

**UNIVERSITATEA REGELE FERDINAND I<sup>e</sup> DIN CLUJ**  
**FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE**

No. 669.

**TRATAMENTUL**  
**STRICTURILOR ESOFAGIENE**  
DE  
**ORIGINE CAUSTICĂ**



**DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE**

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 11 MAIU, 1933

DE

**ANNY BERARIU-PERTIA**

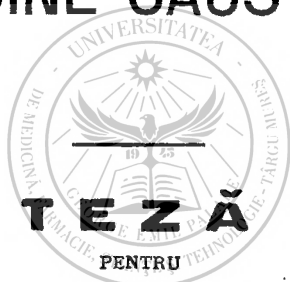
FOST EXTERN LA POLICLINICA C. F. R. CLUJ  
PREPARATOR ON. LA CLINICA DE NAS-GĂT-URECHI

CLUJ  
INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL“  
STRADA MEMORANDULUI 22

UNIVERSITATEA REGELE FERDINAND I. DIN CLUJ  
FACULTATEA DE MEDICINĂ SI FARMACIE

No. 669.

# TRATAMENTUL STRICTURILOR ESOFAGIENE DE ORIGINE CAUSTICĂ



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

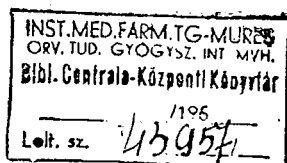
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE 11 MAIU, 1933

DE

**ANNY BERARIU-PERTIA**

FOST EXTERN LA POLICLINICA C. F. R. CLUJ  
PREPARATOR ON. LA CLINICA DE NAS-GĂT-URECHI

3216



23 MAY 2005

CLUJ  
INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”  
STRADA MEMORANDULUI 22

**UNIVERSITATEA DIN CLUJ**  
**FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE**

**Decan: D-nul Prof. Dr. GH. MARTINESCU.**

**Profesori:**

Clinica stomatologică agr. . . . .	Prof. Dr.	Aleman I.
Istoria medicinei agr. . . . .	" "	Bologa V.
Bacteriologie . . . . .	" "	Baroni V.
Patologia generală și experimentală . . . . .	" "	Botez A. M.
Biologia și embriologia umană . . . . .	" "	Drăgoiu I.
Clinica infantilă . . . . .	" "	Gane T.
" ginecologică și obstetricală . . . . .	" "	Grigoriu Cr.
Semiologie medicală . . . . .	" "	Goia, Il.
Clinica medicală . . . . .	" "	Hațieganu I.
" chirurgicală . . . . .	" "	Iacobovici I.
Medicina operatoare . . . . .	" "	Martinescu Gh.
Farmacologia și farmacognozie . . . . .	" "	Michail D.
Clinica oftalmologică . . . . .	" "	Minea I.
" neurologică . . . . .	" "	Minoviei N.
Medicina legală . . . . .	" "	Moldovan I.
Igienă și igienă socială . . . . .	" "	Negru D.
Radiologia medicală . . . . .	" "	Nițescu I.
Fiziologia umană . . . . .	" "	Pamfil Gh.
Farmacia chimică și galenică . . . . .	" "	Papilian V.
Anatomia descriptivă și topografică . . . . .	" "	Predescu-Riou I.
Clinica oto-rino-laringologică . . . . .	" "	Sturza M.
Balneologie (agr.) . . . . .	" "	Tătaru C.
Clinica dermato-venerică . . . . .	" "	Țeposu Emil
" urologică . . . . .	" "	Thomas P.
Chimia biologică . . . . .	" "	Urechia C.
Clinica psihiatrică . . . . .	" "	Vasiliiu T.
Anatomia patologică . . . . .	" "	

**JURIUL DE PROMOȚIUNE**

Președinte : D-nul Prof. Dr. I. Iacobovici

Membrii :	}	D-1 Prof. Dr. I. Hațieganu
		" " " T. Gane
		" " " V. Papilian
		" " " V. Bologa

Supleant Dl Agregat Dr. Alexandru Pop.

*Memoriei tatălui meu iubit*

*Dr. Titu Pertia*

*care și-a sacrificat viața pentru  
întregirea neamului nostru*



Mamei mele:

*iubire și recunoștință*



*Damnului*

*Prof. Dr. Jacob Jacobovici*

*măestrului care mi-a acordat neprețuitul  
său sprijin dela începutul școlarității mele,*

*recunoștință netărmusită*



Domnului

Prof. Dr. Fredescu-Rion

în a cărui clinică mi-am început studiile de  
specialitate otorinolaringologică

multumiri devotate.

Juriului meu de promoție și  
tuturor Domnilor Profesori  
ai Facultății de Medicină din Cluj  
Omagiu și recunoștință



Domnului

Ag. Dr. Alexandru Pop

banului meu îndrumător  
dragoste și multumiri sincere.

## CAPITOLUL I.

### Anatomia esofagului.

#### Anatomia Descriptivă.

— Esofagul este un tub musculo-membranos, în medie de 25 cm. lungime, făcând legătura între faringe și stomac. I-se deosebesc următoarele porțiuni: porțiunea cervicală, toracică și abdominală. Porțiunea cervicală începe la marginea inferioară a cartilagiului cricoid; această limită fiind proiectată pe coloana vertebrală, la nivelul apofizei transverse a celei de-a VI. vertebra cervicală. Acest punct al scheletului, corespunde tuberculului carotidian situat la 15 cm. dela arcada dentară inferioară.

— *Porțiunea cervicală* sau superioară, are o lungime de 5 cm., întinzându-se până la un plan ce trece prin furculița sternală. Este situată înapoia tracheei, înaintea coloanei cervicale și a mușchiului iungul gâtului fiind despărțit de acesta prin lama profundă a fasciei gâtului.

— *Porțiunea toracică*, sau mijlocie se întinde dela deschizătura toracică superioară până la trecerea diafragmului prin hiatul esofagian. Porțiunea toracică deci străbate mediastinul fiind situată pe coloana vertebrală în porțiunea incipientă în rest fiind despărțită de aceasta, de aortă. Înapoia bifurcațiunii tracheei, esofagul este situat înapoia bronchiei stângi. La nivelul vertebrei a IX dorsale, esofagul intră în hiatul diafragmatic.

— *Porțiunea abdominală*. După trecerea prin hiatul diafragmatic, esofagul face o curbură la stânga și la nivelul vertebrei a XI dorsale trece în stomac care în proiecție ventrală corespunde articulațiunii a 7-a sterno-costale.

— *Curburile esofagului*. Practic, esofagul poate fi considerat ca fiind drept, anatomic însă deviază dela linia dreaptă, prezentând 2 feluri de curburi. Mulajele în ghips, asupra esofagului arată cele două feluri de curburi, una în sens sagittal dinainte înapoi, corespunzând: curburilor sagitale ale coloanei



vertebrale, și cealaltă în sens transversal dela dreapta la stânga. Curburile transversale se comportă în felul următor: între ultima vertebră cervicală și prima dorsală începe prima curbură transversală având direcția spre stânga și maximul său la nivelul vertebrei a 3-a dorsale. La acest nivel esofagul depășește marginea stângă a traheei, și este deci mai ușor accesibil în partea stângă decât în dreapta. La nivelul vertebrei a 4-a dorsale esofagul ajunge iarăși pe linia mediană; acesta este locul unde este încrucișat de arcul aortei. Esofagul rămâne pe linia mediană până la nivelul vertebrei a 7-a dorsale, de aci se îndreaptă iar spre stânga, pentru ca la nivelul vertebrei a 11-a dorsale să ajungă în stomac, făcând iarăși o deviere la stânga liniei mediane. Deci esofagul deviază de 2 ori spre stânga liniei mediane, se întoarce de 2 ori pe linia mediană, sfârșește însă tot în stânga ei.

*Lungimea esofagului.* Are o importanță practică însemnată, în special în explorările esofagului prin sonde. Lungimea medie a esofagului la adult este de 25 cm. Distanța dela arcada dentară inferioară până la capătul superior esofagian în medie la bărbat este de 15 cm., la femei de 14 cm. Distanța până la cardia la bărbat este de 40—41 cm. la femei de 38—39 cm.

*Lărgimea esofagului* variază cu înălțimea la care aceasta este considerată. După Monton variază între 7—22 mm. După von Hacker variază între 13—15 mm. După alți autori, lărgimea esofagului variază între 17 și 22 mm., având la cele 2 capete diametrul de 14 mm. De importanță practică este elasticitatea esofagului, oare după Morosow permite ca acesta să ia un diametru de 2 cm.

*Strâmtoarele esofagului:* esofagul poate prezenta strâmtoare, la orice nivel, în mod clasic însă prezintă 3 strâmtoare situate la:

1. Inceputul esofagului, la nivelul cartilagiului cricoid,
2. la nivelul bifurcațiunii tracheale și
3. la trecerea prin hiatul diafragmatic.

Aceste strâmtoare rezultă din dispoziția circulară în formă de sfîceter a musculaturii în locurile respective. La nivelul strâmtoarelor, esofagul în repaos este închis, și se deschide numai la trecerea alimentelor. Strâmtoarele acestea au importanță clinică prin aceea că: 1. la nivelul lor se opresc de predicție corpii străini, 2. se produc stricturile prin ingestia de substanțe caustice în urma stagnării acestora timp mai îndelungat și 3. se produc mai des neoformațiunile maligne.

## Anatomia Topografică.

*Porțiunea cervicală.* Este situată în partea anterioară a vertebrelor cervicale și dorsale, pe mușchii lungul gâtului și capului și fascia profundă a gâtului. Ventral, este acoperită de trachee ca și porțiunea toracică până la vertebra a 4-a dorsală. Prin faptul că aceste 2 tuburi sunt suprapuse, pe ambele părți, se formează 2 șanțuri în cari sunt situați cei 2 nervi recurenți, cel stâng fiind ceva mai superficial, cel drept fiind mai profund și acoperit de trachee. Marginele laterale ale lobilor laterali tiroidieni vin în atingere cu marginile esofagului. Această porțiune este încrucișată de către artera carotidă primitivă la nivelul vertebrei a 2-a dorsale și la nivelul celei de-a 6-a cervicale. Cele 2 carotide sunt cam la 12 mm. depărtare de esofag; mai sus carotidele se depărtează, între acestea interpunându-se lobi tiroidei. Nervul simpatic cu ganglionul cervical mijlociu și inferior este situat la 1 cm., lateral de esofag, sub sau pe fascia prevertebrală, deci nu este în raport intim cu acesta.

*Porțiunea toracică* este situată până la a 8-a—9-a vertebră dorsală pe corpul vertebrelor, de aici se depărtează încet de acestea, așa că la hiatul diafragmatic se află la 2—3 cm. înaintea corpurilor vertebrale. De la acest nivel (8—9 vertebră dorsală), este interpusă între esofag și coloana vertebrală, aorta toracică. Porțiunea toracică este acoperită până la vertebra a 4-a dorsală de trachee, la acest nivel vine în contact cu arcu aortic, ceva mai în sus, trecând artera carotidă primitivă stângă și artera subclaviculară stângă. Sub bifurcația tracheei, esofagul vine în raport cu pericardul și cu atrul stâng. La acest nivel se atașează esofagului și cei 2 nervi vagi: cel drept trece prin hiatul esofagian la fața posterioară a stomacului și înapoi în plexul gastric posterior, iar cel stâng merge de-a stânga esofagului și trece în plexul gastric anterior. Raportul esofagului cu pleura mediastinală diferă după situația lui. În porțiunea superioară, o parte relativ mică a esofagului e în raport cu pleura mediastinală, iar la nivelul hiatului diafragmatic este de asemenea acoperit de pleură.

*Porțiunea abdominală.* Este, pe o întindere de 2—3 cm. complet extra peritoneală. Peretele său posterior este situat pe pilierul stâng al diafragmului, iar peretele anterior vine în atingere cu lobul caudat (a lui Spiegel) și cu lobul stâng al fice-

tului. În această porțiune nervul vag drept este situat înapoia lui iar cel stâng înaintea lui.

