează de o săptămîni. Diagnosticul clinicii noastre de tumoare gastrică malignă a fost confirmat după un an la autopsie.

4. Bolnava B. A., în vîrstă de 59 de ani, suferă de boală ulcerosă timp de 23 ani, cînd i s-a pus acest diagnostic. S-a internat la clinica noastră pentru hematemă și melenă. Diagnostic radiologic: ulcer gigant pe mica curbură. În urma unui tratament adecvat, starea bolnavei s-a ameliorat simțitor. Viteza de sedimentare s-a redus de la 18/37 mm la 4/9 mm. Numărul hematiilor s-a ridicat de la 1,800,000 la 3,100,000, iar la radioscopia imagină nișei s-a redus în mod evident. Cu toate acestea, luînd în considerare caracterul penetrant al ulcerului, am indicat intervenție chirurgicală cu diagnosticul de ulcer gastric. Laparotomic: cancer gastric cu metastaze.

5. Bolnava N. N. în vîrstă de 49 de ani se prezintă la medic pentru cancerofobie. Radioscopia: stomac normal. Peste trei luni bolnava se prezintă din nou la medic din cauza alterării stării generale, fapt care justifică și cancerofobia. De data aceasta medicul reușește să descopere pe radiografie existența unui ulcer pe curbură mică și pune diagnosticul de boală ulcerosă, indicînd un control peste trei săptămîni. Bolnava liniștindu-se în urma diagnosticului stabilit nu s-a prezentat decît peste 4 luni, silită fiind de durerile gastrice ivite în zilele din urmă. În ciuda menținerii caracterului imaginii radiologice, am indicat intervenție chirurgicală, suspectînd și nu o tumoare malignă. Laparotomic: cancer gastric inoperabil.

Ar fi greu să ne pronunțăm pentru sau împotriva posibilității malignizării ulcerului gastric. Cu toate că noi, în clinica noastră nu am constatat în nici-un caz malignizarea ulcerului gastric confirmat. Considerăm totuși că în cazul bolnavilor noștri de mai sus, li cei cu un istoric mai scurt a fost vorba chiar de la început de un cancer primitiv al stomacului, iar în prezența anamnezelor de 13-23 ani autenticitatea bolii ulcerose poate să fie indoieinică. Credem că dacă această incertitudine ar stăruia în toate cazurile de afecțiuni gastrice cronice, rezultatul ar fi că mulți bolnavi ar fi operați mai devreme. Cu toate dificultățile bine cunoscute, ar trebui să încercăm mai întotdeauna o analiză discriminativă a simptomelor maligne de cele benigne. În fine, practica de toate zilele impune necesitatea revizuirii părerilor clasice în ceea ce privește durata decursului cancerului gastric. Pe lîngă o durată de 6-18 luni, recunoscută drept clasică, anamneze acute de cîteva zile sau luni de mai mulți ani sau decenii, nu exclud posibilitatea prezenței unui cancer gastric. Acest lucru rezultă și din analiza materialului nostru, dat fiind că 17% din bolnavii noștri au avut un istoric mai scurt de 2 luni, iar 12% mai lung de 2 sau mai mulți ani.

Deci aproape 30% din bolnavii noștri au prezentat un istoric mai scurt sau mai lung al bolii. Decit ceea ce s-ar fi putut aștepta conform părerii clasice. *Gray* relatează un istoric scurt în 1/4 a cazurilor, iar o anamneză ulceroasă clasică la 1/3 a bolnavilor. *Savitch* semnalează prezența datelor caracteristice pentru boala ulceroasă la 11% a bolnavilor cu cancer gastric. *Comfort*, analizând datele anamnestice la 226 bolnavi cu cancer gastric de mică dimensiune (diametru mai mic de 4 cm), a constatat că simptomele ulceroase prevalează.

