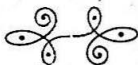


TUMORILE COLONULUI ILIO-PELVIAN



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE 17 Iunie 1928.

OCTAVIAN DUȘA



CLUJ
INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
STRADA MEMORANDULUI 22.
1928

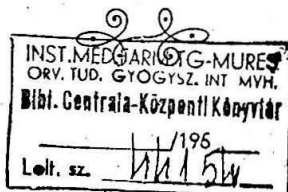
TUMORILE COLONULUI ILIO-PELVIAN



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 27 Iunie 1928.

OCTAVIAN DUȘĂ

24 MAY 2005



CLUJ
INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
STRADA MEMORANDULUI 22.
1928

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan : D-nul Prof. Dr. MIHAIL A. BOTEZ

Profesori :

Patologia generală și experimentală	D-l Dr: <i>Botez A. M.</i>
Bacteriologie (agr.)	" " <i>Baroni V.</i>
Istologia și embriologia umană	" " <i>Drăgoiu I.</i>
Clinica infantilă	" " <i>Gane T.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	" " <i>Grigoriu C.</i>
Istoria medicinei	" " <i>Guiart I.</i>
Clinica Medicală	" " <i>Hațieganu I.</i>
Clinica chirurgicală	" " <i>Iacobovici I.</i>
Farmacologia și farmacognozia	" " <i>Martinescu Gh.</i>
Clinica oftalmologică	" " <i>Michail D.</i>
Clinica neurologică	" " <i>Minea I.</i>
Medicina legală	" " <i>Minovici N.</i>
Igienă și Igiena socială	" " <i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	" " <i>Negru D.</i>
Fiziologia umană	" " <i>Nițescu I. I.</i>
Farmacia chimică și galenică	" " <i>Pamfil Gh.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	" " <i>Papilian V.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	" " <i>Predescu-Rion I.</i>
Clinica stomatologică (supl.)	" " <i>Tătaru C.</i>
Clinica dermato-venerică	" " <i>Teposu Emil</i>
Clinica Căilor Urinare (agr.)	" " <i>Thomas P.</i>
Chimia biologică	" " <i>Urechia C.</i>
Clinica psihiatrică	" " <i>Vasiliiu Titu</i>
Anatomia patologică	" " <i>Vasiliiu Titu</i>

JURIUL DE PROMOȚIUNE:

Președinte :	D-l Profesor	Dr. <i>Iacobovici Iacob</i>
Membrii :	" "	" <i>Botez A. Mihail</i>
	" "	" <i>Vasiliiu Titu</i>
	" "	" <i>Nițescu I. I.</i>
	" "	" <i>Teposu Emil</i>
Supleant :	" Docent	" <i>Goia Ioan</i>

Parinșilor Mei, dragoste și recunoștință.



Surorilor și fraților mei multă iubire.

Mulțumirile mele respectuoase

Mui Prof. Dr. I. Jacobovici

*pentru sprijinul și onoarea ce-mi face primind
a-mi prezida această teză.*



Prefață

Prin aceasta lucrare modestă se pune capăt vieții mele de student. Înainte de a mă îndepărta de pe băncile facultății — viu acum să-mi exprim mulțumirile și omagiile mele Domnilor Profesori ai Facultății de Medicină pentru tot ce am învățat dela D-lor în cursul anilor de studii.

Dlui Prof. I. Iacobovici pentru încredințarea subiectului de față, precum și pentru toate îndrumările și sfaturile date acum și în timpul școlarității îi exprim sincera mea recunoștință și respectuoasele mele mulțumiri.

Onoratului juriu de promoție multă recunoștință și respect.

Aduc de asemenea vîile mele mulțumiri șefilor mei ierarhici: Dlui medic General Dr. Badescu Gh. și Dlui Medic Colonel, Dr. Stănculescu Șt. pentru îndrumările militare și profesionale date.

Sincere mulțumiri Dlui șef de lucrări Dr. Popa Rubin și Dlui Dr. Mureșan pentru materialul pus la dispoziție la alcătuirea acestei teze.

Pe prietenii și colegii mei V. Borbil, Șt. Gavrilescu și D. Pop cu cari am petrecut zilele cele mai frumoase din viața de student — regretând că trebuie să ne despărțim — îi asigur că nu voi uita nici odată această frumoasă amintire.

Tuturor cunoscuților și colegilor dela Facultate le păstrez dragoste și amintire frumoasă.



1. Noțiuni de anatomie

Colonul ilio-pelvic este continuarea colonului descendent; se mai numește și colonul sigmoid din cauza formei de sigma grecesc pe care o are. Este de 35—45 cm. lungime după Toma Ionescu. Este situat în fosa iliacă stângă. Este mai profund situat decât colonul drept, deci și palpatia lui e mai dificilă. E legat de peretele posterior al abdomenului printr'un mezocolon larg ceace îi permite o mobilitate destul de mare, fiind cea mai mobilă parte a intestinului gros.

Colonul ilio-pelvic are 4 porțiuni :

1. Porțiunea verticală descendentă ce merge de la creasta iliacă stângă până la sfertul inferior al fosei iliace stângi.

2. A doua porțiune transversală care se încrucișează cu psoasul.

3. A treia porțiune în formă de ansă cu concavitatea în sus merge de la fosa iliacă stângă la fosa iliacă dreaptă și a 4. a patra porțiune merge oblic în jos și înăuntru de la marginea dreaptă a bazinului până la partea mediană, acelei de a treia vertebrală sacrată. Primele două porțiuni sunt situate în fosa iliacă stângă, celelalte două sunt intrapelviene.

Este foarte important de semnalat că la nivelul strâmtorii superioare a bazinului colonul aderă de peretele osos, de unde gravitatea specială a tumorilor ce se dezvoltă la acest nivel. Lungimea lui poate varia între 12—84 cm. Dacă este scurt este situat în bazin. Dacă este lung ajunge până la ombilic, așa încât o tumoră la acest nivel se poate confunda cu o tumoră a colonului transvers.

Configurația exterioară a colonului ilio-pelvic se aseamănă cu celelalte porțiuni ale intestinului gros, numai

că bandele musculare sunt numai în număr de două, una anterioară și una posterioară.

Raporturi : *Porțiunea iliacă* a colonului ilio-pelvic vine în raport înainte cu peretele abdominal, prin care se poate palpa în stare de plenitudine a colonului, înapoi cu muschiul psoas-iliac de care e despărțit printr'o fascie, apoi cu nervul crural și cu vasele iliace externe.

Porțiunea pelviană: vine în raport cu organele pelviene; la bărbat cu vezica și rectul; la femeie cu vezica, uter, organele anexe, cu fundul de sac vezico-uterin, și fundul de sac recto-vaginal.

Colonul ilio-pelvic mai vine în raport cu intestinenele subțiri. În unele cazuri când mezocolonul sigmoid este foarte lung, colonul ilio-pelvic se prelungește până 'n fosa iliacă dreaptă și deci în aceste cazuri vine în raport cu caceul.

Constituția anatomică. Peretele colonului ilio-pelvic este format din 4 tunici și anume :

a) *Tunica seroasă* învelește colonul ilio-pelvic și îi formează un mezo-mezocolonul ilio-pelvic sau sigmoid, care îl fixează de peretele posterior al abdomenului, dând naștere la două fosete — fosetele intersigmoidiene.

b) *Tunica musculară*: formată din 2 feluri de fibre; fibre longitudinale, cari formează stratul superficial și fibre circulare cari formează stratul profund.

c) *Tunica celuloasă*.

d) *Tunica mucoasă*. Este mai groasă și mai rezistentă ca în celelalte porțiuni ale intestinului gros și formează în stare de vacuitate o serie de plici longitudinale și transversale.

Fața externă a mucoasei este aderentă de stratul submucos, fața internă este lucioasă. Nu prezintă plăcile lui Peyer, examinată cu lupa ne prezintă, o serie de orificii cari sunt orificiile glandelor.

Structura: Mucoasa este formată din epiteliu, chorion, și glande.

Epiteliul este format dintr'un singur rând de celule ci-

lindrice cu platou striat amestecate cu celule caliciforme; *chorionul* este format din țesut conjunctiv, care formează un țesut reticulat. *Glandele* sunt glande tubuloase; în general sunt glande tubuloase analoge cu cele alui Lieberkühn. Ele secretă mucus.

Vasele limfatice: Sunt foarte numeroase și ele se îndreaptă înapoi.

Ele se duc la ganglioni mezocolici. Vasele limfatice comunică cu limfaticele marelui eiplon și prin intermediul acestuia cu stomacul și ficatul.

2. Noțiuni de fiziologie

Rolul fiziologic al colonului ilio-pelvian constă în aceea că aici se acumulează materiile fecale pentru a fi eliminate prin defecație.

Bolul intestinal înaintea, grație mișcărilor, intestinului gros, care sunt de 3 feluri: a) *mișcări peristaltice*, cari ajută progresiunea materiilor fecale.

În caz de obstacol pe intestinul gros ele sunt exagerate.

b) *Mișcări antiperistaltice*, sunt proprii ale intestinului gros, cari au fost puse în evidență de Bloch, Stierlin și Klose; și cari în caz de stenoză sunt foarte exagerate.

c) *Mișcări pendulare*, studiate de Cannon, Klose, Bergmann și Lenz cari au mai mică importanță.

La examenul repetat al bolnavilor cu tumori ale intestinului gros f. des găsim durere în regiunea ilio-caecală (Bouveret). Acest autor a observat că unghiul ilio-caecal este un fel de nod intestinal care reacționează la toate modificările patologice ale intestinului gros. Un neoplasm care este situat în regiunea ilio-pelviană, sau în regiunea recto-sigmoidiană, reacționează prin durere și tulburări funcționale în regiunea ileo-caecală. S'au văzut bolnavi cu tumori ale colonului pelvian cari au fost operați de apendicită cronică, din cauza perzistenței durerii la nivelul caecului.

Această reacție caeco-colică precoce și frecventă este

foarte importantă pentru a depista un neoplasm al intestinului gros.