*Vase și nervi.* După cercetările cele mai noi ale lui Demmel, partea cervicală a esofagului este irigată de ramuri din artera tiroidiană inferioară, în porțiunea sa superioară, iar cea inferioară este irigată de o ramură a arterei subclaviculare. Partea bifurcală este irigată de: art. esofagiană, tracheală ant. și post. Porțiunea toracică este irigată de artera esofagiană ant. și post. Porțiunea abdominală este irigată de ramuri din artera gastrică stângă și artera frenică stângă. *Venele* formează plexuri cari duc la vena coronară stomachică, adică în sistemul venei porte, în sus în vena azygos și hemiazigos și vena tiroidiană inferioară. *Lімfaticile:* vasele limfatice se colectează în următoarele grupuri ganglionare: 1) bronchiale și mediastinale post., 2) cervicale profunde (subclaviculare), 3) trancheobronșice, 4) bronșice, 5) mediastinale inferioare, 6) și cardiace. *Nervii:* căile senzitive merg în nervul recurent. Arcul reflex se face cu a 2-a ramură a nervului trigemen și cu nervii: glosofaringean, laringeul sup. și inf. Nervul motor al esofagului este nervul vag care produce contractia musculaturii și dă tonusul ei. După Grävling, inervarea motoră se face prin 2 sisteme: unul simpatic și altul bulbar autonom. În esofag există plexuri nervoase intermusculare, iar în submucoasă și în mucoasă sunt foarte multe ramusculi nervoase cari se termină în epiteliu, prin mici butoane. În porțiunea inferioară esofagul nu este sensibil față de excitațiile electrice și tactile. După Kröneckner, nervul faringean are fibre inhibitorii pentru deglutiție.

*Variațiunile esofagului.* Interesează situația, forma și topografia lui. Porțiunea inițială poate varia în privința lărgimei ei. De asemenea putem avea variațiuni în ceea ce privește situația cardiei, care poate fi situată cu 8 cm. mai sus, față de poziția sa normală. Uneori pot lipsi complet curburile transversale. Iar în ce privește strămtorile esofagului, ele pot varia ca situație și număr; așa Mehnert descrie posibilitatea existenței a. 13 strămtori.

## CAPITOLUL II.

**Considerațiuni generale asupra stricturilor esofagului produse prin ingerarea de substanțe caustice.**

*Sub strictură esofagiană se înțelege diminuarea internă a lumenului esofagian, cauzată de procese patologice localizate în straturile anatomice ale peretelui; spre deosebire de stenoza esofagului, la care diminuarea calibrului este cauzată de procese patologice de vecinătate, localizate în țesuturile periesofagiene.*

Majoritatea leziunilor esofagiene cari produc stricturi cicatriciale, sunt datorite ingestiei și absorbției de substanțe corosive, fie acide fie alcaline. Proporția acestor leziuni față de celelalte afecțiuni ale esofagului este foarte mare ocupând după cancer, al doilea loc dintre afecțiunile acestui organ.

Numărul acestor bolnavi a crescut considerabil după război, și se pare că este și acum în creștere, ceea ce s'ar putea explica prin insuficiența mijloacelor de existență cari au contribuit la creșterea mizeriei și dezechilibrului nervos; căci, dacă la un mic număr de bolnavi, ingestia acestor substanțe se face din imprudență, majoritatea lor o fac cu scop de sinucidere. Iar dacă prognosticul acestei afecțiuni este destul de grav, se datorește uncori, tot mizeriei, care nu permite unor bolnavi a beneficia la timp de tratamentul necesar, pe de altă parte se datorește faptului că foarte mulți dintre bolnavi se adresează târziu medicului când singurul tratament care se poate aplica este cel operator.

În ceea ce privește frecvența acestei afecțiuni în diferite țări, Ungaria ocupă primul loc dintre statele europene, urmează apoi țările balcanice. În România s'au făcut mai multe statistici cari arată frecvența stricturilor corosive, față de celelalte afecțiuni ale esofagului. Astfel o statistică a Dlui Prof. Mețianu făcută la București arată că în 6 ani (după război) a avut 142 cazuri de esofagită corosivă. Dr. David de la Galați arată că a avut în timp de 4 ani, 70 de cazuri.

După o statistică întocmită la Clinica chirurgicală din Cluj, reese următoarele:

Său tratat în decurs de 14 ani și  $\frac{1}{2}$  începând din anuli

1919, 54 de pacienți cu stricturi ale esofagului cauzate prin sodă caustică.

Dintre cei 54 de bolnavi, 44 au fost femei, iar 10 bărbați, se observă deci preponderanța sexului feminin.

Statisticile făcute în alte țări dau cifre cu totul diferite. Astfel Guisez găsește o proporție de 8,33% stricturi de origine caustică, iar von Hacker găsește o proporție de 17,7%.

În ce privește *mortalitatea*, după o statistică făcută de *Lotheissen* reese:

- 26% mor imediat după accident,
- 47% mor după ce se dezvoltă strictura,
- 12% mor în timpul tratamentului,
- 12% mor în urma tbc. sau a altor complicațiuni.

În ce privește *etatea*:

- Dela naștere — 3 ani n-rul cazurilor este de 27,3%,
- Dela 4—7 ani n-rul cazurilor este de 15,2%,
- Dela 8—15 ani n-rul cazurilor este de 13,2%,
- Dela 16 în sus n-rul cazurilor este de 41%.

După *natura* corosivului:

- Soda caustică dă 54,2%,
- Acidul sulfuric 24,8%,
- Acidul azotic 19,2%,
- Acidul clorhidric 2%.

Se observă că soda caustică dă procentualitatea cea mai mare, aceasta prin faptul că soda caustică se folosește preluțându-se în gospodăria, fiind la îndemână tuturor.

Intoxicația prin ingestia de substanțe caustice, ar trebui considerată ca o boală socială, de oarece, majoritatea indivizilor intră în categoria invalizilor sau semi-invalizilor, neputându-și câștiga existența; ei devin o greutate pentru Societate și Stat. Lupta contra acestei maladii s'ar putea duce, prin desfacerea substanțelor caustice cu un preț mai ridicat; iar pentru a evita ingestia acestor substanțe din neprecauție ar fi de recomandat ambularea lor în mod special sau colorarea lor.

## Anatomia patologică,

Din punct de vedere anatomo-patologic, stricturile esofagului produse prin ingestia diferitelor substanțe caustice diferă ca aspect și profunzime după natura substanței, concentrația ei, puterea ei de penetrațiune și timpul cât această substanță a stat în contact cu mucoasa. Iar după Kraus, ar juca un rol important și predispoziția specială al anumitor persoane. Pe de altă parte, există o predispoziție dată de modificările topografice ale axului esofagian, prin cari modificări se produce un raport special între substanța ingerată și strămtorile fiziologice ale esofagului. Prin această dispoziție anormală, substanța caustică, vine în contact timp mai îndelungat cu mucoasa, deci și puterea de penetrațiune al acesteia va fi mai mare.

După pierderea de substanță ce rezultă din acțiunea acestor caustice, asupra peretelui esofagului, stricturile pot fi:

- 1) *superficiale* și
- 2) *profunde*.

Cele superficiale, la rândul lor pot interesa numai mucoasa producându-se defecte ale acesteia, ce se vindecă însă fără cicatrice. Dacă este afectată și submucoasa, apar cicatrici cari fie prin ele însăși fie prin contractiunea mucoasei învecinate, dau naștere la stricturi. Stricturile pot avea forme diferite, astfel ele pot fi: lineare, inelare, semi-lunare, semi-circulare, sau valvulare.

Stricturile profunde, provin din distrugerea stratului muscular al esofagului. Ele la rândul lor pot interesa: a) numai musculatura inelară, b) musculatura inelară și longitudinală și c) întreg peretele esofagian împreună cu țesutul adventițial.

Când aceste distrucții profunde interesează întreaga suprafață a tubului esofagian, rezultă așa numitele stricturi caloase.

O strictură ce are o întindere de 5—10 cm. lungime este numită tubulară; iar cea de 2—3 cm. lungime se numește inelară.

Din unirea stricturilor superficiale cu cele caloase, rezultă stricturile multiloculare, cari prin confluerea lor duc la strictura totală a esofagului. Această închidere totală a lumenului esofagian este însă extrem de rară.

*Ca număr*, stricturile produse de substanțe caustice sunt.

aproape întotdeauna multiple. Sunt unice atunci, când ele sunt produse de iritațiunea peretelui prin corpi străini.

Ca situație, în general stricturile fie ele superficiale fie profunde, de obicei sunt situate la nivelul celor 3 strâmțori anatomici ale esofagului: în dreptul cartilajului cricoid, bifurcației tracheale și la pasagiul diafragmului.

Strictura inelară sau tubulară situată de asupra cardiei, este explicată de von Hacker prin faptul că în urma închiderii esofagului în porțiunea sa inferioară, se opresc la acest nivel cantități mai mari de substanță caustică, timp de câteva minute.

De asupra stricturei, se formează cunoscutele dilatațiuni. Din cauza obstacolului dat de rigiditatea stricturei, porțiunea musculară situată deasupra ei, produce o hiperfuncțiune de compensație, de unde rezultă o paralizie și apoi dilatațiunea acestei porțiuni; sau musculatura și în special stratul circular se hipertrofiază din cauza efortului. Această hipertrofie musculară este mai evidentă la stricturile tubulare, situate sub bifurcație, unde normal stratul muscular circular este mai puternic.

Dilatațiunile deasupra stricturei pot fi punctul de plecare pentru procese inflamatorii profunde, chiar perforative, căci sondele introduse greșit pot cauza la aceste nivele ușor perforațiuni ale peretelui esofagian. Procesele inflamatorii periesofagiene și vindecări după perforațiuni, duc, în special în porțiunea inferioară toracică, la cicatrizări prin cari esofagul să fixeze și deviază, fiind scos din direcția sa normală, iar lumenul stricturei devine în acest mod excentric, adică înafara axului esofagian, ceiace duce la drumuri false în timpul sondărilor. După von Hacker aceste drumuri false se formează în două locuri tipice: 1) la nivelul bifurcației, acolo unde esofagul se îndreaptă din partea stângă în cea dreaptă a toracelui, pe perețele lui stâng, și 2) deasupra diafragmului, unde trece din partea dreaptă spre stânga, pe perețele său drept.

În ceiace privește *stadiile de evoluție* ale esofagitei corosive, să disting 4 perioade:

- 1) per. de necroză sau detașare a mucoasei.
- 2) per. de ulceratie,
- 3) per. de granulație,
- 4) per. de cicatrizare.

### *Perioada primă și a doua.*

Adică perioada de necroză și ulceratie, trec una în alta fără limite precise. Când lichidul caustic este puțin concentrat, acțiunea sa se limitează la stratul epitelial al mucoasei, producându-se o escară superficială a cărei regenerare se poate face integral. Dacă însă concentrația lichidului este mai mare, mucoasa se inflamează, să edematizează, iar straturile superficiale se detașează de țesutul subjacent sub forme de membrane mai mult sau mai puțin groase, care acopere suprafața mucoasei. Aceste membrane se detașează și elimină în prima și mai ales la sfârșitul celei de a doua săptămână, eliminându-se fie înafară prin vărsături, fie trecând în stomac. Uneori membrana acopere esofagul pe toată întinderea lui, fără întrerupere, care de asemenea poate să fie eliminată sub forma unui adevărat mulaj al esofagului. Mucoasa descoperită, este roșie vie, puțin strălucitoare, prezentând eroziuni și ulcerățiuni a căror întindere și profunzime variază.

Clinic această perioadă răspunde la sindromul esofagian, iar din punct de vedere terapeutic, după cum vom vedea mai jos, autorii sunt divizați în două școli opuse; aceia a intervențiștilor și aceia a temporizatorilor.

### *Perioada de granulațiune.*

Este perioada când procesul distructiv se oprește, fiind înlocuit printr'un proces proliferativ, de granulațiune, ceiace denotă o rezistență suficientă a organismului față de intoxicație și inflamație. Granulațiunile acopăr fundul și marginile ulcerățiunii și pe măsură ce cresc, vin în contact cu peretele învecinat, sau chiar cu cel din partea opusă. Aceste granulațiuni se pot vedea sub formă de muguri. Țesutul conjunctiv care înlocuiește granulațiunea, formează cicatricea mebranoasă sau caloasă, după vechimea și profunzimea leziunii. Cicatricea retracțilă adeseori în urma tracțiunii mucoasei învecinate, dă naștere la formarea de plici mucoase proliferate în lumenul esofagului.

Din punct de vedere clinic, această perioadă răspunde la perioada de acalmie, când deglutiția devine posibilă și chiar destul de ușoară. Din punct de vedere al teraputiciei, această perioadă, joacă un rol foarte important, de oarecare reprezintă momentul când tratamentul poate și trebuie să devină activ.