În practica de toate zilele, pe baza datelor anamnestice și radiologice, cancerul stomacului se confundă cu boala ulceroasă în 10-20% a cazurilor. Această justifică îndecajuns atitudinea adoptată și de clinica noastră, că în prezența ulcerului curburii mici a stomacului se recomandă un tratament spialicesc, cu control radiologic riguros, iar ulcerole care persistă și după un tratament medical de 3-6 săptămâni necesită o intervenție chirurgicală. Nu trebuie să ne scape din vedere că în urma unui tratament perseverent uneori se constată o ameliorare evidentă chiar și în starea bolnavilor suferinzi de cancer. Nici micșorarea nișei nu încamnă întotdeauna prezența unui ulcer în vindecare, intrucit și craterul malign poate să se micșoreze prin creșterea tumorii. În ceea ce privește atitudinea radicală, în prezența ulcerelor gigante ale curburii mici, putem să ne permitem unele concesiuni prudente, în timp ce în legătură cu ulcerolele pe pilorice, o atitudine cit mai radicală este justificată. Coexistența ulcerului duodenal poate să discrediteze caracterul malign al proceselor gastrice, iar prezența mai multor ulcere pe curbura mică poate reduce posibilitatea malignității.

### 3. Erori în legătură cu sindromul gastritei

Argumentele lui *Konjetzny* (1913-1938) au atras atenția asupra relațiilor dintre cancerul gastric și gastrită. Conform acestei părerii, cancerul gastric nu s-ar grefa niciodată pe o mucoasă gastrică intactă, ci mai totdeauna este precedat de o gastrită. Ipoteza caracterului precanceros al gastritei este departe de a fi unanim acceptată, cu toate că diferențierea gastritei și a cancerului gastric, este o problemă foarte frecventă. În ciuda controverșelor teoretice, sindromul gastritei se întâlnește deseori în istoricul bolnavilor cu cancer gastric și este prezent chiar cu mult timp înainte de apariția simptomelor maligne, sau domină boala manifestă. Deci orice bolnav suferind de gastrită poate să aibă concomitent și un cancer gastric, sau acesta din urmă poate să se asocieze gastritei după un timp mai mult sau mai puțin îndelungat. Posibilitățile acestui pericol au fost studiate de *Peuzner* (1951) care a urmărit evoluția gastritei la 145 de bolnavi, după un interval de 10-19 ani. Cu ocazia examenului de control, autorul a descoperit la 7 bolnavi prezența unui cancer gastric. Dintre cei 60 decedați între timp 20 au murit de asemenea din cauza cancerului gastric. Deci în decurs de 10-19 ani, 27 (16,5%) din 145 gastritici au succumbat de cancer gastric. Desigur că procentul real al morbidității cancerului gastric, s-ar putea calcula numai prin urmărirea tuturor cazurilor pînă la sfîrșitul vieții bolnavilor. Constatările lui *Peuzner* concordă cu ale lui *State*, *Moore* și *Wagensteen* (1947), care dintre 1450 de persoane cu stomac anacid au reușit să descopere la o singură examinare 8 cancere gastrice și 38 polipi gastrici. *Levin* (1947) apreciază, la populația mai în vîrstă, frecvența prezenței cancerului gastro-intestinal într-o proporție de 1 : 1.000.

Luînd în considerare frecvența sindromului gastritei precum și datele de mai sus, publicate de *Peuzner*, nu trebuie să ne surprindă că mulți dintre bolnavii cu cancer gastric figurează în registrele medicale cu diagnosticul de gastrită, pînă în stadiul inoperabil al bolii.

Datele culese de *Krepsz* (1951) în Institutul de radiologie de la Tg. Mureș arată că în cazul cancerelor gastro-intestinale, întîrzierea în 51%, s-a produs din greșeala medicului și numai 23% din greșeala bolnavului, rămîbind ca medicul și bolnavul să suporte responsabilitatea întîrzierii în 23% din cazuri.

Aceste constatări indică necesitatea vigilenței în legătură cu gastrita (și mai ales cu gastrita anacidă), diagnostic care credem că ar trebui să ne atragă atenția asupra cancerului gastric. Acest lucru rezultă și din următoarele cazuri:

1. Bolnavului Cs. P., în vîrstă de 55 de ani, într-un spital raional i s-a pus diagnosticul de gastrită anacidă. Exact peste un an am constatat la clinică o tumoră gastrică. Laparotomie cancer gastric rezecabil fără metastaze evidente.

2. Bolnavul P. I., în vîrstă de 56 de ani, cu șase luni înainte de internare, se îmbolnăvește după o masă copioasă, prezentînd fenomene de gastrită acută. E tratat în consecință. Bol-

navul se reface, dar simptomele de gastrită continuă. Diagnostic clinic confirmat și la laparotomie cc. gastric.