Trebue să cunoaştem durata transitului intestinal, pentru ca să putem trage concluziuni în ceea ce priveşte funcţiunea normală a intestinului. După cercetările lui Klose şi Hertz bolul alimentar parcurge intestinul subţire în 3 ore, la $4\frac{1}{2}$ h. este în caec; după 6 ore este în unghiul hepatic al colonului. După 8 ore în colonul transvers, după 9 ore în unghiul splenic, după 12 ore în colonul ilio-pelvic.

Şi aici stagnează până la defecaţie. Se vede deci că materiile fecale stagnează mai mult în caec şi în colonul ilio-pelvic. Aceste sunt cele două puncte sensibile ale intestinului gros.

Procesul normal de digestiune în intestinul gros constă dintr'o acţiune de fermentaţie diastazică ce are loc în caec, şi o acţiune de putrefacţie microbiană în colonul stg. Când evacuarea materiilor fecale se face în mod normal nu avem nici o tulburare datorită proceselor de fermentaţie şi putrefacţie. Imediat ce există un obstacol oarecare la nivelul intestinului gros, survin o serie de tulburări de autointoxicaţie. În caec bolul intestinal este lichid şi pe măsură ce traversează intestinul gros apa se absoarbe şi bolul intestinal devine mai solid. De aici rezultă că această diferenţă de aspect a materiilor fecale joacă rol important în patologia tumorilor intestinului gros. La dreapta *stenozele sunt rare şi tardive*, conţinutul intestinal fiind fluid. La stânga *stenozele sunt precoce şi frecvente*, conţinutul intestinal fiind mai solid şi deci trecerea lui se face mai greu. Tocmai din acest motiv şi infecţiile peritumorale sunt mai frecvente la colonul ilio-pelvic.

Acestea sunt deci cauzele fizio-patologice pe baza cărora ne putem explica pentru ce neoplasmul intestinului gros se formează mai ales la origina şi terminaţiunea lui. Bolul intestinal şi în mod normal deci stăgând mai mult în aceste 2 porţiuni de aici cauza rolului iritativ al bolu-

lui intestinal asupra pereților colonului, deci o cauză care este la baza formării neoplasmelor.

Bolul intestinal fiind mai solid la nivelul colonului ilio-pelvic și stăgând mai mult aici ca în orice altă parte, iar pe de altă parte procesul de putrefacție fiind exagerat din cauza stăgării este cauza formării tumorilor mai des aici ca în altă parte a intestinului gros.

De Bowis, a stabilit acest lucru și a făcut o clasificare din care reese acest fapt și anume:

Colon sigmoid 115 cazuri de neoplasme.

Caecul și col. ascend 50 cazuri de neoplasme.

Colonul transvers 43 cazuri de neoplasme.

Unghiul hepatic 26 cazuri de neoplasme.

Unghiul splenic 21 cazuri de neoplasme.

Colonul descendent 30 cazuri de neoplasme.

După statistica lui Waldenstörn:

Caecum 27 cazuri de neoplasme.

Colonul pelvic 19 cazuri de neoplasme.

Colonul ascendent 8 cazuri de neoplasme.

Unghiul hepatic 6 cazuri de neoplasme.

Colonul transvers 4 cazuri de neoplasme.

- Unghiul splenic 6 cazuri de neoplasme.

Colonul descendent 3 cazuri de neoplasme.

După statistica lui Petermann:

Colonul sigmoid 56 cazuri de neoplasme.

Caecum 13 cazuri de neoplasme.

Colonul ascendent 7 cazuri de neoplasme.

Unghiul hepatic 12 cazuri de neoplasme.

Colonul transvers 17 cazuri de neoplasme.

Unghiul splenic 8 cazuri de neoplasme.

Colonul descendent 4 cazuri de neoplasme.

Vedem deci că în cece privește frecvența localizării primul este colonul ilio-pelvic, apoi caecul.

3. Etiologia

Cauzele neoplasmelor încă nefiind bine elucidate și aici avem numai ipoteze. În general constipația, inflamațiunile anterioare, traumatismele repetate joacă aici rolul principal în etiologie.

Schmieden a constatat că între maladiile precancerose, a colonului cari favorizează neoplasmul cea mai frecventă este polipoza.

Blanchar Wilson, a observat ca formarea de diverticuli la nivelul colonului ilio-pelvian este destul de frecventă.

Totodată observând că și neoplasmul la acest segment este mai frecvent — a dedus că între existența diverticulilor și formarea neoplasmelor trebuie să fie o relație — și ca diverticolul este o cauză anatomică predispozantă pentru formarea tumorilor.

W. Arbuthnot și Lane examinând cauzele cancerului colonului, așa cum în alte părți traumatismul, aici sunt modificările de degenerescență a țesuturilor, în special a mucoasei sub influența fenomenelor de autointoxicație.

Goullioud în cursul operațiunilor pe cari le-a făcut asupra colonului pelvian, a fost frapat de frecvența corpiilor străini, și în special sâmburi de fructe pe cari i-a găsit la nivelul tumorii. A ajuns la concluzia că corpi străini, au avut rol în formarea neoplasmului prin iritația continuă, care a dat naștere la eroziuni și cicatrice pe care apoi se grefează neoplasmul.

Sexul: În ceea ce privește sexul s'a observat că neoplasmul caecului e mai des la bărbat; și neoplasmul colonului ilio-pelvian mai des la femei.

Etatea: Neoplasmul colonului ilio-pelvian survine în etatea mai înaintată; *I. H. Clark*, a observat cazuri de neoplasme cari au survenit la tineri sub 20 ani, prognosticul este grav, evoluția fiind rapidă.

4. Considerațiuni anatomo-patologice

Neoplasmul colonului evoluând într'un mediu septic este un neoplasm infectat. Reacția inflamatorie care derivă din această infecție este precoce, apare înainte de a se prezenta semnele tumorale. Această reacție inflamatorie este mai mult sau mai puțin intensă și se traduce prin durere, aderențe și supurațiuni.

Un caracter important al cancerului intestinului gros este că rămâne lung timp localizat, fără tendință la propagare și generalizare. Aderențele canceroase în opoziție cu aderențele inflamatorice sunt tardive. Grație acestei tendințe tardive de a se generaliza procesul neoplazic se propagă încet spre ganglioni și organe vecine. Hipertrofia ganglionară este dată mai mult de procesul inflamator, așa că acest lucru are mare valoare în cece privește prognosticul și tratamentul.

Să vedem prima dată reacțiunile inflamatorice.

1. *Adenopatia inflamatorie*: Cum am mai amintit adenopatia precoce în vecinătatea neoplasmului este dată de procesul inflamator perineoplasic. Caracteristic pentru aceste adenopatii este că ganglionii sunt mari, dureroși. Făcând examenul histologic acestor ganglioni observăm un caracter inflamator, iar caracterul tumoral cu totul lipsește. Acest lucru e foarte important al cunoaște deoarece văzând la un bolnav cu tumoră a colonului această adenopatie întinsă declarăm tumora ca inseparabilă din cauza metastazelor pe când în realitate operând bolnavul, adenopatia regresează, dovedind caracterul inflamator și nici de cum de a fi metastază tumorală.

2. *Abcesul pericanceros*, dând peritonită localizată prin aderențe sau se formează mici abcese multiple în țesutul celular retroperitoneal dând celulită supurată.

Obs. Boln. I. A. de 67 ani. Diagn. Epiteliom al colonului sigmoid cu perisigmoidită supurată. Examenul local. În regiunea flancului și fosei iliace stângi prezintă o tumoră de mărimea unui cap de făt.

Tegumentele la acest nivel sunt alterate, hiperemice, edemațiate, foarte sensibile, dureroase la palpație. Margi-nile tumorii dure nu se pot delimita bine de planurile pro-funde.

După incizia peretelui abdominal se scurge o cantitate de cca 200—300 cm.³ de puroi cenușiu, murdar, foarte fetid.

Deci se vede că în jurul tumoarei s'a format un ab-ces, cu o cantitate însemnată de puroi.

3. *Formarea de ulcerațiuni deasupra stenozelor*: După W. Odermatt producerea de ulcerațiuni deasupra stenozelor neoplazice e destul de frecventă; perforarea în cavitatea peritoneală acestor ulcerațiuni este aproape totdeauna mor-tală. W. Odermatt publică un caz; un bolnav în etate de 50 de ani, care mai multe luni a prezentat scaune diareice, și mai târziu sangvinolente. Administrarea de calciu și biz-muth au diminuat diarea, însă în cursul acestui tratament bolnavul a fost cuprins subit de o durere atroce în partea inf. a abdomenului, a vomat, starea generală s'a agravat, i-s'a pus diagnosticul de peritonită prin perforație.

La operație s'a constatat că bolnavul prezintă o tumo-ră în partea inferioară a colonului sigmoid, iar deasupra tumorii s'a constatat o perforație de circa 2 cm. diametru. Bolnavul a sucombat după 48 ore. Autopsia a arătat pre-zența de numeroși diverticuli pe colonul sigmoid dintre cari unul situat la 12 cm. deasupra colonului sigmoid s'a ulce-rat și a perforat în cavitatea peritoneală.

4. *Aderențe inflamatorice*: Aceste aderențe pot fixa o tumoare mobilă a colonului ilio-pelvic, legându-o de pe-retele abdominal sau de viscere.

Aderențele de natură inflamatorie se formează la în-ceputul evoluției tumorii și contrar aderențelor neoplazice, aceste sunt masive, întinse formând un bloc ce nu se poate delimita bine de părțile vecine. Aceste aderențe se formează între tumoră și peretele abdominal ant. sau post. sau în-tre tumoră și organele vecine.

Tumorile sigmei fac aderențe mai des cu peretele ab-dominal posterior și cu vezica.

Obs. Boln. S. V. de 50 ani. Diagn. Epit. al col. ilio-pelvian. Ileus mecanic. La operație se observă că colonul ilio-pelvian este foarte distins și îngroșat și este aderent de peretele abdominal anterior de care se deslipește. Se poate distinge foarte bine o tumoare de mărimea unui pumn de copil interesând în mod egal întreg peretele colonului. Tumora este de consistență foarte dură și fixă prin aderențe cu organele vecine. Tumoara este situată pe porțiunea iliacă a colonului ilio-pelvian, imediat sub unghiul pe care'l formează acesta cu colonul descendent. Prezintă aderențe puternice atât cu vesica cât și cu porțiunea inferioară a colonului sigmoidian comprimându-l în mare parte.