### Perioada de cicatrizare.

Este perioada în care se organizează cicatricea observându-se dispariția totală a mucoasei, cu o scleroză intensă a restului părții și infiltrația țesutului periesofagian, perețele esofagian transformându-se într'un cordon fibros. Țesutul cicatricial scleros, ia o culoare albicioasă, cu o suprafață netedă, din cauza lipsei de vascularizație, contrastând cu mucoasa normal vascularizată, de culoare roșie închisă și mult mai umedă. Structura și elasticitatea acestor procese cicatriciale diferă după natura causticului.

Când cicatricea este definitiv constituită, disfagia bolnavului crește, el nu poate înghiți decât lichide, inanitia să accentueze, iar sfârșitul fatal este inevitabil dacă nu intervine terapeutică.

## CAPITOLUL IV.

### Metode de explorație a esofagului

Esofagul fiind un organ situat în profunzimea toracei, și fiind inaccesibil explorațiilor directe, afară de porțiunea sa cu totul superioară necesită metode indirecte de explorare ca: endoscopia, radioscoopia, cateterismul explorator, etc. metode cari au luat având în ultimii 30 ani, aducând după sine un progres considerabil în chirurgia esofagiană.

Pentru a preciza diagnosticul unei stricturi, trebuie să ținem seamă de istoricul boalei din care putem constata natura substanței ingerate, concentrația ei și scopul ingestiei corosivului, ceiace are importanță din punct de vedere medico-legal. Trebuie să ținem seamă de simptomele subiective determinate de sindromul esofagian tipic; adică de durere presternală, de disfagie, de recurgitare etc. și apoi trecem la mijloacele de investigație, cari sunt directe și indirecte.

#### *Mijloace de investigație directe.*

Sunt după cum am spus puține, și insuficiente; ele constau din inspecția, palpația și auscultație esofagului.

Prin *inspecție*, uneori se poate observa o tumefiere laterală.

a gâtului, produsă de un diverticul al esofagului umplut cu alimente.

*Palpația* porțiunii superioare a esofagului, cu deosebire la copii, se poate face pe cale transbucală, la adulți aceasta porțiune fiind prea distanțată (15 cm.) de arcada dentară.

*Ascultația* esofagului în timpul deglutiției, ne dă câteodată indicațiuni destul de precise. Astfel ascultând cu stetoscopul dealungul coloanei vertebrale între I și a VIII-a vertebră dorsală, în prezența unei singure stricturi, auzim următoarele: zgomotul al doilea de „glu-glu“ care în mod normal se aude după primul zgomot la 6—8 secunde, apare numai după un interval de 38—40 secunde, el fiind acompaniat de un zgomot caracteristic de garguizment. Iar dacă după al doilea zgomot punem pe bolnav să înghită de mai multe ori, zgomotul de „glu-glu“ se aude la fiecare contracțiune a esofagului, (semn descris de Revidseff).

Astăzi aceste mijloace directe de explorațiune, nu au mare valoare, dispunând de altele mult mai precise.

#### *Metode indirecte de investigațiune:*

*Examenul radiologic* este metoda cea mai simplă și completă cu care e bine să se înceapă întotdeauna explorarea esofagului, dacă mijloacele ne permit. Examenul se execută, bolnavul fiind în poziție verticală oblică anterioară dreaptă. Se introduce în esofag un cateter opac raxelor X, sau mai simplu și inofensiv, dând bolnavului să înghită substanțe radio-opace ca: bismut (după recomandăția lui *Holzknnecht*) sau gelobarină, substanță netoxică. Prin această metodă ne dăm seama de existența, numărul, întinderea și localizarea stricturei. Tot odată facem diagnosticul diferențial față de o compresiune externă, prin prezența de umbre anormale din jurul esofagului, sau de un spasm esofagian caracterizat prin variabilitatea imaginii de pe o zi la alta.

*Examenul endoscopic* este metoda care confirmă și completează examenul radiologic. Endoscopia datează din 1860 când *Voltolini* a construit primul instrument, destinat explorării cavității esofagiene. După această dată o serie de chirurghi se ocupă cu acest mijloc de explorare, aparatul fiind modificat și mult perfecționat în anul 1900 de *Killian*.

Esofagoscopia fiind o metodă ce se bazează pe inspecția di-

rectă ne dă rezultatele cele mai exacte, putând examina cele mai fine detalii din interiorul esofagului; ne permite totodată a face, în caz de dubiu biopsia, și chiar tratamentul direct (pe cale intra-esofagian) a leziunii. Această metodă de explorare se poate practica chiar din primele zile după accident, ceiașe până după anul 1913 nu se făcea, de oarece se aștepta cicatrizarea completă a țesuturilor alterate, tratamentul pierzând astfel mult din eficacitate.

Esofagoscopia este contraindicată în caz de anevrism al aortei, în afecțiuni pulmonare (ca tbc. avansată, enfizem) în afecțiuni grave ale laringelui (stenoze). Uneori poate produce temperatură și chiar fenomene de șoc.

*Cateterismul explorator* este un procedeu vechiu, întrebuințat ca mijloc de diagnostic. Constă din introducerea în esofag unor bugiuri moi, cu extremitatea olivară, prin ajutorul cărora ne putem da seama de existența unei stricturi și mai cu seamă de sediul ei, marcând distanța până la care am putut pătrunde cu bugiul. Cateterismul trebuie făcut cu prudență pentru a nu pătrunde în căile aeriene, sau a produce hemoragii sau a crea drumuri false, prin ruperea peretelui esofagian subțiat. Este contraindicat în stări generale grave.

*Examinări chimice* constau din metode colorimetrice cari se fac cu scopul de-a căuta permeabilitate unei stricturi.

## CAPITOLUL V.

### Istoricul tratamentului stricturilor esofagiene.

Terapeutică stricturilor esofagiene, datează din secolul al X-lea, când se cunoaște din medicina arabă, că *Avenzoar* din neamul *Ibn-Zur* din Sevilla, a introdus tuburi de argint sau zinc în esofagul stricturat, cu scop terapeutic. Chirurgii de mai târziu, după afirmațiile lui *Capivaccio* din secolul al XVI-lea, preferau bugiurile de ceară.

Un progres real în tratamentul stricturilor esofagiene se produce în secolul al XIX-lea, când *Gendron* și *Home Andreio* în al II-lea și al III-lea deceniu al acestui secol, și *Andelos* ceva mai târziu, încearcă să înlăture cicatricile esofagului prin cauterizarea cu nitrat de argint. Ei introducea bugiuri armate la

extremitatea lor cu nitrat de argint și astfel cauterizau locul stenozat. Este evident că acest procedeu era foarte periculos.

*Fletcher* a inaugurat în anul 1831 așa zisa „dilație forțată“ cu ajutorul unui instrument în formă de cateter care se termina la capătul său cu brațe mobile, cari brațe după introducerea la nivelul stricturii, se puteau depărta unele de altele; dilatănd astfel cicatricile.

Dintre metodele conservatoare s'au impus dilatațiunile progresive. La 1846, *Trousseau* a întrebuintat pentru acest scop bugiuri simple cu sau fără cap conic. La 1869, *Bonus* a construit instrumente asemănătoare, servindu-se de intestine de pisică, umplute cu mercur. *Arnott* se servea de tuburi mai elastice umplute cu aer. *Billroth* a preconizat, bugiuri cilindrice de fier, umplute cu mercur, iar *von Hacker* întrebuinta un tub de drenaj, pe care-l introducea în esofagul stricturat, tras pe o sondă.

Da o adevărată perfecțiune însă, au ajuns metodele conservative abia prin „sondajul fără sfârșit“ a lui *von Hacker*, așa cum este și azi practicat de majoritatea chirurgilor.

În anul 1611, *Verduc* a preconizat tratamentul chirurgical al stricturii esofagiene, făcând prima esofagotomie externă. În anul 1733, *Gouranet* intervine asupra corpilor străini ai esofagului, tot pe cale sângerândă. Urmează apoi o serie întreagă de operațiuni, astfel *Guattani* în 1785, indică accesul asupra esofagului între mușchiul sterno-tiroidian stâng și trachee. *Eckhold* intervine asupra esofagului în anul 1799, între cele două margini ale mușchiului sterno-cleido-mastoidian. La 1820 chirurgul *Vacca Berlingheri* deschide esofagul pe partea stângă a gâtului, întrebuintând un fir conducător (Eckloesofagoscop). La 1831, *Bégin* deschide esofagul, făcând o incizie între trachee și vasele mari, pe cari le deplasa înainte. *Nélaton*, făcea o operație cu mult mai complicată; făcea o incizie mediană, îndepărta mușchii sterno-tiroidieni, desfăcea lobul mijlociu al tiroidei, apoi decola lobul stâng al tiroidei de trachee. *Roux*, deschidea esofagul dinăuntru înafară, prin sonda săgeată a lui *Frère-Cbisme*.

Esofagotomia internă a fost aplicată analog ca și uretrotomia internă, întâi de *Marssonneuve* la 1864, *Lannelongue* la 1865, *Trélat* la 1870 și alții.

În anul 1880 *Gussenbauer* a fost primul care a executat esofagotomia combinată.

## Tratamentul.

Tratamentul actual al stricturilor esofagiene consistă dintr-un tratament:

1. profilactic și
2. curativ chirurgical, care la rândul lui se împarte în:
  - a) dilatația nesângerândă și
  - b) intervențiile operatorii.

Există și astăzi un conflict între partizanii tratamentului medical, și cei cari preconizează metodele sângerânde.

*Indicațiuni:* în toate cazurile însă, înainte de a începe tratamentul unei stricturi esofagiene de origine caustică, avem în vedere starea locală a leziunii și starea generală a bolnavului. Starea locală depinde în primul rând de timpul care a trecut din momentul accidentului: adică, strictura poate fi recentă (3—6 săptămâni) sau mai veche (peste 6 săptămâni). Tratamentul variază cu intervalul dela accident, din cauza aspectului anatomo-patologic diferit.

Dacă se prezintă un bolnav imediat după accident, tratamentul este în funcție de concepțiunea chirurgilor. Majoritatea autorilor până în ultimii ani și chiar azi, cum este Guisez, Gustavo-Lusena etc., nu recomandă sondajul precoce; ei respectă leziunea, așteptând cicatrizarea ei și numai după aceasta recurg la dilatațiunea gradată care este tratamentul de elecție și efieace în majoritatea cazurilor.

*Roux* a afirmat că a obținut rezultate foarte bune, introducând imediat după ingestia substanței caustice o sondă moale permanentă în esofag, lăsând-o pe loc timp de 20 zile, bolnavul fiind nutrit prin această sondă. Astfel unii autori, în caz de permeabilitatea stricturei, introduc imediat sonda „permanentă” sau dacă există un proces de esofagită, introduc o sondă dilatoare timp de 24 ore. Urmează apoi dilatațiunile, care se fac gradat, cu intermitență și timp îndelungat.

Este însă absolut contra-indicat cateterismul în cazul când bolnavul prezintă temperatură și o stare generală gravă în urma unei inflamațiuni periesofagiene. Pentru a nu agrava leziunile, se pune esofagul în repaos absolut, făcându-se o gastrostomie,

pentru a se alimenta bolnavul și pentru a face să dispară spasmul care uneori predomină și chiar agravează leziunea.

Dacă bolnavul se prezintă după un timp mai îndelungat după ingerare, când strictura este constituită, se ia în considerare în primul rând starea generală a bolnavului; și anume, dacă acesta se găsește într-o stare de inanție avansată, se recurge la gastrostomie. Dacă în bolnavul nu este emaciat, se introduce cu sau fără controlul ochiului și cu anestezie locală, o sondă filiformă pentru a continua apoi prin dilatări progresive, administrând totodată substanțe antispasmodice. Dacă însă trecerea și menținerea acestor sonde este imposibilă, nu se insistă, ci se recurge de asemenea la gastrostomie.

Uneori dilatarca dă rezultate numai până la o anumită limită, când suntem obligați a ne opri cu tratamentul din cauza fenomenelor dureroase sau inflamatorii. În acest caz *Delobel* și *Halluin* au reușit să continue dilatațiunea cu ajutorul electrolizei. Unii folosesc această metodă chiar înaintea dilatațiunei mecanice pentru a deschide drumul bugiului filiform și apoi dilatăriilor ce vor urma.