3. Bolnava P. I., în vîrstă de 81 de ani a suferit de 50 de ani de gastrită cronică, alimentîndu-se dietetic. În ultimii doi ani, bolnava a vărsat mai frecvent decît obișnuia mai înainte. Radioscopic: tumoare antrală cu stenoză gastrică. Tumoarea a fost rezecabilă în ciuda vîrstei înaintate.

4. Bolnavul Sz K., în vîrstă de 60 de ani, a suferit timp de 15 ani de gastrită cronică. Din cauza cancerofobiei, bolnavul a frecventat în mod neîntrerupt serviciul radiologic al poli-clinicii, pînă cînd, în legătură cu o pierdere în greutate de altfel neînsemnată, se constată la radioscopic o tumoare în regiunea antrală, avînd mărimea unei nuci, ceea ce se confirmă și la laparotomie. Bolnavul se bucură de o sănătate bună și după 12 ani de la efectuarea intervenției.

Tocmai istoricul acestui bolnav din urmă, trebuie să ne arate că în decursul gastritei cronice, posibilitatea prezenței unui cancer gastric se poate exclude numai cu multă precauție și numai în mod temporar.

Deci gastrita cronică a persoanelor înaintate în vîrstă trebuie considerată ca o boală cu un potențial malign și numai dispariția completă și permanentă a fenomenelor e de natură să nlăture suspiciunea medicului.

#### 4. Erori în legătură cu sindromul anemic

Problema relației cancerului gastric cu anemia pernicioasă nu este încă lămurită. Clinicienii vechi erau de părere că pe baza unui cancer gastric poate evolua o anemie de tip pernicios. Recent, s-a adoptat mai cu seamă părerea lui *Katsch* care susține că în caz de cancer gastric și anemie pernicioasă, aceasta din urmă e boala primară. Această constatare s-ar putea atribui și faptului, că mulțimită tratamentului eficace, majoritatea bolnavilor cu anemie pernicioasă ajung la o vîrstă înaintată predispusă spre tumori maligne. *Mosbech* și *Videbaek* (1950) într-un interval de 20 ani (1928-1949) pe 301 bolnavi de anemie pernicioasă, au constatat că cancerul gastric este de trei ori mai frecvent decît la populația matoră de aceeași vîrstă. *Katsch* a preconizat controlul periodic al bolnavilor de anemie pernicioasă în vederea depistării la timp a cancerului gastric chiar și în absența simptomelor maligne. Succesul obținut a confirmat în același timp și frecvența cancerului gastric la perniciosi. Cu toată perseverența controlului, în mai multe cazuri depistarea s-a făcut de cele mai multe ori în stadiul inoperabil al bolii. Acest fapt a fost confirmat și de autorii sovietici *Reinberg*, *Milnicov* și *Timofeev* care subliniază frecvența evoluției asimptomice a cancerului gastric la bolnavii de anemie pernicioasă. Se consideră a fi caracteristică că odată cu grefarea cancerului pe stomacul bolnavilor de anemie pernicioasă, anemia devine refractară față de medicamentele clasice și de multe ori se observă și transformarea caracterului hiperchrom al anemiei dezvoltîndu-se o anemie hipocromă. Iată două exemple:

1. Bolnavul H. I., în vîrstă de 63 de ani este tratat cu succes de anemie pernicioasă timp de 9 ani. Cu toată starea generală bună, din cauza cancerofobiei bolnavul a susținut de la început că suferă de cancer gastric, solicitînd examinări radiologice și internări clinice repetate, pînă ce în cele din urmă, a sucombat de un cancer inoperabil al cardiaci.

O eroare și mai frecventă se întimplă datorită faptului că anemia hipocromă a bolnavilor de cancer gastric este diagnosticată ca anemie asiderotică sau anemie secundară altei boli.

2. Bolnava V. A., în vîrstă de 65 de ani a fost tratată cu preparate de fier timp de un an, cînd simptomele cancerului gastric au elucidat etiologia adevărată a anemiei.