5. *Lipomatoza peritumorală*: În jurul neoplasmului colonului se acumulează un țesut grăsos, așa încât câteodată maschează mărimea adevărată a tumorei. La examenul histologic s'a constatat că acest țesut grăsos este format din lobi grăsoși hipertrofiați cu o infiltrație bogată leucocitară, ce ne dovedește origina inflamatorică a lipomatozei. Grăsimea aceasta acumulată ne împiedică de a delimita exact tumora și totodată face dificultăți în cursul intervenției.

Reacțiuni tumorale: Aceste reacțiuni constau în metastaze tumorale în ganglioni și organele vecine.

a) *Aderențe neoplasice*: Neoplasmul poate să se propage direct la organele vecine.

Aderențele parietale sunt destul de rare dat fiind mobilitatea mare a colonului sigmoid. Cu atât mai frecvente sunt aderențele vezicale. De aici se explică durerile vezicale și tulburări în micțiune în cancer sigmoidian.

Mai târziu se formează fistulă între aceste două organe. Aderențele între colonul sigmoid și intestinele subțiri încă sunt destul de dese. La femeie aderențele se formează între colon și organele genitale interne, uter și anexe. M. Schwartz a publicat 2 cazuri de cancere ale colonului pelvian propagate la uter și anexe.

b) *Adeopatia tumorală*: Ea este tardivă, adică se for-

mează atunci când tumora se generalizează; deci adenopatia tumorală urmează după adenopatia inflamatorie.

Este foarte greu ca noi să putem face un diagnostic macroscopic, existând câteodată și o *formă mixtă*. Totdeauna trebuie făcut examenul microscopic, care decide în asemenea cazuri.

În general ganglionii canceroși sunt mici, duri, izolați și limitați la aceia regiune. Neoplasmul colonului sigmoid invadează ganglioni mezenterici cari se află dedesubtul originei, arterei sigmoide. Mai rar ganglioni lombari.

Deci operând un cancer al colonului sigmoid trebuie să extirpăm ganglionii regiunii arterei sigmoide în toate cazurile, iar uneori și ganglionii regiunii arterei hemoroidale. Niciodată metastaza nu trece în regiunea arterei colice stângi.

Deci avem 3 grupe de ganglioni, cari ne interesează în această regiune.

Ganglioni marginali la locul de inserție a mezocolonului ilio-pelvic.

Acest șir de ganglioni joacă rolul de *întrerupător*, cari retardează extenziunea procesului tumoral.

Al doilea grup este situat la unghiurile de diviziune ale vaselor; și ultimul grup mult mai rar atins îl formează ganglionii mezenterici.

Acțiunea de întrerupere a întinderii procesului canceroș la colonul ilio-pelvic este mai slabă ca în altă parte a colonului; deci și propagarea procesului tumoral se face mai repede.

Sunt unele forme de neoplasme atipice la cari metastazele sunt foarte precoce și întinse.

Ganglionii superficiali inghinali nu sunt prinși numai în cazul când tumora s'a întins la peretele abdominal anterior.

5. Aspecte macroscopice ale neoplasmului colonului ilio-pelvian

Neoplasmul colonului ilio-pelvian se dezvoltă în general la distanță de 16—25 cm. de anus. La început tumora este o simplă placă laterală, sau vegetațiuni mai mult sau mai puțin exuberante.

E foarte greu ca la rectoscopie să se pună diagnosticul în acest stadiu. Cu timpul apoi tumora ia formă inelară. Rar neoplasmul ia forma encefaloidă, această formă e mai deasă la caec. Tot așa formele vegetante sunt rare la nivelul sigmei. Cea mai deasă formă care se întâlnește aici este cancerul schiros. Forma aceasta se caracterizează prin aceea că este puțin voluminos, inelar, și colonul la acest nivel apare ca și când ar fi strâns într'o sfoară.

Tumora este puțin întinsă. Ea are tendința de a retrage țesuturile, așa că tumora scurtează colonul pelvian. Aceste tumori pot fi foarte mici de volum și așa se explică cum uneori rămân neobservate în cursul explorațiunii chirurgicale. Cancerul schiros este inelar și prinde toate tunicile colonului. Seroasa la acest nivel ia aspect fibros, alb, cicatricial.

Mucoasa este distrusă, ulcerată.

Muscoasa este și ea prinsă de procesul tumoral. Tumora în secțiune are forma de un ceasornic de nisip.

Tumora este în cele mai multe cazuri singulară. În unele cazuri mai rare să observă tumori multiple, mai cu seamă în degenerescența canceroasă a polipilor colonului ilio-pelvian.

Straturile colonului ilio-pelvian se alterează nu numai la nivelul tumorii ci și în sus de tumoară unde constatăm o dilatare considerabilă a intestinului gros, și mai jos de tumoare, unde constatăm o atrofie foarte însemnată.

Peritoneul la nivelul tumorii este fibros, cicatricial. Mai sus din cauza dilatației colonului poate prezenta fisuri. Peritoneul își pierde aspectul normal, devine roșiu, inflamator, edemațiat ce se observă aproape până la caec.

Stratul muscular la nivelul tumorii este disociat, invadat de procesul tumoral și tinde să dispară prin întinderea procesului tumoral.

Mai sus de tumoare stratul muscular se hipertrofiază, atât din cauza inflamației cât și din cauza hiperfuncției acestei părți, pentru a învinge rezistența ce există la nivelul stenozei. Mai jos de tumoră musculatura este atrofiată din cauza hipofuncției.

Mucoasa la nivelul tumoarei este profund alterată și modificată. Se văd muguri neoplazici friabili și cu o suprafață sângerândă. Mucoasa este ulcerată. Se observă prima dată mici ulcerări multiple cari apoi se reunesc. Ulcerația sau este dată de însuși neoplasm care este infectat sau deasupra neoplasmului stenoza și iritația produce ulcerarea mucoasei.

Din punct de vedere macroscopic forma scleroasă a cancerului colonului sigmoidian este foarte grea de diagnosticat. Fără ajutorul microscopului este imposibil de a face un diagnostic și al diferenția de o tuberculoză segmentară sau chiar de o sigmoidită benignă.

Simptomatologia cancerului colonului diferă de simptomatologia cancerului rectului prin aceea că cancerul rectal are o evoluție mai rapidă, cu metastaze ganglionare precoce; din contră cancerul colonului pelvian dela început este mai benign. (*Moutier și Girault*).

Dintre toate formele evolutive secundare cea mai gravă este forma *inclavată* a cancerului sigmoidian.

În acest caz organele din bazin formează un bloc, care înglobează vezica, organele genitale, rectul și colonul și a discerna traectul colonului pelvian după desinserarea din această masă este aproape imposibilă.

6. Examenul microscopic al epiteliomului colonului pelvian

Cancerul colonului pelvian este un cancer cilindric în mod general. După Lecéne sunt 3 tipuri de epiteliome din punct de vedere histologic.

1. *Adeno-carcinom*, este tipul cel mai frecvent care se găsește la nivelul colonului ilio-pelvian. Adeno-carcinomul este un epiteliom tipic, format din tubi pseudo-glandulari, inegali, neregulați și dintr'o stromă conjunctivă. Epiteliul acestor tubi pseudo-glandulari diferă de epiteliul normal prin absența peretelui propriu, prin hipertrofie și hiperplazie celulară, și prin frecvența celulelor în mitoză. Putem vedea într'o masă protoplasmatică mai mulți nuclei, celulele dela suprafață se turtesc și devin cubice. Celulele mucipare tind să dispară; celulele cilindrice devin voluminoase, nucleul se hipertrofiază.

Țesutul conjunctiv poate să fie foarte diminuat (cancer medular) sau foarte abundent cancer schiros. În general aceasta din urmă formă se întâlnește la colonul-pelvian. Aceasta proliferare de țesut conjunctiv este un fel de apărare din partea organismului contra invadării procesului tumoral, aceasta ne explică pentru evoluția tumorii este mai lentă ca în celelalte părți a intestinului gros. Locul de predilecție a propagării procesului canceros este submucoasa. Țesutul muscular este mult mai rezistent.

Observație: Bolnavul L. L. de 37 ani. Diagn. Epit. rectosigm. *Biopsia*: Se observă o proliferație de glande rectale. Glandele au dispoziția destul de tipică, membrana bazală este intactă. Între glande se observă bande de țesut conjunctiv infiltrat de leucocite în cea mai mare parte plasmocite. În unele porțiuni tubii glandulari sunt neregulați prezentând caractere de atipie. În rezumat este o proliferațiune adenomatoasă cu caractere carcinomatoase.

2. *Carcinom solid atipic*. Este o formă mai rară. Este constituit dintr'o stromă fibroasă, cuprinzând cuiburi de celule neoplazice și foarte rar găsim tubi pseudo-glandulari.

Elementele celulare neoplazice sunt formate din celule poliedrice cari nu sunt aderente între ele. Protoplasma nu prezintă nimic caracteristic, nucleul este mare și neregulat.

Aceste tumori sunt mari, aderente și mai infiltrate ca adeno-carcinomul. Aceste tumori cresc rapid, devin voluminoase, aderente și inextirpabile.

3. *Carcinom coloid*. Este o formă mult mai rară la nivelul colonului. Este o formă care se întâlnește mai des la caec și rar la colonul pelvian (Volkmann și Symonds). Acest tip de cancer este format din alveole limitate de un țesut conjunctiv, cari închid în interior celule coloide foarte deformate cu protoplasma umflată de o substanță coloidală și cu nucleul împins la periferie.

Structura celulară este cu totul dispărută și înlocuită cu substanță coloidală. Aceste tumori sunt voluminoase, de consistență mică, de culoare cenușie, sunt gelatinoase, translucide la secțiune și de o malignitate excesivă. Evoluția este lentă. Acesta este neoplasmul stenozant și fără tendință la hemoragie (Kempe Bilton-Pollard; Badie).

7. Simptomatologie

Din punct de vedere clinic cancerul colonului ilio-pelvian se dezvoltă lent.

Când tumora este localizată în partea colonului pelvian care e situată între creasta iliacă și strâmtoarea superioară a bazinului simptomatologia se aseamănă cu cea a cancerului colonului descendent.