Când există o impermeabilitate absolută a stricturei se va recurge, după o prealabilă gastrostomie, la crearea unui neoesofag alegându-se unul dintre metodele multiple de plastie esofagiană pe care le voi descrie mai jos.

### *Tratamentul medical.*

Consistă în supunerea bolnavului înaintea și chiar în timpul tratamentului chirurgical, la un regim special care va depinde evident de gradul stricturei.

Deci înainte de-a întreprinde tratamentul local de dilatare se supune bolnavul timp de câteva zile după ingestia substanței caustice la un regim pur lichid. Se recomandă bulionul simplu, bulionul cu ouă, cacao, compoturi, etc. Este contraindicat laptele deoarece fermentează și formează chiaguri la nivelul dilatațiunilor. Se trece apoi la un regim semisolid care constă din pireuri de legume și fructe, cremă de griz, etc.

Pentru a evita stagnarea alimentelor deasupra stricturei, mai cu seamă când există dilatațiuni și diverticuli, se recomandă bolnavului să-și facă în fiecare dimineață spălături ale esofagului cu ajutorul tubului Faucher, evitându-se astfel esofagitele

concomitente. Această preparare dietetică și igienică a bolnavului are importanță capitală deoarece influențează mult spasmul secundar care este exagerat sau întreținut de esofagite sau de staza alimentară. Spasmul este o stare care acompaniază aproape întotdeauna strictura, constituind un obstacol important în tratament. Este deci indicat întotdeauna, pe lângă tratamentul mecanic local de dilatare, și cel antispasmodic cu diferite soluții ca:

Sol. de anestezină 10%, sau

„ morfină 1%, câte 15 picături

înaintea mâncărilor cu 10—15 minute (recomandat de Gerhardt).

Sol. de papaverină 2% sau

injecții de perparină.

În cazuri grave, de emaciere completă a bolnavului din cauza inanției, se fac clisme alimentare și injecții cu ser fiziologic sau glucoză, pentru a evita deshidratarea bolnavului.

## Dilatația nesângerândă.

### Tratamentul dilatator.

Constă în introducerea la nivelul stricturii de diferite instrumente dilatatoare de formă și natură variată care acționând în mod macenic, dau esofagului stricturat calibrul necesar, pentru o alimentație adeseori normală.

Instrumentele întrebuițate pentru acest scop sunt numeroase și variate:

*Bugiul*: care primitiv era format din cauciuc, iar pentru a avea puțină rigiditate, se umplea cu plumb (Bouchard) sau cu mercur (Billroth). Astăzi bugiul este construit din cauciuc sau dintr'o pânză impregnată cu rășină, care prin introducerea în apă caldă sau rece, devine mai mult sau mai puțin elastică, după dorință. Bugiul poate avea forme diferite, astfel poate fi: cilindric, conic, olivar. Grosimea bugiilor variază, ele fiind notate după scara Charrière dela 6—20 mm.

*Bugiul filiform* de mătase impregnat cu ceară, servește pentru conducerea bugiurilor dilatatoare și pentru introducerea firului de ață în caz de dilatațiunea fără sfârșit.

*Sonda gastrică*: este o sondă care servește totodată și pentru nutriția bolnavului.

Sonda pentru diverticuli a fost preconizată de Stark și Sahli. Are vârful îndoit întrebuițându-se în caz de diverticuli ce se formează deasupra stricturei, pentru că are vârful îndoit se introduce în esofag în sens transversal pentru a nu pătrunde cu aceasta în laringe, și numai după ce se ajunge în esofag, se rotează sonda în diverticuli.

Tot în scopul dilatării stricturilor se întrebuițează: *sondele lui Roulier* umplute cu plumb, *sonda de gumă* cu spirală metalică a lui Kuhn, *sondele metalice a lui Rosemheim* și *sonda de os de pește a lui Trousseau*. Aceasta din urmă este constituită din os de balenă la a cărui capăt se găsește un os de metal nichelat la care se pot atașa o serie de bile olivare având diferite mărimi.

*Laminaria* a fost preconizată de Senator, care o folosea în scop dilator lăsând-o pe loc câteva ore.

Baloanele umplute cu aer sau apă se întrebuițau mai de mult în scop de asemenea dilator. Au inconvenientul că acțiunea lor se limitează numai deasupra sau de desubtul țesutului fibros al stricturei, fără să acționeze asupra ei. Nu se întrebuițează azi decât în cazuri rare.

### **Sterilizarea și păstrarea bugiurilor și a sondelor.**

Nu este numai un act de curățenie, ci din punct de vedere medical se impune ca sondele cari se vor întrebuița să se introducă pacienților în condițiuni cât se poate de curate. Pentru acest scop, după întrebuițare orice sondă trebuie să fie curățită mecanic prin spălare cu apă caldă curgătoare, și apoi ștearsă cu un tampon îmbibat cu sublimat 1‰, iar apoi sterilizată. Dacă sonda este constituită din cauciuc sau metal, materii ce suportă fierberea, ea se va fierbe; dacă însă am întrebuițat bugiurile engleze și cele de mătase cari nu suportă fierberea, recurgem la spălarea radicală cu sublimat și uscarea cu ajutorul unui tifon steril. Pentru sterilizarea sondelor solide și cavitare se recomandă fierberea timp de 3—5 minute într-o soluție de: 3 părți sol. de sulfură de amoniu, la 5 părți apă. Von Hacker întrebuița pentru bugiurile engleze și franceze, cele solide și cavitare sterilizatorul cu glicerină a lui Heusler. După sterilizare, bugiurile se păstrează într'un cilindru mare de sticlă cu capac de metal, în care se introduc câteva pastile de sublimat. Bugiurile sunt suspendate și aranjate astfel ca să nu se atingă una de alta.



## Technica introducerii.

Înainte de a începe tratamentul dilatator, bolnavii trebuie examinați în direcția unui anevrism al aortei, strumei, etc. De asemenea se îndepărtează din gură protezele existente și se face o igienă perfectă a gurei.

Pacientul se așează pe un scaun și ține capul drept, sau mai bine ceva înclinat înainte, aceasta pentru a obține o dilatare a esofagului, ceea ce reușește numai prin ușoară înclinare înainte a capului, adică atunci când lordoza normală a coloanei cervicale dispăre. Când bolnavul își ține capul flectat înapoi, cartilagiul cricoid formează un obstacol pentru introducerea sondei în esofag prin faptul că este împins înapoi, iar pentru aceasta ar fi dată posibilitatea ca sondele să intre în laringe în loc de esofag. Sondele vor fi încălzite în apă caldă, iar vârful se va încurba puțin. Pentru a facilita alunecarea sondei, aceasta se va unge cu o grăsime indiferentă ca: parafină lichidă, vaselină lichidă, oleu de migdale. Unii pacienți preferă ungerea sonde cu unt, albuș de ou, soluție de gumă, etc.

Ca linie de conduită, trebuie să se apese în jos și înainte baza limbii introducându-se pentru aceasta în gură indexul ușor îndoit al mâinei stângi, dealungul degetelului se va aluneca sonda puțin îndoită până la peretele laringelui, de unde aceasta va fi împinsă în jos. Pentru a se apăra indexul contra mușcăturilor din partea bolnavului, se întrebuițează degetare de metal articulate. Iar pentru a menaja sonda, este recomandabil la copii și la perscanele nevropate, să se întrecă între dinți o bucată de plută.

La unele persoane din cauza iritabilității faringelui, se produc accese de vărsături și sufocare, cari se înlătură prin badijonarea faringelui înaintea tratamentului cu: sol. de novocaină 20% sau sol. de cocaină 10% sau sol. de anestezină hidroclorică 10% cu adrenalină, etc. cu care se badijonează de 3 ori una după alta așteptându-se câteva minute până la producerea efectului complet.

Introducerea sondei trebuie făcută cu cea mai mare finețe și atenție; niciodată să nu se aplice forța deoarece peretele esofagian care nu mai este așa de rezistent, poate fi ușor lezat și perforat, de unde rezultă întreg cortegiu complicațiilor mediastinale. Se impune multă răbdare din partea medicului, de asemenea bună-

voință din partea bolnavului. Pacientul este provocat să inspire și expire adânc și încet, și odată sonda intrată în esofag, i se recomandă să facă mișcări puternice de deglutiție. Sonda înaintând, la un moment dat, operatorul își dă perfect de bine seama că există un obstacol constituit de strictură, și dacă bugiul este angajat, dă o senzație specială iar atunci se apasă oșar, pentru a dilata strictura. Dacă bugiul nu se angajează, se ia unul de calibru mai mic, până când pătrunde în strictură.

Introducerea sondelor se face mai ușor la persoanele cari prezintă lipsă de dinți în pantea mijlocie a maxilarelor, când se pot introduce fără nici o dificultate sondele cele mai dure. De asemenea se face ușor la persoanele cu cifoza coloanei vertebrale (von Hacker). Din contra, întâmpinăm dificultăți la persoanele cu bolta palatină ogivală, în defecte ale epiglotei și insensibilitatea laringelui, când sonda intră cu mult mai ușor în laringe decât esofag. König recomandă, în cazul când sonda nu se poate introduce pe cale bucală, să se facă sondajul prin meatul mijlociu al fosei nazale, iar sonda ajunsă la peretele posterior al faringelui, i se dă încurbarea în jos.

### Dilatatiunea simplă.

Constă în introducerea instrumentelor pe cale naturală în esofag, fără ajutorul esofagoscopului, după tehnica descrisă mai sus.

Ea poate fi făcută:

1. rapid, brusc sau
2. lent și progresiv.

1. *Metoda rapidă* nu are astăzi decât o valoare istorică, este complet abandonată, fiind un procedeu prin care se întrebuițeau forța.

2. *Metoda lentă și progresivă* este metoda cea mai recomandabilă și întrebuițată în general astăzi. Întrebuițarea diferitelor instrumente depinde de concepția de care este călăuzit medicul și de felul stricturii. Țin să amintesc tratamentul propus de Bélinoff, care în caz de stricturi recente, întrebuițează așa zisul „bugiraj lichid” întrebuițând în scop dilatator substanțe lichide, ca uleiul de olivă. Uleiul este introdus în esofag cu ajutorul siringei cu tampon. Este o siringă obișnuită laringeană, la a cărui capăt distal se atașează un tampon de cauciuc a lui Trendelen-

burg care poate fi umplut cu aer. Tamponul acesta este introdus în esofag de desubtul cricoidului, și umplut cu aer. Gura esofagului este astfel aproape hermetic închisă. Se injectează apoi în esofag o cantitate de 20 cmc. de oleu de olivă cu ajutorul siringei. Lichidul exercită asupra pereților esofagului o dilatare foarte delicată și totuși destul de energică. Nu irită, nu poate produce perforație, din contra, pe lângă că îndepărtează pereții esofagului, împiedicând adeziunea lor, hidrojonează suprafața inflamată, ridică restul substanței caustice, o curăță de secrețiuni și în fine oleul de olivă este un remediu foarte bun pentru sete. Se înțelege, acest procedeu nu mai poate avea eficacitatea lui în cazul unei stricturi organizate.

În aceste cazuri se începe dilatarea cu bugiurile cele mai fine. Prima ședință în care bolnavul trebuie să se obișnuiască cu tratamentul printr-o tehnică a respirației și a mișcărilor reflexe, durează foarte scurt timp.

În cazul de stricturi uscare, se fac dilatațiuni de scurtă durată, odată până de 2 ori pe zi.

În general însă, dilatațiunile se repetă tot din 2 în 2 zile, iar în aceeași ședință se pot întreprinde 3—4 bugiuri de calibru crescând, practicând dilatarea timp de 10 minute— $\frac{1}{2}$  oră. În ședința următoare se reîncepe dilatarea cu penultimul bugiu. Se continuă această manoperă până la dilatarea suficientă, adică până ce se poate trece cu ușurință bugiul Nr. 45 sau 48 la adult. Însă ajungând la acest calibru, indiferent de varietatea stricturei, obstacolul se poate reproduce. Din această cauză se recomandă din timp în timp repetarea tratamentului pentru menținerea calibrului odată câștigat.

