

Secția de chirurgie a Spitalului unificat Baraolt (cond.: B. Lőrincz)

DOUĂ CAZURI DE TUBERCULOZĂ GASTRICĂ *

A. Biró, B. Lőrincz

Tuberculoza gastrică este o maladie rară. *Barkhausen* a descris-o pentru prima dată în anul 1824, iar mai târziu *Coats* a fost acela care a pus în evidență bacilul Koch în peretele gastric al bolnavilor decedați. După *Kanekevici* (1958), în literatura mondială de specialitate, s-au comunicat 400 cazuri; după *N. Heinzmann* și *Kutschera* (1958), numărul cazurilor comunicate ar fi de 500, în această cifră fiind incluse și cele descoperite la autopsii. După statistica autorilor de mai sus, la fiecare 500 intervenții pe stomac se întâlnește câte un caz de tbc. gastrică.

* Pe baza comunicării prezentate la ședința U.S.S.M. subfiliala Sf. Gheorghe din 27. IX. 1961.

Tuberculoza gastrică este întâlnită în mod frecvent în rândul fellahilor și al negrilor din America din cauza condițiilor social-economice precare. Este boala tinerilor și a vârstei mijlocii, fiind de două ori mai frecventă la bărbați decât la femei. După majoritatea autorilor tuberculoza gastrică este o maladie secundară. *V. I. Juhtin* și *M. A. Salevici* au prezentat însă cazuri, în care s-a putut dovedi că bolnavii s-au alimentat cu lapte provenit de la vaci bolnave de tuberculoză. Infecția se poate face: 1. pe cale hematogenă, fapt dovedit experimental și acceptat în gerela; 2. pe cale limfatică, posibilitate, pe care însă majoritatea autorilor o contestă; 3. pe calea tractului digestiv. În aceste cazuri este necesară o leziune gastrică anterioară. Ca factori adjuvanți figurează: 1. hipoaciditatea, 2. dilatația stomacului, 3. factorii ce compromit circulația stomacului.

Din punct de vedere anatomo-patologic, *Hartmann* împarte tuberculoza gastrică în patru grupe: 1. Forma ulceroasă (*Crouveilhier*, 1841); 2. Forma hipertrofică sau tumorală, (Aceste două forme se întind împreună ca formă ulcero-hipertrofică); 3. Limfă plastică (*Poncet*); 4. Abcesul rece al peretului stomacal, care nu are simptome clinice caracteristice. În practică se prezintă sub următoarele aspecte: 1. Stenoză pilorică, 2. Tumoare gastrică (*Gimpel*, *B. V. Brednikov* și *Foltin* (12 cazuri) dovedesc însă că tuberculoza gastrică poate coexista cu carcinom gastric); 3. Ulcer gastric, când contradicția dintre starea generală alterată a bolnavului și semnele clinice este evidentă.

Diagnosticul tuberculozei gastrice fără intervenție și fără examen biptic este foarte greu de stabilit. Tbc. pulmonară, genitală sau peritoneală în anamneză ne pot da indicații în stabilirea diagnosticului. Semnele radiologice, exceptând forma tumorală când procesul se extinde și la duoden, nu sînt caracteristice (*Guttman*). Dintre complicații, perforația și hematemiza sînt rare, în schimb melena se întâlnește mai des. Tratamentul tuberculozei gastrice este medical și chirurgical. Tratamentul medical are mare importanță în perioada pre- și postoperatorie. Sînt indicate toate tuberculostaticele. G.E.A. (gastroenteroanastomoza) este indicată în toate cazurile în care starea generală a bolnavului este compromisă, la fel și în cazurile în care rezecția gastrică ar periclita formațiunile anatomice importante din jur, cu ocazia lizei aderențelor. În toate celelalte cazuri rezecția gastrică este operația de ales. Postoperator s-au descris cazuri de ascită și complicații pulmonare.

Dăm mai jos o scurtă prezentare a cazurilor noastre:

1. *I. J.*, 44 ani, minier, a fost internat de mai multe ori (în anii 1956, 1957, 1958) la secția medicală cu diagnosticul de ulcer gastric al micii curburi și melenă. La 2. XI. 1958 este transferat la secția chirurgie pentru suspiciune de cancer în vederea intervenției. Acuza la data transferului sînt: dureri epigastrice continue care se intensifică postprandial și iradiază în spate. Apetitul diminuat. Uneori are grețuri și vomisme. Rezultatele de laborator: H: 3.920.000; L: 10.500; Hb. 80%; V.S.H.: 50/79 mm. Reacția la benzidină: negativă. Analiza sucului gastric: hiperaciditate. Grup sanguin: „0” (I). Radioscopia gastrică: la nivelul 1/3 medii a micii curburi se constată o nișă de mărimea unui bob mare de fasole, la nivelul căreia peristaltica se oprește. Pliurile mucoasei converg spre acest punct (*G. Bartha*). La data de 4. XI. 1958 se face operația în anestezie locală potențială (operator: *B. Lőrincz*, nr. reg. op. 356/I.) Rezumatul protocolului operației: la nivelul 1/3 medii a micii curburi se palpează o formațiune tumorală sclerotică de mărimea unei nuci verzi, care aderă strins la ligamentul hepato-gastric și la fața inferioară a lobului stîng hepatic. Limfonodulii regionali măriți de volum. Rezecție de stomac după procedeul *Polya-Reichel*. Diagnostic postoperator: ulcer gastric calos al micii curburi. Mersul postoperator a decurs normal. Diagnostic histopatologic (Prosectura Spitalului clinic unificat Tg.-Mureș, nr. 41.016, *L. Nagy* și *F. Gyergyay*): „Tuberculoză proliferativă gastrică”. După ce am luat cunoștința de diagnosticul histopatologic, am interogată mai insistent bolnavul, care a relatat că-și aduce aminte că la vârsta de 10 ani ar fi suferit de pleurezie. Înstituiam tratamentul tuberculostatic. După operație s-a prezentat de mai multe ori la control, se simte bine, a cîștigat 8 kg în greutate, și-a reluat vechea ocupație.

2. B. D., 28 ani, agricultor. Se internează la data de 30. VI. 1958 la secția internă (F. o. 1459/339) cu diagnosticul tb. gastrică, iar la data de 7. VII. 1958 este transferat în secția de chirurgie pentru laparotomie explorativă. În copilărie a suferit de pneumonie și pleurezie. Cu cca. 5 săptămâni înainte de internare a simțit dureri vagi în epigastru, urmate de regurgitații acide. A fost consultat de medic care a stabilit diagnosticul de ulcer gastric, prescriind tratamentul corespunzător. În urma tratamentului medical nu se observă nici o ameliorare, în plus bolnavul a slăbit cu 6—7 kg. Cu ocazia palpării abdomenului, se constată în epigastru o formațiune tumorală de mărimea unui pumn de bărbat, ce se întinde în jos pînă la nivelul ombilicului. Suprafața tumorii este neregulată, nu urmează mișcările respiratorii și are o mobilitate redusă. Marginea inferioară a ficatului întrece cu 2 laturi de deget rebordul costal. Temperatura 38—38,6° C. Rezultatele de laborator: H: 4.000.000; L: 13.000; Hb: 31%; V.S.H.: 46/78 mm. Urina: negativă. Grup sanguin: „A”. Reacția la benzidină: +. Analiza sucului gastric: aciditate normală. Radioscopie pulmonară: sinusul stîng fixat lateral, cu mobilitatea redusă a diafragmului. Radioscopia gastrică arată un stomac foarte dilatat, cu curbura mare la nivelul ombilicului; se umple neomogen. Marginea dinspre fornix a marii curburii este dantelată. La nivelul corpului se disting lipsuri de umplere de formă ovoidă, unde mișcările peristaltice nu trec mai departe. Conturul bulbului și duodenului integru, cu semne de stază (G. Bartha). După o pregătire corespunzătoare, efectuăm intervenția în anestezie generală, în circuit deschis cu eter. (Operator A. Biro, nr. reg. op. 238/I. 1958.) Descrierea rezumativă a operației: peretele anterior al stomacului este inclus într-un proces tumoral, strîns aderent la țesuturile din jur, atingînd mărimea unui cap de nou-născut, cu suprafața neregulată, avînd consistență dură. Limfonodulii din vecinătate mult măriți. Facem excizie pentru biopsie din țesutul tumoral. Diagnostic postoperator: carcinom gastric inoperabil. Mersul postoperator este jenat de un proces pulmonar, interpretat atunci ca banal. Starea bolnavului s-a înrăutățit cu tot tratamentul aplicat și în ziua de 25. VII, la cererea familiei, părăsește spitalul. Rezultatul examenului histopatologic (Prosectura Spitalului clinic unificat Tg.-Mureș. Nr. buletinului 32 022, 1958. VII. 29): „Tuberculoză proliferativă gastrică, în preparat nu se constată prezența tumorii maligne”. (L. Schuller medic primar.) După informațiile ulterioare bolnavul a decedat la 10 zile de la părăsirea spitalului.

În legătură cu cele două cazuri am dori să atragem atenția asupra importanței examenului histopatologic al pieselor operatorii care chiar și în cazurile unui diagnostic macroscopic aparent exact de ulcer sau cancer gastric, poate aduce surprize, ca în cazurile prezentate.

Sosit la redacție: 9 decembrie 1964.