Când tumoarea este situată la partea inferioară a ansei sigmoide simptomele sunt acelea ca pentru cancer al rectului.

În evoluția cancerului colonului pelvian avem o *perioadă de debut*, o *perioadă de stare* și o *perioadă terminală*. Să vedem pe rând toate aceste perioade.

1. *Perioada de debut*. La început avem o simptomatologie foarte variată și neprecisă așa încât diagnosticul este greu de pus. Tumoarea în aceasta perioadă evoluează

lent stenoră nu există încă și deci nici durere. Avem mai mult simptome generale. Suprafața erozivă a tumorii sângerând încontinuu dă naștere la fenomene generale de anemie. Deci simptomul principal este *anemia*. Cancerul în orice parte a intestinului evoluează cu acest simptom. În regiunea ilio-pelviană cancerul schiros fiind cea mai deasă formă, hemoragia este mai puțin intensă.

P. Savy și P. Delore au observat mai multe cazuri de enteroragii canceroase — fără alte semne de tumoră. Hemoragia abondentă a fost principalul simptom — este *forma hemoragică a cancerului colonului*. Hemoragia este precoce, apare cu câteva luni înainte de apariția celorlalte simptome tumorale. După acești autori o enteroragie izolată și inexplicabilă ne atrage atenția asupra posibilității unui cancer al colonului. Tocmai așa cum pentru pulmon hemoptizia — aici enteroragia este un simptom de alarmă. În aceste cazuri înainte de a opera bolnavii fiind foarte anemiati se face cu rezultat bun *transfuzia de sânge*. Enteroragia nu încetează după operația de anus contra naturei — așa încât acest lucru trebuie avut în vedere.

2. *Forma dispeptică*. Dispepsia în cancerul colonului este un semn destul de precoce. Este cauzată de toxinele ce le emite neoplasmul — tot odată și de autointoxicația datorită stazei materiilor fecale! Dispepsia primară apare în crize și fără cauze aparente — ca apoi mai târziu să devie cronică. Se observă la acești bolnavi tendința la vârsături, dureri de cap, oboseală, limbă saburală și halena fetidă.

3. *Debut prin colită* se caracterizează prin dureri abdominale constipație alternând cu diarea, mucozități sânghinolente în fecale — asthenie și slăbire. De multeori e foarte greu de a depista natura colitei — însă etatea mai înaintată și analiza minuțioasă a simptomelor ne duce pe calea diagnosticului adevărat. Colita apare în crize cari durează mai multe zile și se caracterizează prin dureri progresive generalizate la întreg intestinul gros.

Colita simptomatică în neoplasmul colonului ilio-pelvic este mai puțin violentă, ea se instalează încet, durerea

este localizată la ansa sigmoidiană și apare brusc la un efort sau la defecație. Colita este precedată de constipație apoi mai târziu apare colita caracterizată prin constipație alterând cu diaree rebelă care nu cedează la tratamentul obișnuit. (Goullioud).

Observații: 1. Bolnava Fl. Pop de 45 ani. Diagn. Tumoră sigmoidiană. Boala a debutat cu dureri în abdomen mai ales în partea stângă și diaree. Aceste dureri cari la început erau mai puțin intense, mai târziu au devenit tot mai puternice și diareea tot mai rebelă, ajungând până la 30 scaune la zi. Pofta de mâncare redusă. Durerile nu se modifică și sunt continue.

2. Bolnavul V. S. de 50 ani. Epiteliom al colonului ilio-pelvic. Ileus mecanic. Boala a debutat insidios cu scaune diareice. Materiile fecale erau lichide de culoare brună murdară. Cam în același timp remarcă apariția de durere în hipogastriu. Durerile s'au accentuat apoi și mai mult. După defecație bolnavul are senzație de arsură. Durerile deveneau aproape insuportabile și erau acompaniate de ghiorăituri. Are senzație de greață, a vărsat în repezite rânduri și a avut scaune lichide-sanghinolente.

Bolnavul L. L. de 37 ani. Epiteliom recto-sigmoidian. Boala a debutat în mod insidios cu diaree care a durat 4 luni, fără a fi putut fi influențată. După scurt timp se observă mucozități în scaune timp de 2 luni iar mai târziu a prezentat o melenă puternică — repetându-se după 2 luni. De atunci are dureri mari în fosa iliacă stângă și este constipat.

2. *Perioada de stare.* Neoplasmul continuând a se desvolta semnele neoplasmului se evidențiază tot mai mult. Cel mai important simptom este constipația.

Observație: Bolnava C. I. de 56 ani Diagn. Epiteliom al sigmei. Boala a debutat brusc cu dureri violente în flancul stg. cu ghiorături și balonarea abdomenului. Concomitent cu aceasta bolnava are senzație imperioasă de a defeca. E constipată. Apoi durerile devin tot mai accentuate. Are greață și vărsături. A avut și melenă. Bolnava apoi nu a mai avut scaune decât la 4—5 zile. Starea gene-

rală agravându-se din zi în zi bolnava se hotărăște se între în Clinică.

La un individ care suferă de constipație habituală și la un moment dat boala complicându-se cu o constipație dată de tumoare, semnele inițiale trec neobservate și deci diagnosticul precoce este foarte greu. La indivizi cari până atunci au avut scaune regulate și la un moment dat apare constipația, diagnosticul precoce se poate pune mai ușor.

Apar apoi *tenesme* cari sunt acompaniate de colici și crampe.

Diareea profuză, incoercibilă după crizele de constipație este un semn de retenție și obstacol pe traseul intestinului gros. Retenția mat. fecale și staza lor îndelungată în intestinul gros exagerează procesele de putrefacție — în consecință urmează iritația mucoasei intestinale — ceace se traduce prin hipersecreție și în consecință diaree.

Scaunele pot avea diferite forme după gradul de stenoză. În general au formă de panglică sau sunt segmentate. Prezența de elemente anormale în scaune cum sunt sânge, mucozități, bucăți din tumoare ce se elimină sunt foarte prețioase pentru punerea diagnosticului.

Pentru a diferenția enteroragia de hemoroizi trebuie să știm că sângele în tumoră precedează scaunele, pe când în hemoroizi urmează scaunelor. Sângele este deasupra mat. fecale atunci când avem de a face cu o tumoră a colonului ilio-pelvic. Pe când la o tumoră din altă parte a colonului este amestecat cu materiile fecale.

Găsind fragmente din tumoare în materiile fecale — examenul microscopic totdeauna se impune — și acest mijloc este cel mai sigur în punerea diagnosticului, și de a stabili precis natura tumorii.

Caracterul *durerii* este foarte important. Durerea este cauzată de contracția exagerată a intestinului pentru a învinge obstacolul ce se formează la nivelul tumorii. Durerea este localizată la nivelul sigmei — este o durere surdă și continuă — exagerându-se din când în când.

Câteodată durerea survine în paroxisme și este foarte violentă — bolnavii căzând în sincopă. Bolnavii o compară

durerea cu arsuri — cu senzația de torziune și cu senzația de sfâșiere. Durerea pleacă dela neoplasm și se generalizează apoi pe întregul abdomen.

Durerea este provocată de o mișcare — de un acces de tusă — de o presiune pe regiunea tumoarei și câte odată durerea vine fără nici o cauză aparentă. Câteodată durerea apare la distanță de tumoare — mai des la caec — și aceasta e cauza erorilor de diagnostic — confundându-se tumoarea sigmei cu apendicita cronică.

Frecvența ocluziei în cancerul colonului pelvian.

Cancerul pelvian este acela care dă mai frecvent fenomene de ocluziune.

După o statistică făcută de *de Bovis reese* că din 110 cazuri de ocluziune în 60 de cazuri cauza ocluziei a fost cancerul colonului pelvian.

Situația colonului pelvian într-o cavitate osoasă și aderențele cu această cavitate pe de o parte, iar pe altă parte musculatura puternică a colonului pelvian care predispune pt. spasmi sunt cauzele ocluziei frecvente.

Simptome fizice: Simptomele fizice apar atunci când evoluția tumorei este mai înaintată.

La *inspecție* foarte rar putem observa o bombare în regiunea fosei iliace stângi, se observă însă totdeauna un meteorizm din cauza acumulației gazelor și mișcări ondulate datorite hiperperistaltismului colonului, din cauza obstacolului pe traectul său. Mișcările peristaltice sunt intermitente de scurtă durată șiacompaniate de durere. Mișcările peristaltice sfârșesc cu un zgomot de glu-glu, sau după cum germanii îl numesc „durch spritz gerausch“ zgomotul care este dat de fășnirea lichidului care trece printr'un orificiu strâmtat.

Palpația: Este grea de făcut atunci când abdomenul este meteorizat. Este cea mai prețioasă metodă în diagnosticul tumorilor colonului — ne putem da samă prin această metodă — de mărimea, forma și localizarea tumoarei. Tumora colonului ilio-pelvian au formă cilindrică, tumora

conservă forma intestinului. *H. Hartmann* a observat că în ceea ce privește volumul tumorii — putem face greșeli de diagnostic prin aceea că noi putem considera tumora ca voluminoasă pe când în realitate nu sunt decât scibale acumulate în colon. Apoi contractura segmentară a intestinului gros la acest nivel, iar ne poate duce în eroare — mas-când volumul adevărat al tumorii ce o palpăm. Examenul trebuie repetat când colonul este relaxat și așa ne putem da samă de volumul real al tumorei.

Ca diagnostic diferențial mai intervine și faptul că segmentul contractat este mult mai dureros decât tumora. Apoi prin palpație ne putem da sama de gradul de mobilitate al tumorii. Mobilitatea depinde de întinderea procesului tumoral. Mezocolonul dacă e prins, tumora e fixată de peretele posterior al abdomenului.

Prin percuție ne putem da samă de limitele meteorismului. Pentru a diferenția o tumoră a colonului pelvian de o tumoră retroperitoneală facem *insuflația rectală a colonului*. Pentru a o diferenția de o tumoră a rectului facem *tuseul rectal*. *E. Michon* a publicat câteva cazuri de aderențe și fistule între colonul sigmoid și vezică, și în aceste cazuri după acest ajutor se impune cistoscopia pentru a preciza diagnosticul.