În cazul când avem de-a face cu stricturi a căror orificiu de intrare este foarte îngust și situat excentric, sondarea devine foarte dificilă, trebuind să recurgem la diferite artificii, pentru a putea pătrunde în strictură. În acest caz se încearcă cu o sondă filiformă alunecând-o cu paciență dealungul fiecărui perete al esofagului și dându-i diferite curburi. Dacă am avut norocul de a fi trecut cu bugiul filiform strictura, este bine să-l lăsam pe loc, fixându-l timp cât mai îndelungat, în caz că acesta este bine tolerat de către bolnavi. Această sondă va face drumuri pentru trecerea bugiurilor mai groase cari în ședințele următoare se recomandă a se lăsa pe loc timp de  $\frac{1}{2}$  oră și chiar mai mult. Prin prezența prelungită a acestui bugiu, strictura devine mai malca-

bilă și facilitează din ce în ce dilatațiunile ulterioare. Tot în cazul stricturilor cu orificiul foarte îngust, von Hacker recomandă procedeul zis: „Büschelverfahren“ procedeu care constă în introducerea simultană a mai multor coarde subțiri în esofag, cărora li se imprimă mișcări ușoare de ridicare și coborâre până când una dintre corzi găsește intrarea stricturei. Odată găsită această intrare, dilatarea se poate ușor continua tot prin procedeul lui von Hacker cu ajutorul unui dren de gumă. Efectul acestui procedeu, este surprinzător: o strictură de 4—5 mm. poate fi dilatată în decurs de 2—3 săptămâni la 15 mm., repetând dilatarea în fiecare zi și lăsând tubul pe loc timp de câteva ore.

*Dilatațiunea permanentă*, consistă în introducerea la nivelul stricturei a unui bugiu, sau mai bine a unei sonde de gumă care permite în acelaș timp și alimentația bolnavului, și lăsarea pe loc timp de 24—48 de ore.

Uneori însă cateterismul dilatator este foarte greu de realizat sau chiar imposibil, cauzele fiind multiple:

- a) excentricitatea orificiului strictural,
- b) prezența fundurilor de sac deasupra stricturei, în care se poate angaja greșit bugiul.
- c) inflamația mucoasei învecinate, cecece dă naștere adeseori la un spazm violent ce face ca orificiul strâmtat să se exagereze.

Dacă bugiul se angajează lângă strictură, poate să dea naștere cu ușurință la o perforație a peretelui esofagian, cecece poate duce la perforația pleurei, a pericardului, și chiar al aortei. Nu este numai decât nevoie de perforație, ci chiar un traumatism repetat al peretelui, poate duce la inflamațiunea locală și secundară la ulceratiunea cu ramolismul peretelui, de unde rezultă o mediastinită purulentă.

### **Cateterismul și dilatarea esofagoscopică.**

Tratamentul stricturilor esofagiene, sub controlul ochiului, a fost preconizat de von Hacker, care la 1888 a făcut sondarea acestora, pe cale esofagoscopică, dilatându-le prin metoda cu dren și laminarii. Dilatarea esofagoscopică are avantajii față de dilatarea simplă prin faptul că putem avea indicațiuni afară de starea mucoasei supra-jacente stricturei, și de situația exactă a orificiului ei. Permite de asemenea de a supraveghea modul de ac-

fiune a bugiului, tubul esofagoscopic servind drept mandrin, Tehnica se execută ca și la dilatațiunea simplă.

În cazul stricturilor cu orificiul foarte mult strâmtat, se introduce sub controlul ochiului, un bugiu filiform care se lasă pe loc servind drept fir conducător dealungul căruia se poate ușor aluneca bugiul din ce în ce mai groase. Aceste bugiuri conducătoare au schimbat mult prognosticul stricturilor de grad mare, putând mări în aceeaș ședință calibrul bugiului cu 4—5 numere.

Dacă există mai multe stricturi, trebuie dilatăta mai întâi strictura cea mai superioară, după metodele îndiccate mai sus, apoi se trece la cea subjacentă și așa mai departe, tehnica făcându-se tot sub controlul ochiului.

Când strictura est lungă și dreaptă: toate manevrele de dilatare trebuie repetate foarte des, căci este foarte greu în cazul aceasta, de a menține dilatarea. Se recomandă dilatarea cu sondele de cauciuc preconizate de Ebstein. Se știe că țesutul cicatricial devine mai maleabil în contact cu cauciucul dilatator, putând fi dilatat apoi cu ușurință cu bugiurile olivare obicinuite.

Când strictura este mai scurtă, se poate aplica dilatarea cu laminarii, aceasta însă tot sub controlul endoscopic. Această metodă a fost preconizată de Ebstein. El se servea de laminarii alungite și conice, pline la extremitatea lor inferioară și prevăzute la cea superioară cu un orificiu de care se fixează un fir de mătase. Introducea laminaria sub controlul ochiului și o fixa apoi cu ajutorul firului de mătase de urechile bolnavului. Este o metodă întrebuintată și astăzi dar numai în stricturi relativ scurte din cauza dimensiunii scurte (7 cm) a laminariei. Instrumentul se lasă pe loc maximum  $\frac{1}{2}$  oră.

Tot pentru dilatarea stricturilor scurte și ușor accesibile se întrebuintează drenuri în formă de buton. Aceste drenuri sunt întinse pe un fir conducător mecanic rigid sau de cauciuc, cu ajutorul unui fir de mătase fixat la extremitatea superioară. Drenul astfel armat, este întins și apoi alunecat în strictură. Apoi se retrage firul conducător fixându-se firul de mătase la urechile bolnavului. Acest dren pe lângă că produce o dilatare foarte bună, este bine suportat de către bolnav putându-se lăsa astfel mai multe zile pe loc, fără nici un inconvenient local. Este o metodă recomandată, fiind lipsită de pericol, dacă este făcută sub controlul ochiului.

Ca încheiere, repet că toate aceste manevre de dilatare cu ajutorul diferitelor instrumente, trebuie să se facă cu cea mai mare prudență și finețe, iar dacă bolnavul semnaleză dureri mari, junghiuri, sau febră, acestea trebuie considerate ca semnale de alarmă, iar tratamentul trebuie imediat întrerupt până la trecerea acestor fenomene.

## Intervențiile chirurgicale.

### Gastrostomia.

Gastrostomia este operațiunea care face trecerea între procedeele nesângerânde și intervențiile chirurgicale a tratamentului stricturilor esofagiene. Este operațiunea ce urmărește 3 scopuri și anume:

1. un scop alimentar,
2. un scop de diagnostic și
3. un scop terapeutic.

1. din punct de vedere *alimentar*, gastrostomia evită inaniția bolnavului care nu mai este în posibilitate de-a se alimenta pe cale naturală. Astfel bolnavul fiind reconfortat, ne permite a face esofagoplastiile derivatrice în cele mai bune condițiuni generale și locale. Lotheissen recomandă ca atunci când vrem să facem o esofagoplastie cu material gastric, să se facă întotdeauna o gastrostomie, pentru ca stomacul retractat să-și reia dimensiunile sale, permițându-ne astfel a tăia un lambou suficient de larg și de lung pentru crearea noului conduct.

Gastrostomia nu este obligatorie numai din punct de vedere alimentar, se face de asemenea pentru a evita unele complicațiuni post operatorii ca: dilatația acută a stomacului, dehiscența suturilor, sau producerea de fistule prin ascensiunea lichidului gastric.

2. Din punct de vedere al *diagnosticului*, gastrostomia are o dublă importanță. Cu ajutorul endoscopiei retrograde și a caterismului, putem avea detaliu despre starea funcțională a pilorului, care deasemenea poate prezenta concomitent ulcerazioni și stricturi produse de substanțe caustice ingerate. Examenul pilorului are o importanță capitală pentru reușita anatomică și funcțio-

nală a esofago-plastivilor, deoarece aceste operațiuni devin inutile în cazul când pilorul este impermeabil.

3. Din punct de vedere *terapeutic*, gastrostomia are o valoare foarte mare, deoarece ne permite a face pe cale retrogradă dilatațiunile stricturilor esofagului. Astfel, putem realiza cu ajutorul gastrostomiei, electroliza retrogradă sub controlul ochiului și dilatațiunea cu „fir fără sfârșit“. Dilatațiunea cu fir fără sfârșit se face în felul următor: se introduce cu ajutorul unui bugiu filiform, un fir lung de ață mai groasă în stomac. Apoi se face gastrostomia, iar prin fistula făcută se extrage capătul bugiului împreună cu firul de ață. Se înoadă cele două extremități ale firului, adică extremitatea gastrică cu cea bucală, iar după aceea se extrage bugiul conducător pe cale bucală. După ce plaga abdominală s'a vindecat se trece la dilatațiunile retrograde ale stricturilor esofagiene. Pentru aceasta, se fixează de firul de ață, diferite instrumente dilatatoare ca: bugiuri, tuburi elastice, sau mai bine bile de metal având diferite mărimi. Bilele fixate de fir sunt apoi tracționate prin fistula gastrică în stomac, și apoi sunt trase cu multă precauție pe esofag în sus, scoțându-le prin cavitatea bucală. Această manevră se repetă la început tot din 2 în 2 zile, pe urmă zilnic și chiar de mai multe ori pe zi. Pe măsură ce cicatricea cedează, mărim treptat calibrul acestor dilatatoare. Se întâmplă adeseori, ca după introducerea firului fără sfârșit să reușim să facem dilatațiunea cu bugiul pe cale bucală, acest fir având rolul de conducător.

### Technica gastrostomiei.

Gastrostomia se poate executa după mai multe procedee. Cele mai mult utilizate sunt: procedeul *Kader*, și procedeul *Witzel*.

*Procedeu! Kader:* după laparotomie para-rectală stângă, se reperează pe cât posibil fața anterioară a fundului stomacului care se exteriorizează în plagă. Se face peritonizarea suprafeței stomacului pe o întindere cam a unei monede de 20 lei. Apoi se face o incizie în peretele stomacului, și se introduce un tub de cauciuc în interiorul lui fixându-se tubul cu un fir trecut în bursă prin seroasa stomacului. Se suturează, pe urmă plaga complet până la nivelul tubului.

*Procedeu! Witzel:* se face laparotomie para-rectală. După ce se exteriorizează fundul stomacului, se face de asemenea perito-

nizarea pe o suprafață însă mai mare. Se introduce tubul de cauciuc în stomac și pe urmă se plicaturează peretele stomacal pe o distanță de câțiva cm. formând un tunel. Acest tunel, are avantajul că permite cu mai multă siguranță închiderea fistulei, după suprimarea tubului.

În ceea ce privește închiderea fistulei gastrice, în general e bine să se închidă cât mai târziu posibil, sau să se lase închiderea dela sine, aceasta pentru a avea o supapă de siguranță în caz de complicațiuni neprevăzute în urma operațiilor și în caz de recidive a stricturilor.

## **Intervențiile operatorii directe asupra esofagului.**

Metodele operatorii directe sunt următoarele:

1. Dilatațiunea forțată
2. Esofagotomia internă
3. Esofagotomia externă
4. Esofagectomia.

### **1. Dilatațiunea forțată.**

Este una din operațiunile cele mai vechi, preconizată de *Miculicz*. Nu are decât o valoare istorică fiind o operațiune brutală ce expune pe bolnav la complicațiuni grava ca: hemoragii, perforațiuni, peri-esofagite, mediastinite etc., din care cauză este azi coplect abandonată.

### **2. Esofagotomia internă.**

Operațiunea imaginată de *Maisonneuve*, după cum am văzut, este de asemenea veche, care nu se mai întrebuintează azi, din cauza complicațiunilor ce dau o mortalitate de 27%. Totuși este indicată în mod excepțional în caz de stricturi scurte, valvulare și elastice; elasticitatea fiind o condiție necesară pentru dilatațiunile ulterioare, cari trebuiesc făcute după secțiune.

### **3. Esofagotomia externă.**

Este operațiunea ce se execută cu următoarele indicațiuni:

- a) ca intervenție pregătitoare pentru extirparea stricturei.



b) cu scopul de-a extirpa strictura,  
 c) cu scopul de-a crea o fistulă alimentară situată sub strictură,

d) sau cu scopul de-a dilata stricturile esofagiene subjacente. Astfel *Waldenburg*, *Miculicz* și *Gussenbauer*, au făcut o butonieră la nivelul esofagului cervical pe unde au introdus bugiuri, practicând astfel dilatațiunea.

Esofagotomia externă urmată de plastie directă este o metoda ce poate fi rareori practică din cauza difuziunii stricturilor și inextensibilității țesutului cicatricial care se opune plasticeii.