#### 5. Probleme de diagnostic în legătură cu polipoza gastrică

Polipii gastrici se întîlnesc destul de rar. *Konjetzny* îi consideră drept formații precanceroase, însă e foarte greu să prevezi cazurile malignizării. Chiar datele din literatură sînt contradictorii. *Wright* (1930) a constatat 8 malignizări dintre 23 de persoane cu polipi gastrici, în timp ce *H. Yarnis* (1952) a semnalat numai trei dintre 103 cazuri. Sintem de părere că în cazul polipozelor persoanelor mai în vîrstă, indicațiile operatorii trebuie să se facă luînd în considerare nu numai riscul unei eventuale malignizări ci și pe cel operator, aprecierea justă a mai multor cazuri însă poate să fie destul de grea, dat fiind că și o atitudine de expectativă are riscuri, după cum reiese și din cazul următor:

1. Bolnava G. S., în vîrstă de 62 de ani se prezintă la consultație, din cauza slăbirii generale, în primăvara anului 1953, cînd la radioscopie i se constată 2 mici polipi, avînd fiecare mărimea unui bob de mazăre. Suspectînd un proces malign, am indicat intervenție chirurgicală. Iată de care bolnava s-a reținut timp de 4 ani. Cu ocazia examinărilor radiologice repetate a început tot la 2-3 săptămîni, iar mai tirziu tot la 2-3 luni, nu am constatat nici-o modificare în aspectul radiologic al tumorilor, cu toate că starea bolnavei a rămas din cauze personale, neobservată timp de 6 luni. La reîntorcere, i s-a constatat în epigastru o rezistență tumorală de mărimea unui pumn și un ficat mare, probabil din cauza metastazelor. Bolnava a sucombat peste o lună. Nu i s-a făcut autopsie.

Acest caz justifică atitudinea clinicii noastre considerînd polipii gastrici drept formațiuni cu potențial de malignizare care necesită un tratament chirurgical exceptînd cazurile cînd riscul operației pare a fi mai mare decît cel al malignizării. În mai multe cazuri am constatat că și starea de după rezecția gastrică poate să prezinte inconveniente considerabile:

2. Bolnavei V. A., în vîrstă de 58 de ani i s-a executat o rezecție gastrică pentru polipoză gastrică suspectă de a se maligniza. Examenul histologic: polipi fără semne de malignitate. Bolnava, după rezecție, suferă de o stare de cașexie greu influențabilă.

3. Bolnavei N. N., în vîrstă de 34 de ani i s-a indicat rezecție pentru polipi, din considerații preventive. Examen histologic: polipi cu lipsa semnelor maligne. Bolnava a devenit incapabilă de muncă din cauza sindromului postrezecțional.

#### *6. Complicațiile cancerului gastric pot să fie confundate cu boli ale ficatului sau ale colecistului.*

1. Bolnavul G. D., în vîrstă de 52 ani, se internează în clinică în anul 1952 din cauza unei crize abdominale acute și icter, ivite în urma unei alimentații copioase. La nivelul colecistului constatăm la palparea prezența unei rezistențe dureroase, avînd mărimea unui pumn. Lipsa peristaltismului pe curbura mică a stomacului, constatată la radioscopie a fost atribuită prezenței unui proces tumoral, pornit probabil de la pancreas. Laparotomie: cancer al stomacului cu infiltrarea regiunii perigastrice, comprimînd coledocul, colecist dilatat în urma compresiei coledocului avînd dimensiuni enorme.

2. Bolnava N. N., în vîrstă de 36 de ani, se internează în clinică din cauza că într-o stare de presupusă perfectă sănătate, în timp ce lucra la seccrat, a fost cuprinsă de dureri abdominale insuportabile, care s-au localizat sub rebordul costal drept. În curînd s-a manifestat și un icter intens și o stare septică cu frisoane și febră, pînă la 39° C. Constatînd un ficat mare la palparea, am indicat laparotomie cu diagnosticul de icter mecanic cu angiolit. Laparotomie: cancer gastric cu metastaze în ficat. Starea gravă a bolnavei nu ne-a permis să efectuăm o radioscopie înainte de intervenție.

Nu trebuie să ne scape din vedere că o hepatomegalie cu sau fără sindrom icteric poate să fie cauzată și de un cancer al stomacului cu metastaze în ficat. Această precauție e indicată chiar și atunci cînd simptomele clinice pledează pentru boli ale ficatului sau ale colecistului. Sindromul angiolitului cu icter, se întîlnește și în legătură cu cancerul gastric și poate să se termine chiar cu sindromul distrofiei hepatice acute. Nu încapă îndoială că procesul tumoral ce stătea la baza acestor sindroame data demult timp, evoluînd însă neobservat.