Sigmoidoscopia este un procedeu pe cât de bun pe atât de greu de executat fiindcă cere o experiență mai îndelungată. Prin acest procedeu se poate examina direct colonul sigmoid, dându-ne samă de procesele patologice existente.

Sigmoidoscopia se face totdeauna de câteori constatăm un simptom anormal din partea colonului sigmoid, când palparea abdominală și tuseul rectal nu sunt satisfăcătoare.

Bolnavul se prepară prin purgație și lavaj, vezica trebuie să fie golită. Bolnavul se așează în poziție genu-pectorală. Examinarea se face când introducem și când scoatem aparatul. Mucoasa colonului este netedă și lucioasă în mod normal. Pătrunderea dificilă a sigmoidoscopului ne atrage atenția asupra unei strâmțorări a colonului, sau o comprimare a lui de o tumoră vecină, sau denotă un spasm al colonului.

8. Examenul radiologic

Această metodă așa de mult perfecționată astăzi, este mijlocul suveran în diagnosticul tumorilor și afecțiunilor tubului digestiv. Examenul se face după introducerea unei substanțe opace. Astăzi se folosește carbonatul de bizmut sau sulfatul de bariu care să fie chimic pur. Introducere acestor săruri se poate face pe cale bucală sau pe cale rectală. Administrată pe cale bucală substanța opacă ajunge cam în 16—18 ore la colonul ilio-pelvian. Mai practic e însă pentru examinarea colonului ilio-pelvian de a administra substanța opacă pe cale rectală. În acest caz am evitat ca substanța opacă să stagneze prea mult la nivelul tumorii și să exagereze fenomenele de autoîntoxicație. Facem radiografie atunci când trebuie să precizăm unele detalii greu de apreciat la radioscopie. Facem radioscopie asociată cu palpație când vrem să ne convingem despre mobilitatea tumorii și aderențele eventuale între tumoare și organele vecine. Tehnica după *M. Bensaude* este următoarea :

Acest autor după o serie de cercetări a perfecționat tehnica radioscopiei utilizând sulfatul de bariu. El obține preparate care stau mai multe săptămâni homogene adaugând sulfatului de bariu substanța gelatinoasă compusă din:

Gumă arabică 2.50 gr.

Gumă adragantă 7.50 gr.

Gluten 1 gr.

Agar-agar 2 gr.

Glicerină 10 gr.

Amestecăm bine, ca suspensia să se facă perfect și o administrăm bolnavului printr'o clismă. Bolnavul după aceasta rămâne culcat pe spate, apoi pe partea stângă și apoi iar pe spate pentru ca substanța opacă să ajungă în colonul pelvian. Pentru acest examen este suficient 1 litru de substanță opacă. În caz de megasigma 3—4 litri. Pentru a ne da samă de deformațiunile ce coloana de substanță opacă o ia în cazuri patologice, leziunile trebuiesc să fie

destul de accentuate. O leziune laterală mică poate să rămână necunoscută la examenul radiologic. Conracțiunile spasmodice le putem evita prin o injecție de sulfat de atropină. Înainte de a introduce substanța opacă se recomandă o clismă evacuatoare pentru a curăți colonul de materiile fecale.

Semnele radiologice a tumorei colonului sigmoid.

a) *Oprirea substanței opace la nivelul tumoarei.* Oprirea momentană nu are mare importanță, fiindcă în cele mai multe cazuri ea cedează și lichidul trece mai departe. Cu atât mai important este oprirea prelungită și continuă și localizată totdeauna în același loc.

b) *Înteruperea coloanei de substanță pe o zonă mai mult sau mai puțin întinsă.* Întreruperea când este restrânsă, aproape lineară denotă un spasm transitoriu. O întrerupere de 5—20 cm. lungime, persistentă ne arată că în aceia zonă există un proces patologic care a strâmtat canalul. Coloana de substanță opacă poate să aibă margini regulate sau în zig-zag.

c) *Dilatarea colonului deasupra obstacolului.*

Simpptome generale: Tumora evoluând apar simptomele generale, o slăbire rapidă, care este cauzată atât din cauza toxinelor cât și din cauza anorexiei. Bolnavul se plânge de dureri de cap continue — de amețală, se observă câteodată subicter, bolnavul are tendință la vărsături. Acest sindrom l-a numit König dispepsie stercorală.

Temperatura în neoplasmul colonului este semnul unei complicațiuni inflamatorice cele mai deseori ulcerării, abces peritumoral sau mici abcese retroperitoneale.

Evoluția: Bolnavul cu neoplasm al colonului pelvian nu sucombă în cașexie canceroasă, ci complicațiunile inflamatorice sunt acelea cari pun capăt bolnavului.

Complicațiuni. Cea mai gravă complicație este perforația intestinală.

Perforația se face sau la nivelul neoplasmului care se explică prin extenziunea către seroasă a procesului canceroș, sau la o distanță oarecare de tumoră, și în acest caz

este cauzată de distensiunea mecanică a colonului, și consecutiv tulburări de circulație și necroza țesuturilor. În ambele cazuri perforația dă naștere la peritonită acută generalizată în caz de revărsare în cavitatea peritoneală liberă sau la o peritonită localizată, dacă în jurul tumorii s'a format o pungă prin procesul de perisigmoidită. Acest abces poate să se deschidă prin peretele abdominal anterior dând naștere fistulelor piostercorale.

9. Sarcom al colonului pelvian

Sarcomul primitiv este rar la nivelul colonului, este mai frecvent la nivelul intestinului subțire. După statistica lui Nothnagel pe 243 cazuri de cancere cad numai 12 cazuri de sarcome ale colonului. În general localizarea sarcomului este mai deasă în regiunea caecală și anume după *Rözenblum*, originea sarcomului ar fi la valvula ileo-caecală. După acest autor localizarea sarcomului la nivelul caecului este de două ori mai frecventă ca la colonul pelvian.

Anatomia patologică: Sarcomele primitive ale colonului pelvian sunt de volum variabil. Câteodată este f. voluminoasă și în acest caz prind repede aderențe cu organele vecine. După R. E. Farr sarcomul colonului pleacă din submucoasă, invadează peretele colonului apoi prolabază în lumenul intestinal.

Mucoasa rămâne mult timp nealterată. Extensia sarcomului se face longitudinal așa încât stenozele sunt rare. Mai dese sunt dilatăriile mari ale colonului din cauza că procesul sarcomatos prinde fibra musculară care se distinde. Limfaticile și ganglionii sunt prinși destul de timpuriu.

Din punct de vedere histologic pot fi fibro-sarcoame, sarcoame globo-celulare sau limfo-sarcoame. Mai frecvent s'a observat sarcom cu celule profunde.

Obs. Boln. B. S. de 46 ani. Diagn. Sarcom al col. sigm.

prezintă următoarele caractere macroscopice constatate la Institutul de anat. patol.

La secțiune tumoara este de culoare albă, cu centrul necrotic, raniolit, difluent, cu noduli cari conțin un suc vâscos, gălburiu.

Din punct de vedere histologic, în secțiunile făcute din tumoare se văd celule conjunctive dispuse fascicular, multe celule mari gigante, și cariochineze atipice. În metastazele hepatice aspectul este diferit predominând celulele fusiforme dispuse în fascicule cari se așează în formă de vârtej. Celulele gigante sunt foarte rare sau lipsesc cu desăvârșire. În tumoare domină celulele gigante deci e un sarcom gigantocelular. În metastaze, dominează mai mult celulele fusiforme, deci sarcom fuso-celular.

Sarcom s'a observat și în etatea mai tânără. S'a observat la 30 ani, la 27 ani și la 6 ani după Smoler, Iopson și White.

Studiul clinic: Sarcomul se confundă adesea cu tuberculoza, dat fiindcă apare în vârsta mai tânără. Diagnosticul diferențial în cele mai multe cazuri nu se poate face numai la examenul microscopic. La un bolnav în etate mai înaintată totdeauna trebuie să ne gândim și la cancer. Însă sarcomul are o evoluție mai rapidă, o slăbire care ne frapază prin rapiditate, anemie pronunțată, cășxie mai pronunțată și mai precoce ca la cancer.

Obs. Boln. B. S. Diagn. Sarcom al. col. sigm. Boala actuală a debutat acum șase săptămâni printr'o constipație de 3 zile și cu dureri mari în partea inferioară a abdomenului, îndeosebi în fosa iliacă stângă. A consultat un medic care administrându-i medicamente laxative a început a avea scaune uneori mai consistente, alteori mai lichide. În ultimele 2 săptămâni are diaree (cinci-șase scaune la zi).

Deci antecedente scurte de 6 săptămâni în cazul de față ne arată o evoluție rapidă.

Semne generale: Constituție debilă. Tesutul adipos foar-

te redus. Tegumentele și mucoasele sunt palide. Ganglioni inghinali măriți. Cașexie. Hemoragiile sunt rare.

Febra și aici ca la cancer e dată de procesul inflamator ce însoțește tumora.

10. Miom al colonului ilio-pelvian

După *A. Pleuk*, miomele intestinului sunt rare. Tumoarea apare mai des la femeie în etatea mijlocie. Este o tumoare unică sau multiplă. Se dezvoltă subseroasă sau din submucoasă. Miomele cari se dezvoltă înafara intestinului pot lua dimensiuni enorme (până la 7 kg., caz citat de autor).

Cele cari se dezvoltă către lumenul intestinal, sunt mici, cât un bob de fasole sau cât un ou. În vecinătatea rectului au aspect polipos. S'a observat degenerescența malignă a miomului. Simptomatologia este f. puțin cunoscută. Foarte puține cazuri sunt diagnosticate în clinică de miom.

Principalele simptome sunt hemoragia și oclusia intestinală. După *Steiner* simptomele principale sunt: apariția bruscă a unei tumori în regiunea sigmei, creșterea rapidă a tumorii; obstrucția intestinală, starea generală bună; evacuarea de materii fetide după dispariția tumorii. Sunt frecvente remisiunile.