*Gregoire*, *Braine* și alții, au făcut cardioplastii cu rezultate satisfăcătoare secționând totalitatea stricturei. La 1923 *Wenciel* și *Heller* în loc de-a secționa strictura în întregime, au practicat cardioplastia extra-mucoasă secționând numai straturile externe ale conductului.

#### 4. Esofagectomia.

Este operațiunea de rezecția a esofagului, urmată de anastomozarea termino-terminală a celor 2 capete. Se întrebuințează rar, căci afară de cazurile de stenoze congenitale, dă rezultate puține, prin faptul că multiplicitatea leziunilor cicatriciale, cere o ablație prea largă, ceea ce face ca să nu putem reconstitui esofagul prin defectul prea mare. Iar capetele esofagiene au puțină șansă de reunire din cauza tendinței lor la retracțiune. Când rezecția esofagului este urmată de metode derivatrice, segmentul înlăturat, poate fi înlocuit prin următoarele metode:

1 Se abuzează cele 2 capete esofagiene în regiunea dorsală, unindu-le apoi printr'un tub de cauciuc după metoda lui *Pertes-Gluck*.

2. Să intercalează între capetele rezecate, o ansă jejunală cu un pedicul lung, bine nutrit, adus pe cale transpleurală. Este metoda lui *Lorthioir*.

3. Budde face un tub cutanat în regiunea scapulară cu un pedicul nutritiv musculo-aponevrotic, pe care-l mobilizează și îl intercalează între cele 2 segmente esofagiene.

Există o serie întreagă de procedee prin cari se restabilește continuitatea esofagului, toate însă prezintă dificultăți foarte serioase.

## Procedee operatorii derivatrice.

Sunt operațiunile de plastii ale esofagului. Aceste metode în raportul cu situația toracelui se pot împărți:

1. Endotoracice
2. Extra-toracice

În raport cu natura operației:

1. Prin anastomoză: prin
  - a) Abandonarea leziunii
  - b) Extirparea leziunii.
2. Cu tub: prin
  - a) Abandonarea leziunii.
  - b) Extirparea leziunii.

### Metoda endotoracică.

Calea endotoracică nu poate fi recomandată din următoarele motive: stricturile sunt adeseoriacompaniate de o reacție inflamatorie mediastinală și astfel riscul de ordin septic ca și cel de diferență de presiune intratoracică este foarte amenințător. Afară de aceasta, în ceea ce privește tehnica, încă nu este perfecționată și din acest motiv se dă azi toată atenția esofagoplastiilor pretoracice.

### Metoda extratoracică.

Esofagoplastia derivatrice antetoracică este indicată în următoarele cazuri:

După starea locală: în cazul stricturilor esofagiene cari nu au cedat după dilatația sistematică directă nici după dilatația retrogradă cu fir fără sfrâșit sau după tratamentul electrolitic. Când bolnavul emaciindu-se din zi în zi și mai cu seamă fiind plietisit de metoda puțin estetică de-a se alimenta prin gastrostomie, cere cu insistență o metodă de-a se alimenta mai ușor și pe o cale cât de apropiată de cea naturală. Este indicată în cazul când tratamentul dilatator se acompaniază de fenomene dureroase și inflamatorii. De asemenea în cazul stricturilor impermeabile, aceasta însă foarte rar.

După starea generală: este indicată esofagoplastia derivatrice în toate stările de denutriție a bolnavului.

După etate: se face dela etatea de 12 ani în sus, fiind contraindicată la copii sub această vârstă deoarece noul esofag nu urmează creșterea copilului.

După sex: la femei și în special la fetele tinere trebuie să se aibe în considerare și partea estetică a operației.

După organele și elementele cari ne servesc în stabilirea unei esofagoplastii, distingem 6 feluri de esofagoplastii derivatice extratoracice:

1. esofagoplastia jejunală
2. esofagoplastia cutanată
3. esofagoplastia cu tub gastric
4. esofagoplastia prin transpoziția stomacului
5. esofagoplastia colică
6. esofagoplastia mixtă.

## 1. Esofagoplastia jejunală.

A fost preconizată de Roux care la anul 1907, creiază un nou esofag prin confecționarea unei anse jejunale pe care o exclude bilateral și o anastomozează subcutanat în partea superioară cu esofagul, iar în partea inferioară cu stomacul. Este operațiunea de *esofago-jejuno-gastro-anastomoză*. Această nouă tehnică propusă și chiar executată de Roux, a fost primită cu entuziasm de majoritatea chirurgilor și pusă în aplicare de chirurgii de mare valoare: *Tuffier* și *Lambotte*.

### Technica lui Roux.

După o prealabilă laparotomie, se izolează o ansă jejunală pe o lungime calculată pentru a putea ajunge în regiunea cervicală. Ansa intestinală este adusă înaintea colonului transvers și anastomozată termino-lateral, prin extremitatea sa inferioară, la fața anterioară a stomacului, cât de aproape de curbura mică. Apoi se restabilește continuitatea intestinală prin anastomoză capetelor. Se trece la nivelul manubriului sternal, unde se creiază o butonieră cutanată transversală, iar cu ajutorul unui decolator ce se introduce de sus în jos, se creiază un tunel subcutanat ce se întinde dela nivelul butonierei până în regiunea gastrică, acest tunel fiind situat puțin la stânga liniei mediane. Apoi se

trage prin tunel ansa jejunală, până când extremitatea liberă este prin butonera presternală, suturându-se aceasta la piele. Prin lumenul ansei, se introduce o sondă esofagiană care se fixează de ansă. Apoi se închide laparotomia.

*Roux* folosește ansa jejunală, din cauza proximității sale de stomac, masticulaturii sale bune, și lăgimeii mezoului care permite izolarea unei anse destul de lungi. Avantagiile acestei metode constau în primul rând în faptul că ansa intercalată își menține contractibilitatea sa, grație conservării în păreții săi a centrilor autonomi a vaselor și firisoarelor nervoase perivasculare. Confracțiunile verticale ale ansei fac ca materiile alimentare să înainteze către stomac; iar contracțiunile circulare, asigură închiderea orificiului gastric după ingerarea alimentelor. Aceste mișcări peristaltice ale noului esofag, sunt vizibile în timpul și chiar în afară de alimentație. Ele au fost studiate și înscrise grafic de profesorii *Danielopolu* și *Dimitriu* de la București. Afară de aceasta, ansa exclusă continuă să secrete suc alcalin care poate, până la un punct, neutraliza aciditatea gastrică așa de nocivă în cazul conductelor cu material cutanat. Un alt avantaj al acestui procedeu este că tubul intestinal fiind preformat, este pus la adăpost de complicațiuni, contrar celorlalte procedee de plasticie cutanată, expuse la dezvoltarea marginilor lamboului.

### Technica lui Herzen.

*Herzen*, la anul 1908 a modificat tehnica lui *Roux*. El creiază un esofag cu ajutorul unei anse, luată la o distanță oarecare de unghiul duodeno-jejunal și exclusă numai unilateral. Pentru ca să înlătore compresivitatea colonului de către ansă, el trece ansa izolată înapoia colonului, traversând mezocolonul transvers și ligamentul gastrocolic. Totodată fixează ansa la marginea ligamentului gastrocolic înlăturând astfel torsivitatea în jurul axului său mezenteric. Apoi restabilește continuitatea intestinală printr'o anastomoză termino-laterală în formă de Y, și introduce extremitatea liberă a ansei într'un tunel subcutanat pretoracic, alunecând-o până în regiunea claviculară. *Herzen* anastomozează ansa de stomac, lateral, la marea curbură a stomacului; aceasta pentru a evita lipsa de contact între alimentele ingerate și suc gastric. Operația lui *Herzen* se poate executa într'un timp mult mai scurt ca a lui *Roux*.

Technica lui *Roux*, modificată de *Herzen* este o tehnică care și azi își păstrează valcarea sa. Totuși majoritatea chirurgilor nu o întrebuintează deoarece execuția sa practică prezintă deficiențe, iar rezultatul final al intervenției poate uneori să fie: sfacelarea și eliminarea parțială al ansei excluse în urma lipsei de circulație

## 2. Esofagoplastia cutanată.

Este operațiunea care constă în creierea unui nou tub de comunicare între porțiunea superioară a esofagului și stomac cu ajutorul pielei și anume cu ajutorul unor lambouri fie pediculate, fie libere.

Primul care a avut ideea să creieze această comunicare cu ajutorul pielei, a fost *Bircher* la 1894. Rezultatele sale însă au fost fără succes. La 1904 *Wulstein* a preconizat o metodă prin care anastomoza tubul cutanat, în sus cu esofagul iar în jos cu jejunul. Metodă care de asemenea n'a avut succes. Mai târziu, *Lexer*, *Frangenheim*, *Payr*, *Ion Jănu* și alți chirurghi, fiind inspirați de procedeul lui *Bircher* și *Wulstein*, au imaginat procedee mixte, cari au dat rezultate mai bune.

### Technica lui *Bircher*.

După facerea gastrostomiei, se trece la creierea tubului cutanat. Pentru aceasta se fac 2 incizii verticale, paralele, în regiunea ant. a toracelui: una trecând la marginea stângă a sternului iar cealaltă cam la 4 cm. înafară, spre mamela corespunzătoare. Aceste incizii se întind dela regiunea cervicală până la regiunea epigastrică. Rezultă o bandă de piele de formă dreptunghiulară, a cărei margini se decolează de planurile subjacente pe o întindere suficientă pentru a permite reunirea lor, creindu-se noul conduct. Înaintea afrontării marginilor decolate se aplică o sondă. Tubul astfel rezultat, prezintă o suprafață internă epidermică și una externă sângerândă. Suprafața sângerândă se acopere cu ajutorul unor lambouri cutanate mobilizate din regiunea învecinată.

Acest procedeu, prezintă inconvenientul prin faptul că lamboul creator de conduct are o tendință la retracție transversală.

### Modificările acestui procedeu.

Procedeuul lui *Bircher* a suferit diferite modificări făcute de către o serie de chirurghi; modificări relativ la întinderea și forma lamboului, la calibrul conductului, la acoperirea suprafețelor sângerânde și modificări relativ la sutura extremității superioare a esofagului.

Astfel *Engelbrecht* creiază un lambou cu mult mai lung formând tubul cutanat dela nivelul cartilagiului tiroid până la nivelul fistulei gastrice. O altă modificare a fost făcută cu scopul de-a evita rețracția transversală care se produce în proc. lui *Bircher*, și consistă în a crea noul esofag astfel încât peretele său posterior este format din tegumentul toracic iar peretele anterior dintr-un lambou abdominal întors, având suprafața epidermică înăuntru. Săturându-se marginile lambourilor, rezultă 2 cicatrici verticale ce se opun la rețracțiunile transversale. Suprafața sângerândă a canalului, este acoperită prin grefe dermo-epidermice. Afară de aceasta, majoritatea chirurgilor creiază un canal de un calibru mult mai larg de 4 cm. diametru.

În ceea ce privește acoperirea suprafețelor sângerânde, *Rovsing* le acopere prin decolarea largă a țesuturilor vecine, este un procedeu însă prin care se riscă a comprima tubul neoformat. Pentru a evita acest inconvenient, se fac 2 incizii verticale libere, de o parte și de alta a suturilor. *Leaver* acopere suprafața prin grefe dermo-epidermice, iar alții o acopăr prin ajutorul unui lambou pediculat luat dela distanță, din regiunea axilară, cervico-scapulară sau abdominală. O complicație destul de frecventă a proc. lui *Bircher* constă în formarea de fistule la nivelul extremității esofagului produse prin sutura insuficientă; fistulele cari amăresc viața bolnavului și cari necesită intervențiuni multiple și delicate. Pentru evitarea acestora, *Hirschmann* la 1912 recomandă ca lamboul cutanat să depășească orificiile fistuloase, iar incizia să se facă în jurul acestor orificii la o distanță suficientă, pentru a realiza la acest nivel un fel de pungă. *Rovsing*, tot cu scopul de a evita formarea de fistule, realizează punerea în contact a capătului esofagian cu tubul cutanat, prin intermediul unui tub de cauciuc.