#### *1. Simptomele clinice pot să fie confundate cu sindromul hiposistolei persoanelor în vîrstă.*

1. Bolnavul F. Gy., în vîrstă de 62 de ani, suferă de luni de zile de dispnee la efort. Pe baza simptomelor cardiace, a semnelor de EKG, ficatul mărit al bolnavului s-a atribuit hipostazei presupuse, pentru care s-a preconizat și un tratament cu strofantină, dar fără efect. În decursul bolii, cancerul gastric a devenit evident și a fost confirmat la autopsie, fiind vorba de un cancer al cardiiei, care nu a fost observat de radiologi cu ocazia examinărilor în poziție verticală.

#### *3. Erorile chirurgilor în timpul laparotomiei.*

1. Bolnavei K. I., în vîrstă de 54 de ani i s-a pus diagnosticul clinic și radiologic de cancer al stomacului. Laparotomie: stomac normal. Peste 2 ani, semnele clinice și radiologice ale bolii au devenit mult mai evidente. Relaparotomie: cancer gastric inoperabil.

Din cazurile relatate mai sus, rezultă că între latența absolută și stadiul canceros manifest, există de cele mai multe ori un al doilea stadiu, așa-numit de latență relativă, care nu prezintă încă simptome caracteristice și când simptomele pot lua masca bolii ulceroase, a gastritei acute sau cronice, a sindromului anemic, a bolilor ficatului sau ale colicistului etc. De cele mai multe ori toate acestea pot fi provocate de complicațiile bolii de bază și ca atare pot să devieze atenția medicului de la boala fundamentală, pînă cînd aceasta se prezintă sub aspectul incontestabil al fazei terminale, în condiții inoperabile.

De fapt chiar și recunoașterea frecvenței sindromului gastritic, precum și a celui ulceros și anemic, ca tablouri dominante în decursul cancerului gastric rămas nedescoperit, poate să fie considerată un pas înainte.

În analiza datelor buletinelor de laborator, medicul practician căruia îi revine responsabilitatea față de soarta bolnavului, trebuie să pornească de la concepția că aproape toate abaterile de la normal întîlnite pe stomac (ulcerul curburei mici și mari, modificările mucoasei, ale tonicității, peristaltismului și formei stomacului, lipsa bulei de aer, aderențe perigastrice, stenoză pilorică etc.) e bine să fie considerate – mai ales la o vîrstă periclitată – ca semnele unui cancer gastric nedescoperit. De asemenea e bine ca medicul să-și păstreze această părere chiar și în lipsa datelor clinice și de laborator ale malignității.

Numai o vindecare stabilă poate să confirme contrariul, adică înlăturarea posibilității prezenței cancerului gastric. Desigur că numai o observare continuă și de lungă durată poate să justifice această atitudine. Problema diagnosticului trebuie să se rezolve într-un timp cit se poate de scurt deoarece există constatări recente care par a dovedi că de la data presupusă a începutului tumorii pînă la apariția metastazelor trec descori numai 2 luni.

În decursul cancerului gastric putem constata nu rarerori o ameliorare apreciabilă a stării generale a bolnavului și chiar o tendință de normalizare a datelor de laborator. Ca urmare a tratamentului aplicat, bolnavul poate să recîștige mai multe kilograme din greutatea pierdută. Simptomele gastritei pot să cedeze, chiar și craterul (considerat uneori nișă ulceroasă) poate să se micșoreze tocmai datorită creșterii tumorii. Contrar părerilor clasice, boala poate să aibă o evoluție de mai mulți ani. Toate aceste constatări nu trebuie să ne abată de la perseverența descoperirii unui cancer gastric presupus latent. Înafară de ulcerul duodenal, în decursul tuturor afecțiunilor cronice de stomac poate să se intercaleze și cancerul gastric ca o boală nouă. Aceasta se poate întimpla bine înțeles și în cazul ulcerului gastric confirmat.

Desigur că această atitudine înseamnă o sarcină nouă care îngreunează îndatoririle multiple ale medicilor rețelei sanitare, în deosebi ale medicilor de circumscripție.

Lucrarea de față vrea să contribuie la această atribuție a medicului de teren prin publicarea unei colecții de erori, trăgînd concluziile necesare. Errando discimus.

Sosit la redacție: 3 septembrie 1958.