11. Tratamentul tumorilor colonului ilio-pelvian

S'au format până astăzi o serie de procedee chirurgicale. Operația cuprinde pe de o parte *colectomia*, adică rezecarea unei porțiuni a intestinului gros și *enterorafia*, adică restabilirea continuității intestinului. Aceasta se poate face într'un singur timp operator, după procedeul lui *Reybard*. Este o operație simplă însă cu o mortalitate operatorie destul de mare, cauza fiind a) *infecția mezocolonului* și a țesutului celular perineoplasic, care dă naștere la celule su-

purate; b) *insuficiența suturilor enterorafiei*, și în consecință peritonită. Sutura cât de minuțios făcută, peretele intestinal în vecinătatea tumorei fiind edemațiat și alterat după sutură nu se prinde ci se sfacelează. Această metodă apoi cu timpul s'a modificat.

Operațiunile ce se fac asupra colonului le putem împărți în 3 metode :

1. *Colectomia cu enterorafie imediată.*
2. *Colectomie cu derivație.*
3. *Operațiuni atipice.*

I.

Colectomia cu enterorafie imediată.

Este procedeul lui Reybard, primul care a încercat operația pe colon. Sutura este colo-colică (termino-terminală, P. Duval, Pauchet) latero-laterală sau termino-laterală (A. Lane). Colectomia poate fi segmentară, subtotală și totală (A. Lane, Taylor, Pauchet), după localizarea tumoarei.

Se numește hemicolectomie când se extirpă colonul stg. sau drept.

Restabilirea continuității intestinului se face la operațiuni de hemicolectomii drepte prin anastomoza ileocolică, la stânga prin anastomoza colo-colică sau caeco-colică. (G. Lardennois).

II.

Colectomia cu derivație.

Derivația poate să fie externă sau internă. Derivația externă se obține după crearea unui anus artificial. Derivația poate fi făcută : 1. *Înainte de colectomie*, și apoi se face colectomia enterorafia. În tumorile colonului pelvian anusul contra naturii se poate face la distanță de sigmoidă. După *Baum* se face anus caecal, după *Schlosser* se face anus pe colonul transvers. Sau derivația se face la

nivelul tumoarei, așa încât odată cu extirparea tumoarei se elimină și derivația (*Savariaud*). 2. *Derivație în acelaș timp cu colectomia*, se poate face cu peritoneul deschis, adică se face colectomia și după aceea se face enterorafia parțială, lăsând o derivație prin acel loc; aceasta e operația lui *Bouilly-Volkman*; sau se poate face cu *peritoneul închis*, cum este operația lui *Reclus*, exteriorizare simplă fără secțiunea prealabilă a mezocolonului; operația lui *Bloch*, fără rezecția mezocolonului, fistulizare în ansa exteriorizată, apoi colectomie; operația lui *Mikulicz*, unde mezocolonul se secționează înainte de exteriorizare, și apoi se face colectomia. Operația lui *Hartmann*, exteriorizare după secțiunea intra abdominală a mezocolonului și ligatura vaselor, apoi închiderea peritoneului, secționarea tumorei, crearea unei derivații externe, capătul distal al colonului este închis; iar la capătul proximal aplică un tub de sticlă îndoit.

Operația lui Paul, diferă de operația lui *Hartmann* prin aceea că aplică tuburi de sticlă în amândouă capetele colonului secționat.

Operația lui *Bouilly-Volkman*, cu condiția ca să se facă cu peritoneul închis, se face colectomia și continuitatea intestinului este asigurată prin sutura semi-circumferinței posterioare a capetelor intestinului. În toate aceste operațiuni se face mai târziu *enterorafia* definitivă.

3. În fine derivația se menține după colectomie și enterorafia în operația lui *H. Hartmann* (al 2-lea tip), această operație diferă de precedentele că în primul timp se face enterorafia între capătul aferent și eferent, înainte de colectomie; cele două părți ale ansei sunt aduse la olaltă și anastomozate lateral; acest timp operator se face pe lângă peritoneul deschis. Restul operației, adică colectomia se face prin exteriorizație cu peritoneul închis, și se menține derivația prin extremitatea proximală. Deci primul timp este enterorafia; al doilea timp colectomia și derivația rămâne și după colectomie.

III.

Operațiuni atipice.

Acestea sunt operațiunile cari împrumută din fiecare metodă. Ele se fac în indicațiuni speciale. În cancerele sigmei s'au mai bine zis recto-sigmoidiene *Mummery* și *H. Hartmann*, au imaginat următoarele 2 tipuri de intervențiuni.

1. Colectomie cu deschiderea peritoneului; apoi închiderea rectului prin abdomen în formă de fund de sac; îmbucarea capătului proximal la peretele abdominal făcând un anus iliac definitiv. *H. Hartmann* face pentru aceasta operație o incizie transversală care se încurbează în fosa iliacă stângă.

Al 2-lea procedeu: După colectomie se face invaginarea capătului colic în rect, care restabilește continuitatea intestinului. Aceasta operație alui *Mummery* se poate face într'un singur timp fără derivație sau în două timpuri cu derivație temporară prin capătul proximal al colonului.

În cece privește alegerea unui procedeu operator părerile autorilor diferă f. mult.

V. Pauchet, distinge 2 cazuri.

1. *Dacă avem fenomene de ocluzie acută* și abdomenul este f. balonat se face anus caecal. Dacă colonul pelvian este lung, se exteriorizează colonul, se rezecă tumoara și se fixează cele două capete int. la piele. Dacă cancerul este jos situat sau colonul sigmoid este scurt se face un anus caecal și după o lună se face rezecția.

2. *Dacă nu avem fenomene de ocluzie*, și cancerul este jos situat sau ansa este scurtă se face amputația abdomino-perineală ca pentru cancer al rectului, conservând sfincterul și ridicătorul. Dacă starea generală e rea și cancerul este foarte jos situat, mergem pe calea abdominală se rezecă segmentul recto-sigmoidian cât de jos posibil și se face o colectomie iliacă definitivă.

2. Dacă ansa pelviană este lungă se face după rezecția

segmentară anastomoza termino-terminală. În cazuri dificile Pouchet introduce un tub de cauciuc în capătul colic superior și face o sutură sero-seroasă pt. a asigura ca din anastomoză de a nu se scurge lichid în cavitatea peritoneală.

În caz de complicațiuni când tumoara aderă de uter se scoate și uterul. În caz de aderențe vezicale se excizează porțiunea aderentă și apoi se suturează vezica.

H. Lorin, bazat pe un studiu anatomic al limfaticelor regiunii ne dă următoarele indicațiuni de exereză chirurgicală. Pentru cancerul porțiunilor superioare și mijlocie a colonului pelvian se leagă arterele mezenterice inferioare și sigmoidiene, păstrându-se artera colică stângă, sigmoidiana inferioară, putându-se astfel ușor face și o anastomoză colică.

Pentru cancerul ansei sigmoide și a primei porțiuni a rectului, autorul consiliază conservarea arterei colice stângi și legarea sigmoidienei și hemoroidalei superioare și face o cât mai largă rezecțiune de mezo, apoi după cum se va prezenta cazul se va face fie o invaginare fie o anastomoză după *Moyrihan*.

Rezultatele operațiunilor.

I. *Okinczyc*, publică 93 cazuri de cancere ale colonului operate în serviciul prof. H. Hartmann.

Bărbați : 53, 57%, 26 morți = 70%.

Femei : 40, 43%, 11 morți = 29,7%.

Mortalitatea este mai mică la femei se vede deci o rezistență mai mare a sexului feminin pentru aceste intervențiuni.

K. *Paterson și Brown*, publică 171 cazuri de cancere ale colonului, în 10 ani de practică chirurgicală. Din acest număr 91 sunt ale colonului pelvian, 22 caec, 13 colonul drept, 15 colonul transvers, 19 unghiul splenic, 11 colonul descendent.

Din 171 cazuri 65 au fost tratate prin rezecție.

21 cazuri într'un timp (20% mortalitate), 12 cazuri în 2 timpi ; primul timp constă în exteriorizare, al doilea timp în exereza tumoarei și anastomoza imediată (50% mortalitate).

23 cazuri în doi timpi : primul timp caecostomie de derivație, în al doilea timp rezecție. (21.7% mortalitate).

8 cazuri în 3 timpi : primul timp exteriorizare ; al doilea timp rezecție ; al treilea timp închidera anusului c. n. (25% mortalitate).

1 caz de ilio-transversostomie urmat ulterior de colectomie, vindecare.

Paterson a observat că pentru colonul drept rezecția într'un timp, pt. colonul stâng caecostomia și rezecția tumoarei într'un singur timp dau rezultatele cele mai bune.

Rezultate îndepărtate. Paterson publică 21 cazuri operate și vindecate pe cari le-a putut urmări. După 4 ani dintre cei operați mai trăesc 4 (deci 19%).

După alți autori mortalitatea variază. König 33% ; Czerny 44% ; Bramann 42.8% ; Körte 53.8% ; Boas 60% ; Wölfler 54% ; Krönlein 50%.

Iar după statisticele mai noi mortalitatea e mult mai redusă :

Littlewood 29% ; Hochenegg 26% ; Mikulicz 29,8% ; Willy Auschütz 34% ; Mayo 13% ; Schmidt 40% ; Waldenstrom 37% ; Ansimoff 41,1%.

Tumori inoperabile : În aceste cazuri intervenția se reduce la operațiuni paliative : anus artificial definitiv, enteranastomoza, exclusia intestinală și radioterapia profundă.

A. W. Jacobs, publică 30 cazuri cancere ale sigmei tratate prin radioterapie și radiumterapie, cari au efect bun însă numai de f. scurtă durată.

12. Observațiuni

I.

Floarea Pop, de 45 ani, casnică. Intră în clinică la 25—XI. 1919. Antecedente heredo-colaterale fără importanță. Boala actuală datează de un an, când a debutat cu dureri în abdomen mai ales în partea stângă și diaree.

Aceste dureri cari la început erau mai puțin intense, mai târziu au devenit tot mai puternice și diareea tot mai rebelă ajungând până la 30 scaune la zi. Vărsături nu a avut. Pofta de mâncare redusă. Dușurile nu se modifică ci sunt continue. Bolnava a slăbit mult, e aproape în cașexie. Tesutul adipos redus. Fosele supra și infraclaviculare excavate. Tegumentele palide.

Examenul abdomenului. Abdomenul relaxat. La palpație se simte în fosa iliacă stângă o rezistență bine delimitată, care nu este fixată.