### **Esofagoplastia cu ajutorul unui lambou abdominal**

Se confecționează un lambou dreptunghiular sau trapezoidal având baza la nivelul rebordului costal iar extremitatea sa în fosa iliacă corespunzătoare, având o lărgime de aproximativ 8 cm. Acest lambou se transformă într'un tub prin sutura marginilor sale, și apoi se trece prin extremitatea sa liberă într'un tunel subcutanat pretoracic, format dinainte. Extremitatea liberă se suturează la o incizie transversală de 3 cm. făcută la nivelul treimeii interne a claviculei. Plaga abdominală se acopere prin sutura tegumentelor învecinate mobilizate.

### **Esofagoplastia cu lambou tubular abdominal și scapulo-dorsal. Procedeu lui Ion Jianu.**

*Ion Jianu* pentru a feri regiunea ant. a toracelui de cicatrici, creiază noul esofag cu ajutorul unui lambou cutanat luat din regiunea abdominală, și unul de aceeași dimensiune luat din regiunea scapulo-dorsală. Lamboul abdominal va forma jumătatea inferioară a conductului, iar cel scapulo-dorsal va forma jumătatea superioară. Extremitățile acestora se vor sutura după ce lambourile se trec printr'un tunel subcutanat pretoracic creat dinainte, și după ce se face la mijlocul acestui tunel o butonieră îndreptată vertical sau transversal.

Acest procedeu cu toate că necesită precauțiuni de a asigura vitalitatea lambourilor și de a reuși perfect anastomoza între cele 2 conducte, are avantajul că ferește regiunea ant. a toracelui de cicatrici și totodată se evită prin aceasta, sfacerea extremităților libere ale tubului.

### **Esofagoplastia cu ajutorul grefelor libere.**

Este un procedeu care constă în crearea noului esofag cu ajutorul unei auto-grefe libere, luată dintr'o regiune indiferentă a corpului. Aplicarea de grefe libere este o operațiune foarte delicată, iar conductul format cu ajutorul acestora, este foarte greu de utilizat căci trecerea alimentelor și secrețiunea gastrică recurgită, dau naștere la fistule foarte rebele la tratament. Regiunea din care se confecționează lamboul trebuie să fie glabră.

deoarece, prezența perilor în interiorul tubului cutanat poate să producă o jenă în transitul alimentar. Lamboul trebuie să fie subțire, dermo-epidermic, iar dimensiunea lui să fie destul de mare deoarece vine fixat pe un tub care servește drept suport.

### Sucesiunea timpilor operatori în operațiile plastice cu tub cutanat.

În toate aceste procedee de plasticie esofagiană cutanată, indiferent de modul confecționării lamboului creator de conduct, operația se face în următorii timpi:

1. Gastrostomia
2. Crearea tubului cutanat
3. Esofagostomia și sutura superioară și
4. Sutura inferioară.

1. *Gastrostomia* este obligatorie și se execută în modul descris mai sus.

2. *Crearea tubului cutanat.* Unii autori ca: Engelbrecht, Rovsing, Albrecht, etc., încep operația, creând în primul rând tubul cutanat ceea ce permite confecționarea noului esofag cu țesuturi perfect sănătoase și o aseptie absolută în timpul operației. Alți chirurghi ca: Braizew, Charschak, preferă să practice acest timp după esofagostomia cervicală, ceea ce însă expune tegumentele vecine și construcția noului esofag, la iritația și infecția întotdeauna posibilă, în urma scurgerii continue a salivei în această regiune.

3. *Esofagostomia și sutura capătului superior* Este timpul operator care se execută de majoritatea chirurgilor îndată ce tubul cutanat este bine consolidat. Unii, cum este Rovsing, face în aceeași ședință anastomoza între esofag și extremitatea sup. a tubului cutanat. Alții, preferă să aștepte cicatrizarea perfectă a plăgii cervicale, când stomia esofagiană nu mai are tendință la retracție și numai după aceasta trec la suturarea capătului esofagian cu cel cutanat.

4. *Sutura inferioară și gastrostomia.* Este ultimul timp care are de scop realizarea continuității noului conduct alimentar. Unii autori au suturat extremitatea inferioară a tubului cutanat, la vechea fistulă gastrică. Este o tehnică defectuoasă, căci pe lângă că expune ca suturile să nu fie durabile, suprimă totodată avantajii foarte mari ale gastrostomiei. Cea mai bună



metodă, constă în a face o nouă fistulă gastrică, la care se anastomozează extremitatea inferioară a tubului cutanat, fie direct, fie după recomandajia lui Albrecht, intercalându-se între tub și stomac, un tub de cauciuc.

Eficacitatea acestui procedeu de a creia comunicarea între esofag și stomac și ajutorul pielei, este discutată. Unii chirurși, excepționează tubului cutanat, din cauză că este lipsit de mișcări cari să ajute la înaintarea alimentelor în stomac. Alți chirurși, din contra, sunt de părere, că din punct de vedere funcțional esofagul cutanat este chiar superior celui intestinal. Alimentele înghițite și împinse de faringe, ajung în tubul cutanat, de unde înaintază în stomac grație vitezei câștigate, și greutateii lor. Progresiunea alimentelor spre stomac mai poate fi ajutată și de către bolnav, acesta executând un ușor masaj de sus în jos, asupra esofagului. În ceea ce privește pielea interică a canalului cutanat, cercetările lui Müller și ale lui Traian Netta, au arătat că straturile superficiale ale pielei se atrofiază și cu timpul aceasta ia până la un punct, caracterul de mucoasă. După o statistică făcută de I. Jianu reese că dintre 15 cazuri de esofagoplastii cutanate s'au vindecat complet 8 cazuri.

### 3. Esofagoplastia cu tub gastric.

*K. Beck* a fost primul, care în anul 1905 a demonstrat că se poate utiliza stomacul cu scopul de-a face esofagoplastia. Acesta utilizează un tub luat de pe marea curbură a stomacului, care transplanta sub pielea stomacului și anastomozat cu esofagul poate să servească la trecerea alimentelor. Această primă comunicare a lui *Beck* a trecut însă neobservată.

În anul 1911, *Hirsch* recomandă utilizarea unui tub luat de pe fața ant. a stomacului.

La 1912. *Anza Jianu* procedează după tehnica lui *Beck*. Aproape în acelaș timp *Halpern* după o serie de experiențe făcute pe cadavru propune procedeul lui *Beck-Jianu*.

#### Metoda lui Beck-Jianu-Halpern

Principiul acestei metode, constă după cum am văzut în a utiliza marea curbură a stomacului pentru a confecționa un tub cât se poate de lung în scopul esofagoplastiei derivatrice. Ba-

za tubului trebuie să fie situată către fundul stomacului, iar extremitatea lui, cât mai aproape posibil de antrul piloric. Tubul trebuie să aibă o lărgime suficientă pentru ca transitul alimentar să se poată face ușor, iar nutriția acestui tub se face prin artera gastro-epiploică stângă care pătrunde la baza lamboului. Tubul astfel confecționat este ridicat înaintea peretelui toracic și apoi se continuă cu timpii următori ai operației.

### Procedul lui Amza Jianu.

*Technica:* se face laparotomie supraombilicală și se exteriorizează stomacul. Se izolează stomacul de colonul transvers și splină secționându-se ligamentele gastro-colic și gastro-hepatic. Se izolează apoi cu ajutorul a 2 pense curbe, o porțiune din marea curbură a stomacului începând de la fundul organului până la antrul piloric. Pensele se aplică paralel cu marea curbură ele fiind distanțate în raport cu calibrul pe care-l vrem să-l dăm noului conduct. Niciodată nu trebuie aplicate pensele transversal pe stomac, prin faptul că se lezează artera gastro-epiploică stângă și astfel se compromite vascularizația și inervația materialului reparator. Printr'o sutură se închide apoi pe de o parte porțiunea izolată, pentru a constitui tubul, pe de altă parte se suturează restul stomacului, dând cea mai mare importanță unghiului pe care-l face stomacul cu noul canal. Stomacul se fixează la peretele abdominal, ceea ce permite a-l trage mult mai sus. După închiderea laparotomiei, canalul gastric este adus în regiunea pretoracică, fie într'un canal subcutanat preformat, fie într'un pat obținut prin incizia verticală a stomacului. Extremitatea canalului este apoi unită la esofagul cervical fie direct, dacă este posibil, fie cu ajutorul unui tub cutanat.

### Procedul lui Rutkowsky.

*Rutkowsky* preconizează un lambou gastric cu baza însă inferioară, nutrit de artera gastro-epiploică dreaptă. Astfel extremitatea liberă a lamboului provine din fundul stomacului și deci conține un număr mult mai mare de glândes mucoase. Un alt avantaj al acestui procedeu este că unghiul format între conductul artificial și stomac este mult mai puțin accentuat, ceea ce favorizează circulația și deci alimentația tubului. Desavantajul

acestui procedeu constă în faptul că cu toate că tubul creator este destul de lung, o bună parte din lungimea lui nu este utilizată, căci în loc ca tubul să urce imediat pe perețele toracic, trebuie să parcurgă înainte o distanță intra-abdominală.

### Sucesiunea timpilor operatorii în operațiile de plasticie cu tub gastric.

Timpii operatori sunt următorii:

1. Gastrostomia
2. Crearea tubului gastric și suturarea lui
3. Rezecția apendicelui xifoid
4. Aducerea tubului în regiunea pretoracică.

1. *Gastrostomia* se recomandă a se face foarte înalt, pe părțile anterioare ale stomacului pentru a nu împiedeca confecționarea tubului. Îndată ce tubul gastric este constituit e bine să se facă o nouă gastrostomie prin care se va alimenta bolnavul, și astfel se pune în repaos noul tub gastric, permițând o bună cicatrizare a acestuia.

2. *Crearea tubului gastric*, se face mai bine atunci când stomacul este mai mare, din contra, când acesta este retractat canalul nu se poate confecționa pe o distanță mare, iar în aceste cazuri sutura directă între esofag și neo-canal nu poate fi practică. În ceea ce privește lungimea care a putut fi dată tubului gastric, variază după chirurghi. Astfel *I. Jaconu* a creiat un tub de 15 cm., *Röpke* a creiat unul de 22 cm., iar *Lotheissen* unul de 25½ cm.

3. *Rezecția apendicelui xifoid*: a fost recomandată de *Lotheissen* care rezeacă tot odată și rebordul costal. Acest timp operator are importanță mare deoarece rezecția apendicelui xifoid permite ca trecerea tubului din abdomen în tunelul pretoracic să se facă în linie dreaptă și fără compresiune. Prin aceasta se utilizează o lungime mai mare din tub.

4. *Aducerea tubului în regiunea pretoracică*. Tubul este adus și situat sub tegumentul peretelui toracic anterior, preparat fie prin decolare, fie mai bine prin incizie. *Röpke* și *Meyer*, trec tubul într'un plan mai profund, sub marele pectoral.

#### 4. Esofagoplastia prin transpoziția stomacului.

Esté operațiunea preconizată de Kirschner care a realizat esofagoplastia derivatetrică prin transpoziția stomacului sub pielea ant. a toracelui, făcând anastomoza directă între fundul stomacului și esofagul cervical.

##### Tehnica lui Kirschner.

Se face o incizie paralelă și imediat de dedesubtul rebordului costal, sau o incizie mediană. Apoi se mobilizează stomacul, secționându-se la o distanță suficientă pentru a nu leza arterele marginale, următorii pediculi vasculari: art. coronară stomacică, art. gastro-epiploică stângă și vasele scurte, ramuri din splenică. Se secționează apoi stomacul la 4 cm. din cardia. Trunchiul cardiogastric este tras înafara cavității abdominale, întors pe rebordul costal și suturat. Trunchiul cardioesofagian este suturat și fixat de porțiunea femelă a unui buton Murphy. După aceasta, se întoarce în sus colonul transvers și se secționează jejunul la 50 cm. de unghiul duodeno-jejunal. Extremitatea distală este fixată la porțiunea masculină a butonului Murphy și reunit astfel de trunchiul cardioesofagian. Extremitatea proximală este anastomozată în Y. Se trece apoi la tunelizarea spațiului pretoracic, făcându-se aceasta pe o distanță între laparotomie și o incizie cervicală făcută înainte. Prin acest tunel se trage stomacul în sus până la incizia cervicală, cu ajutorul unor fire ce se trec prin perețele gastric. Se închide laparotomia și apoi se trece la descoperirea esofagului și secționându-se cât se poate de jos, se închide bine capătul său inferior. Cel superior se trage înafară și se introduce în stomac făcându-se sutura esofago-gastrică; este unul din timpul delicat al operației. Se face în felul următor: capătul esofagului este fixat lateral la stomac, prin fire posterioare și laterale și apoi se suturează orificiul transversal la o butonieră gastrică. De asupra suturei, se face una alta cu ajutorul firelor întrerupte, părețele stomacului fiind astfel plicaturat longitudinal pe capătul esofagian. Nu trebuie să abandonăm capătul esofogocardiac care trebuie anastomozat întotdeauna cu jejunul. Căci chiar dacă acesta se închide printr'o sutură perfectă totuși poate să expună la o peritonită sau în urma secrețiunii care

să acumulează la acest capăt, să producă uneori o tensiune așa de mare încât să erupă în peritoneu.