La tușeul rectal planul rezistent se simte deasupra rectului și nu e în legătură cu uterul. Ficatul, splina normală. Scaune fluide, mucoase, câte 15 la zi. Vărsături nu are. În urină zahăr și albumină negativ.

Diagnostic: Tumoară sigmoidiană.

N'a primit operația.

II.

Benea Simion, de 46 ani plugar. Antecedente heredo-colaterale fără importanță. Intră în clinică la 3—I. 1923. La vârsta de 15 ani a suferit probabil de febră tifoidă. Neagă boli venerice.

Debutul și istoricul bolii: Boala actuală a debutat acum șase săptămâni printr'o constipație de 3 zile și cu dureri mari în partea inf. a abdomenului, îndeosebi în fosa iliacă stângă. A consultat un medic care administrându-i medicamente laxative a început a avea scaune, uneori mai consistente, alteori mai lichide. În ultimele 2 săptămâni are diaree (cinci-șase scaune la zi). În ziua de 3 Ian. 1923, intră în serviciul clinicei chirurgicale din Cluj.

Semne funcționale: Apetit păstrat. Constipație. Mișcări normale. Tenesme. Senzație de greutate în regiunea inghinală. Pe peretele abd. se văd undulațiuni datorite mișcărilor peristaltice. Turb. de defecație. 10—15 zile constipație, urmând apoi eliminarea de materii fecale tari, însoțite de pierderi de materii ca albușul de ou, dizenteriforme, purulente.

Semne generale: Constituție debilă; Țesutul adipos foarte redus. Tegumentele și mucoasele sunt palide. Ganglioni inghinali măriți. Cașexie.

Examenul local: Tușeul rectal arată existența unei stenoze pronunțate la 12—15 cm. deasupra anusului. Peretele rectal îngroșat și infiltrat. La palpate bimanuală se descoperă o masă dură dezvoltată pe ansa sigmoidiană. În regiunea inghinală geng. măriți.

Inspekția marginelor anusului arată abcese și fistule sanghinolente. Scaunele prezintă puroi și sânge cu muco-membrane și părți din masa neoplasică ramolită. Se conchide la existența unui cancer sigmoidian cu infiltrația țesutului perirectal și infiltrația organelor învecinate.

Examenul radiologic: După clismă cu bariu, ampula rectală se umple bine. Urmează apoi o lipsă de continuitate după care se vede o porțiune a colonului sigmoid considerabil dilatată, urmează apoi din nou o lipsă de umbră, cu dilatarea considerabilă a colonului descendent asupra căreia se vede o bulă mare de gaze. Părțile sup. ale colonului sunt defectuos umplute.

Diagnosticul: *Tumoră sigmoidiană.* Operația se face în doi timpi.

I. Anus, contra naturei definitiv.

Incizie de 4 laturi de deget în fosa iliacă stângă, disociația marelui oblic, disociația fibrelor micului oblic și a transversului. Secționarea fasciei. Transversalis deschiderea peritoneului, cercetarea ansei iliace, fixarea ansei exteriorizate, micșorarea plăgii cutanate prin 2 puncte de sutură. Pansament uscat.

Al II-lea timp : După 24 ore cu termo-cauterul se secționează totalitatea ansei. În 23—I. 1923 bolnavul sucombă.

La autopsie s'a constatat că peritoneul în totalitate este acoperit de false membrane purulente. Intestinele sunt lipite între ele prin substanțe fibrinoase. Colonul descendent în porțiunea inferioară este secționat și ambele capete sunt suturate la tegument. Intestinul gros e plin cu blocuri consistente de fecale. Băsinul în totalitate e plin cu o neoformațiune, care împinge înainte vezica. Continuitatea cu rectul este menținută. La secțiune tumoarea e de culoare albă cu centrul necrotic, ramolit, difluent cu noduli cari conțin un suc vâscos, gălbiniu.

Histologic. În secțiunile făcute din tumoare se văd celule conjunctive dispuse fascicular, multe celule mari gigante și cariochineze atipice. În metastazele hepatice aspectul este diferit predominând celulele fusiforme dispuse în fascicole, cari se așează în formă de vârtej. Celulele gigante sunt foarte rare sau lipsesc cu desăvârșire.

Diagnosticul anatomo-patologic : Sarcom al colonului sigmoid, cu metastaze multiple în ficat, peritonită purulentă generalizată.

III.

Ana Sildan, de 26 ani, casnică.

Debutul și istoricul boalei : Maladia prezentă a debutat înainte cu 9 luni cu dureri violente în abdomen mai ales la umblat, cari la repaus au dispărut, ca apoi la lucru mai greu din nou se reapară. Starea aceasta a ținut până acum 5 săptămâni, când a remarcat bolnava că în flancul stâng îi crește o tumoră dureroasă, încât nu a mai putut umbla. Tumora a crescut dela mărimea unui ou de găină până la mărimea actuală.

Examenul local. La inspecție se constată că abdomenul este de circumferință mărită.

Prin peretele abdominal subțiat se văd mișcările peristaltice a intestinelor. Partea stângă a abdomenului este mai proeminentă ca cea dreaptă. La palpație se constată

în jumătatea stângă a abdomenului o tumoră dureroasă de consistență dură cu suprafață neregulată, nodoasă, care se extinde dela linia interspinoasă în sus până la falsele coaste.

Operația : Se face laparatomie exploratoare. Se constată că colonul descendent și cel iliac sunt prinse de o tumoră neregulată dură, și care se întinde și la ganglioni lombo-aortici. În cavitatea peritoneală o cantitate însemnată de limfă și sânge. Se închide cavitatea abdominală.

Diagnosticul : Epiteliom al colonului pelvian și descendent. În 5 Mai 1922 bolnava părăsește clinica.

IV.

Ioan Andronic, de 67 ani, intră în clinica chirurgicală la 22—III. 1924.

Debutul și istoricul bolii. Bolnavul declară că încă acum 20 ani avea câteodată dureri abdominale sub formă de colici cu durată de 3—4 ore, după care dispăreau complet. Aceste accese se repetau 1—2 ori pe an fără nici o regularitate. Acum doi ani accesul a durat 4 zile, manifestându-se tot prin colice generalizate la tot abdomenul și ghiorăituri. Anul acesta cam pe la jumătatea lunii Ianuarie a simțit dureri abdominale din nou. La început durerile erau puțin violente, cu timpul sau accentuat din ce în ce. De 5 săptămâni bolnavul a observat în flancul stg. apariția unei bombări și a simțit o umflătură care a evoluat până la mărimea actuală, aceia a unui cap de făt. Durerile au devenit tot mai accentuate, și s'au localizat la acest nivel. Bolnavul n'a avut decât 2 scaune de atunci. Bolnavul intră în clinică pt. durerile vii ce le are la nivelul tumorii din fosa iliacă stângă.

Examenul local : În regiunea flancului și fosei iliace stângi prezintă o tumoră de mărimea unui cap de făt. Tegumentele la acest nivel sunt alterate, hiperemice, edemate, foarte sensibile, dureroase la palpație. (La percucie). Marginile tumorii dure, nu se pot delimita bine de planurile profunde.

Diagnosticul: cancer al colonului sigmoid cu perisigmoidită supurată.

Operația: Se face o incizie de 10 cm. care interesează tegumentele. Prin plagă se scurge o cantitate de 200—300 cm.³ de puroiu cenușiu, murdar, f. fetid. Se drenează plaga. În 31—III. 1924, bolnavul sucombă.

V.

Sălăjean Vartolomeu, de 50 ani, intră în Clinică la 14 Dec. 1927.

Boala actuală:

Debutul și istoricul boalei: Maladia actuală datează din primele zile ale lunii Octomvrie 1927. A debutat cu totul insidios cu scaune diareice. Materiile fecale erau lichide de culoare brună murdară. Cam în același timp remarcă apariția de durere în hipogastru. Durerile s'au accentuat apoi și mai mult.

După defecație bolnavul are senzație de arsură. Durerile deveneau aprăpate insuportabile și erau acompaniate de ghiorăituri. Bolnavul în acest timp a slăbit foarte mult. Are senzație de greață, a vărsat în repetite rânduri, și a avut scaune lichide sanghinolente.

Examenul local. Abdomenul foarte balonat cu deosebire în regiunea subombilicală și în fosa iliacă dreaptă. Tegumentele nu prezintă nimic anormal. La palpate se constată o sensibilitate foarte pronunțată în hipogastru și fosa iliacă stângă. Aceasta sensibilitate fiind însoțită de o defensă musculară generalizată pe întregul abdomen. La percuție timpanism iar la percuția profundă în fosa iliacă stângă matitate. La tușeul rectal fundul de sac alui Douglas liber.

Reacția Wassermann, negativă.

Diagnosticul: epiteliom al colonului ilio-pelvician. *Pneus mecanic*.

rectală, drt.; se taie pielea, țes, celular subcutanat și prin teaca aponevrotică a dreptului abdominal se pătrunde prin teaca aponevrotică a dreptului abdominal se pătrun-

de în abdomen. La deschiderea cavității peritoneale se elimină o cantitate considerabilă de lichid sero-purulent. Colonul ilio-pelvic este foarte distins și îngroșat, și este aderent de peretele abdominal anterior, de care se deslipește. Se poate distinge foarte bine o tumoare de mărimea unui pumn de copil interesând în mod egal întreg peretele colonului; tumora este de consistență foarte dură și fixă prin aderențe cu organele vecine. Se închide plaga până în colțul inferior, unde se lasă un mic orificiu pt. anusul caecal.

Tumora este situată pe porțiunea iliacă a colonului ilio-pelvic, imediat sub unghiul pe care-l formează aceasta cu colonul descendent.

Prezintă aderențe puternice atât cu vezica cât și cu porțiunea inferioară a colonului sigmoidian comprimându-l în mare parte.

Se trece apoi la fixarea caecului de peritoneul parietal prin fire de mătase. (După 24 ore).

II. Timp. Se crează cu termo-cauterul o mică butonieră pe porțiunea caecală fixată la perete. Se introduce un tub de sticlă, continuat de un tub de cauciuc, care se fixează la intestin.

Bolnavul sucombă în 28 Ian. 1928.

La autopsie se constată că în cavitatea peritoneală se află un lichid gălbui murdar. Pe alocurea foițele peritoneale și-au pierdut luciul caracteristic fiind chiar acoperite cu membrane fibrinoase.

Stomacul este dilatat conținând un lichid murdar. Mucoasa este edemațiată și heperemică acoperită cu mucină. În regiunea ileo-caecală intestinul e în legătură cu exteriorul. Colonul descendent prezintă pe mucoasă niște noduli tumorali cari pe secțiune au o culoare albicioasă, văzându-se un suc lăptos, iar mucoasa între acești noduli e hiperemiată. Colonul sigmoid la nivelul întorsăturii este înlocuit cu o masă tumorală și substanță necrotică care

înlocuște peretele intestinal propriu zis. La secțiune tumora e de culoare albicioasă, gălbuie și se rade un suc lăptos.

Metastaze ganglionare nu se află.

VI.

Longauer Laurențiu, lăcătuș, de 37 ani. Intră în Clinică la 19—VII. 1927.

Antecedente personale: La etate de 24 ani blenoragie, la 26 ani febră tifoidă, la 34 ani gripă. Neagă alte boli.

Este tabagic și alcoolic moderat.

Boala actuală:

Debutul și istoricul boalei. Boala actuală datează din luna Iunie 1926. A debutat în mod insidios cu diaree care a durat 4 luni, fără a fi putut fi influențată. După scurt timp se observă mucozități în scaune timp de 2 luni; iar în luna Noembrie prezintă o melenă puternică, repetându-se după 2 luni. De atunci are dureri mari în fosa iliacă stângă și este constipat. Bolnavul observă din când în când mișcări ondulatorie cari merg până spre fosa iliacă stângă.

Intră în 2—VII, în serviciul Clinicei Medicale unde i-se fac diferite tratamente fără rezultat și se transpune cu indicația de laparatomie exploratoare la Clinica chirurgicală.

Semne subiective: Dureri în fosa iliacă stângă, constipație alternând cu diaree.

Semne obiective: Ganglioni inghinali palpabili.

Examenul local: La percuție abd. timpanism peste tot. La palpate superficială nu se simte nici o rezistență.

La palpate profundă sensibilitate în fosa iliacă stângă. Se palpează o tumoretă mobilă, dureroasă. La tușeul rectal se simte în profunzime aceiaș tumoare, care stenozează porțiunea sup. a rectului.

R. Wassermann, negativă.

Biopsia: Se observă o proliferație de glande rectale,

glandele au dispoziția destul de tipică, membrana bazală este intactă. Între glande se observă bande de țesut conjunctiv infiltrat de leucocite, în cea mai mare parte plasmocite. În unele porțiuni tubi glandulari sunt neregulați, prezentând caractere de atipie. În rezumat este o proliferațiune adenomatoasă, cu caractere carcinomatoase.

Diagnostic: Epiteliom recto-sigmoidian cu metastaze multiple în ficat.

Operația. Se face laparotomie exploratoare.

Se face incizia mediană supraumbilicală și se constată că ficatul este mărit de volum prezentând atât pe fața anterioară cât și pe cea inferioară o mulțime de noduli albicioși, duri, binedelimitați, de diferite mărimi. Se explorează colonul stg. care este liber până la porțiunea terminală a sigmei, unde prezintă o stenoză prin o tumoră dură de mărimea unui ou de găină. Această tumoră infiltrază întreg peretele sigmei la acest nivel. Din cauza metastazelor multiple hepatice se renunță la executarea anusului contra naturii. Se închide plaga complet în 3 straturi.

Bolnavul în 2—VIII. 1927, părăsește Clinica.

VII.

Crăciun Ileana, casnică. Intră în Clinică la 11—XI, 1927, de 56 ani.

Antecedente personale: La etate de cinci ani a suferit de o afecțiune pulmonară. Nu a suferit de alte boli infecto-contagioase. A avut un copil, care a murit în prima copilărie. Neagă boli venerice.

Istoricul boalei: Boala actuală datează în 15 Iunie 1926. A debutat brusc cu dureri violente în flancul stg. cu ghiorăituri și balonarea abdomenului. Concomitent cu aceasta bolnavul are senzație imperioasă de a defeca. E constipată. Apoi durerile devin tot mai accentuate. Are greață și vărsături. A avut și melenă. Bolnava apoi nu a mai avut scaune decât la 4—5 zile. Starea generală agra-

vându-se din zi în zi, bolnava se hotărește să intre în Clinică.

Examenul local. La inspecție abdomenul este de conformație normală.

În partea stângă a peretelui ant. abdominal se constată o cicatrice verticală de o lungime de 10 cm. situată la jumătatea distanță dintre ombilic și spina iliacă antero-superioară.

Diagn. Epiteliom al sigmei.

Operația: Timp I. Se deschide cavitatea abdominală și se constată o tumoră de mărimea unei nuci, de consistență dură situată la nivelul sigmei. Tumora obstruiază complet lumenul intestinal. Se crează un anus contra naturei la nivelul caecului.

II timp. În ziua de 8 Iulie 1927, i-se face a 2-a operație, care a constat din îndepărtarea tumoarei sigmoideiene, și enterorafie termino-terminală.

13. Statistica cazurilor

	Numele	Etate	DIAGNOSTIC	Operație	Rezultatul	Obs.
1	Floarea Pop	45	Tumooră sigmoidiană	—	—	N'a primit operația
2	Benea Simion	46	Tumooră sigmoidiană (sarcom)	Extirpare în 2 timpi	mort	—
3	Ana Sildan	26	Epiteliom al colonului desc. și pelvian	Laparatomie exploratoare	ameliorat	—
4	Ioan Andronic	67	cancer al col. sigmoid perisigmoidită supurată	Laparatomie drenaj	mort	—
5	Sălăjean Vartolom.	50	Epiteliom al col. i. p. ileus mecanic.	anus contra naturei	mort	—
6	Longauer Laurențiu	37	Epiteliom recto-sigmoidian cu metastaze mult. în ficat	Laparatomie exploratoare	acciaș stare	—
7	Crăciun Ileana	56	Epiteliom al sigmei	Extirpare în 2 timpi	vindecat	—

In total deci 7 cazuri, dintre cari 4 bărbați și 3 femei.
1 vindecat, 2 aceiaș stare, 3 morți, deci o mortalitate
de 42.8%.

Statistică

despre tumorile intraabdominale și operațiunile făcute la Clinica
Chirurgicală din Cluj dela 15 Oct. 1919 până la 1 Ian. 1927

Diagnostic	Operație	Nrul total al ca- zurilor	Vindecat	Ameliorat	Mort
1. Tumori benigne intraabdominale	Extirpare	5	4	—	1
2. Tumori maligne	Extirpare sau deri- vație intestinală	37	6	21	10



Concluziuni :

1. Dintre toate tumorile colonului ilio-pelvian cancerul este cel mai frecvent.

2. Sarcomul se localizează rar în regiunea ilio-pelviană ; mai des în regiunea ilio-cecală.

3. Cea mai deasă formă din punct de vedere anatomo-patologic este cancerul schiros.

4. În etiologia tumorilor colonul ilio-pelvian, corpi streini, diverticuli, constipația, și inflamațiunile cronice joacă rol important.

5. Cancerul colonului ilio-pelvian este mai des la bărbați ca la femei.

6. Cancerul colonului pelvian având o evoluțiune lentă se pretează foarte bine pentru tratamentul chirurgical. Condițiunile anatomice sunt favorabile pentru extirpare, dat fiind mobilitatea mare a colonului-pelvian.

7. Ablatarea cancerului colonului pelvian este benignă dacă e făcută în mai mulți timpi.

8. În caz de inoperabilitate se recomandă radioterapie profundă.

Văzut și bună de imprimat

Decan :

Prof. Dr. Mihail Botez

Președinte :

Prof. Dr. Iacob Iacobovici

Bibliografie

1. *W. Arbuthnot-Lane*. Cancer du colon ses causes, son traitement.
2. *Bensaude et G. Guenaux*. Le radiodiagnostic du cancer du gros intestin (Presse Medicale, 1918, No. 21).
3. *P. Cavaillon*. Therapeutique chirurgicale du cancer du gros intestin (rectum excepté). These. Lion.
4. *Cavaillon et Perrin*. La colectomie dans les cancers gros intestin (Revue de chirurgie, 1908, No. 6, pag. 761).
5. *Duval (Pierre)*. Le traitement chirurgical du cancer du colon pelvien (Thèse de Paris, 1902).
6. *Goullioud*. Cancer du coecum et cancer de l'S. iliac. Presse Medicale, 1901.
7. *Jaboulay et Cavaillon*. La cure radicale du cancer du colon (Soc. de Chir. de Lyon).
8. *A. W. Jacobs*. Cancer du rectum et de l'anse sigmoïde. (Journal de chirurgie, 1926, No. 6, pag. 730).
9. *A. Laboulbène*. Anatomie Pathologique.
10. *Letulle*. Cancers multiples du tube digestif. (Presse medicale, 1897, 25 Mai, pag. 221).
11. *A. Mathieu et Ch. Roux*. Pathologi gastro-intestinale.
12. *Mathieu A.* Les phases initiales du cancer du gros intestin. (Gaz. des Hopitaux, 1913, No. 60, pag. 981).
13. *I. Okinczic*: Cancer de l'intestin. Paris, 1923.
14. *Okinczic I.* Tumeurs du gros intestin. (Travaux de Chirurgie anatomo-clinique, 1907, edit. Stenheil, Paris).
15. *K. Paterson Brown*. Cancer des colons: traitement et resultats elvignes. (Journal de chirurgie, 1926. No. 1, pag. 78).
16. *L. Testut*. Traite d'anatomie humaine.

Sumar :

1. Noțiuni de anatomie.
2. Noțiuni de fiziologie.
3. Etiologia.
4. Considerațiuni anatomo-patologice.
5. Aspectele macroscopice ale cancerului colonului pelvian.
6. Examenul microscopic.
7. Simptomatologie.
8. Examenul radiologic.
9. Sarcom al colonului pelvian.
10. Miom al colonului pelvian.
11. Tratament.
12. *Observațiuni*.
13. Statistica cazurilor.
14. Concluziuni.
15. Bibliografia.