*Dezavantajile* acestui procedeu, constau în faptul că în urma supresiunii nervului vag, mucoasa gastrică suferă consecințe de ordin motor secretor sau trofic, ceea ce duce la o predispoziție ulcerativă a mucoasei; fapt care însă nu este admis de Sauerbruch. Se reproșează procedeului lui Kirschner că favorizează mai mult ca toate celelalte, hernia epigastrică, ceea ce însă se poate evita orientând oblic trecerea stomacului prin peretele abdominal.

*Avantajile* esofagoplastiei prin transpoziția presternală a stomacului, sunt următoarele: alimentele urmează calea normală, trecerea prin esofag fiind mult mai scurtă. Afară de aceasta prin acest procedeu suntem dispensați de-a face o gastrostomie înaintea intervenției, bolnavul putându-se nutri pe cale bucală, după câteva zile după operație.

Cel mai mare avantaj al metodei lui Kirschner consistă în faptul că ne dispensează a interpune un tub intermediar între esofagul cervical și stomac.

## 5. Esofagoplastia colică.

*Walliet*, la 1911 a fost primul care a propus construirea noului esofag pretoracic cu ajutorul colonului. Tot la 1911 *Keitung* a fost primul care a executat pe om această intervenție. Iar primul succes cu această metodă se datorește lui *von Haecker* la 1914.

### Procedul lui Walliet.

(Antiperistaltic).

Se secționează colonul transvers la nivelul unghiului hepatic conservând integritatea trunchiului vascular drept (art. și vena colică mijlocie) și se anastomozează extremitatea dreaptă a ansei cu stomacul, în apropierea antrului piloric. Apoi se secționează colonul transvers la nivelul unghiului splenic și mezocolonul dela stânga spre dreapta în așa fel încât să se păstreze trunchiul arterial, pentru nutriția ansei secționate. Apoi se restabilește continuitatea intestinului gros printr'o colo-colostomie. Extremitatea stângă a ansei izolate rămasă liberă se trage în sus în

regiunea cervicală, printr'un tunel subcutanat preforacic, pentru a-l uni cu esofagul cervical.

În acest procedeu ansa colică care formează neoesofagul, este așezată în sens anti-peristaltic, ceea ce însă nu produce nici un inconvenient pentru trecerea alimentelor în stomac.

### Procedul lui Kelling.

(Izoperistaltic).

Acest procedeu se deosebește de cel al lui *Wulliet* prin faptul că ansa exclusă din intestinul gros, pentru crearea noului esofag, este izoperistaltică. Kelling, pentru a conserva sensul peristaltic al ansei o exclude de la dreapta la stânga, conservând pentru nutriția ansei excluse trunchiul vascular stâng. Anastomozează extremitatea sa stângă la stomac. Ansa fiind însă prea scurtă. Kelling a fost nevoit să intercaleze între cele 2 extremități, un tub cutanat. Operația deci constă într'o *esofago-dermato-cologastrostomie*.

## 6. Esofagoplastia mixtă.

Este metoda dermato-intestinală prin care se creiază noul conduit de comunicare, cu ajutorul unei anse intestinale și a unui tub cutanat.

### Technica generală.

Ansa jejunală care va servi drept tub de comunicare între esofagul cervical și stomac poate fi tratată după diferite metode:

1. Ans. jej. exclusă unilateral (op. *Wulstein*).
2. Ans. jej. exclusă unilateral și anastomozată la stomac (op. *Blauel*).
3. Ans. jej. exclusă bilateral (op. *Lever*).

Majoritatea autorilor exclud ansa la o distanță cam de 20—40 cm. de la unghiul duodeno-jejunal. În regulă generală, izolarea ansei jejunale trebuie făcută cu mezenter care se secționează la o distanță oarecare de arcadele vasculare, cât mai aproape de rădăcina lui; ceasta pentru a garanta vitalitatea ansei excluse. În timpul operației, trebuie să se ia măsuri de garanție a circulației

în ansă: în cazul turburărilor de nutriție, ansa se recunoaște prin faptul că ea devine cianotică, iar contracțiunile dispar.

Locul de anastomoză al ansei excluse cu stomacul e bine să se facă cât mai posibil pe fața anterioară a stomacului. Intestinul se facă cât mai posibil pe fața anterioară a stomacului. Intestinul e bine să se treacă prin mezocolonul transvers, în așa fel încât anse așa de lungi ca să se anastomozeze direct cu esofagul, este excepțională, deoarece foarte des extremitatea sa sup. se necrozează. O ansă scurtă are mai multe șanse de vitalitate, însă pentru a realiza esofagoplastia necesită intercalarea unui tub cutanat.

În ceea ce privește aducerea capătului jejunal la suprafață, se poate realiza după următoarele metode: a) se redeschide direct la piele, b) se deschide la piele și se suturază hermetic, la un tub de drenaj, sau c) se deschide tardiv. Acest capăt însă trebuie închis provizoriu, în timpul tuturor manevrelor operatorii pentru a menține asepsia operației; se deschide apoi după 48 de ore sau chiar numai după 2 săptămâni, când cicatrizarea se poate face în bune condiții.

Tubul cutanat intercalat se poate confecționa cu ajutorul unui lambou pretoracic (*Bircher*), cervicosubmaxilar (*Sauerbruch*), abdominal sau scapulo-dorsal (*I. Jianu*). Lărgimea tubului trebuie să permită introducerea degetului mijlociu. Din motive estetice, e bine să se evite lambourile lateral, și inciziunile liberatrice.

Un punct delicat al acestor operațiuni constă în anastomoza segmentului intestinal la tubul cutanat, și acesta la capătul esofagian. Procedeele de tehnică sunt foarte numeroase, fiecare chirurg întrebuintează un procedeu mai mult sau mai puțin personal, fiind inspirat de situația anatomică înaintea căreia se găsește. În general, trebuie să se urmărească o coaptare perfectă între capete pentru a evita fistulele, să se evite stenozele, și să se acopre suprafața sangvinolentă cu lambourile luate din vecinătate.

### Complicațiunile metodelor de esofagoplastii.

În general putem spune că nici o metodă de plastie esofagiană nu este pusă la adăpost de complicațiuni, cari pot apărea în oricare moment în timpul sau după operație.

Lăsând la o parte toate complicațiunile de ordin general al chirurgiei gastro-intestinale cu supurațiunile mediastinale, punctul cel mai slab al esofagoplastiilor derivatrice se găsește la nivelul suturilor diferitelor segmente intercalate. Încă nu posedăm azi mijloace destul de perfecte pentru a evita formarea fistulelor sau desfacerea suturilor. O complicație destul de frecventă este stenoza și rețracția esofagului, complicațiune destul de greu de tratat. De asemenea se pot produce dilatațiunile stricturilor post-operatorii la nivelul noului esofag. O altă complicație constă în prolapsul mucoasei jejunale, ceea ce necesită o nouă intervenție operatorie (op. *Akhausen*).

### Tratamentul fistulelor.

Fistulele mici se închid de obicei spontan. Fistulele secundare nu se pot trata prin suturarea marginilor avivate, din cauza prezenței țesutului scleros. Rezultate bune nu pot da decât plastiile largi luate din vecinătate, a căror suprafață sângerândă se acopere apoi cu grefe derme-epidermice.

*Akhausen* procedează la închiderea fistulei prin următoarea metodă: se face o incizie verticală vecină cu pierderea de substanță, la extremitățile căreia să fac alte 2 incizii transversale. Se disecă lamboul format, iar buza externă al acestuia se suturează la un lambou cutanat tăiat de pe braț, cu pedicul intern (după metoda italiană). După transplantația materialului brachial, se excizează marginile fistulei. La marginea exciziei este suturat primul lambou întors în așa fel ca fața epidermică să se opoie pierderii de substanță. Suprafața externă se acopere cu suprafața sângerândă a lamboului brachial.

Un alt procedeu a lui *Akhausen*, consistă în a confecționa 2 lambouri cutanate, unul superior, altul inferior cu care se acopere pierderea de substanță.



## Rezultate.

Rezultatul tratamentului obținut în Clinica chirurgicală din Cluj, începând din anul 1919 până în prezent.

Etatea	Sexul		T r a t a m e n t										
			Sondaje		Sondaje și gastrostomie		Gastrost. cu tir fără sfârșit		Gastrostomie G. E.		Plastii		
			F.	B.	V.	S.	V.	S.	V.	S.	V.	S.	
0—10	1	1	1		1								
11—20	19	3	7		8	5	2						
21—30	19	3	7		5	4	3		1		2	1	
31—40	4	1	2			3							
41—50		2	1						1				
51—60						1							
Total	44	10	18		14	13	5		1	1	2	1	

După cum reese din tabloul de mai sus în decurs de 14  $\frac{1}{2}$  ani, s'au prezentat la clinica chirurgicală din Cluj, un număr de 54 bolnavi ce prezentau stricturi cicatriciale ale esofagului. De remarcat este preponderanța sexului feminin, căci dintre cei 54 bolnavi, 44 au fost femei, iar 10 bărbați. Majoritatea dintre aceștia, au avut o vârstă între 15—30 ani.

Stricturile s'au produs la toți în urma ingestiei de sodă caustică, afară de un singur caz unde cauza a fost ingestia de acid acetic conc. Majoritatea bolnavilor și mai cu seamă femeile, au ingerat această substanță cu scop de sinucidere, astfel în aceste cazuri, concentrația causticului a fost destul de mare. În ce privește sediul stricturii se observă că se găsește mai frecvent în dreptul bifurcației tracheale, adică la nivelul celei de a 2-a strămtori anatomice a esofagului.

Dintre acești 54 bolnavi stricturați, 18 au fost tratați numai printr'un tratament conservator de sondaj simplu; rezultatul fiind satisfăcător, de oarece majoritatea dintre bolnavi, dacă nu au fost complect vindecați, au părăsit clinica mult ameliorați, iar alimentația fiind asigurată prin dilatațiunile obținute. Tot din acești 54 bolnavi, 26 au fost tratați prin sondaj și operați.

cu gastrostomie. Dintre aceștia, 14 s'au vindecat, iar 12 au sucombat. După cum vedem, mortalitatea este mare, și aceasta din motivul că toți acești bolnavi s'au prezentat în clinică târziu după accident, (de la câteva luni — câțiva ani) fiind într'o stare de inanție avansată, iar leziunile cicatriciale ale esofagului nu au cedat la tratamentul dilatator. Cauza morții, în 5 cazuri a fost inanția avansată, în 3 cazuri mediastinita, în 2, complicația cu tbc. (pulmonară și meningită) și în 2 cazuri, peritonită.

Gastrostomia cu fir fără sfârșit a fost aplicată în 5 cazuri cu rezultate foarte bune, obținându-se în fiecare caz o permeabilitate a esofagului pentru sonde până la N-rul 24.

În 2 cazuri strictura esofagiană a fost asociată de o stenoză totală a pilorului. Stomacul a fost în ambele cazuri enorm de dilatat ajungând până de desubtul creștelor iliace, iar bolnavii au fost într'o stare de inanție foarte avansată. În ambele cazuri, s'a făcut pe lângă o gastrostomie și o G. E. Într'un caz G. E. A. cu anastomoză Braun și odată cu G. E. P. transmezocolică, una dintre bolnave s'a refăcut foarte repede putându-se alimenta imediat, cealaltă a sucombat din cauza unei peritonite; sutura anastomozei a fost intactă.

În 3 cazuri a fost aplicat procedeul de: „dermato-esofagoplastie“ făcându-se o plastie ante-toracală. Dintre aceștia, unul a sucombat în urma aroziunii prin tubul de cauciuc al arterei carotidiene.

*În ce privește rezultatele diferitelor operațiuni de plastie esofagiană, după statisticile străine, avem următoarele date:*

#### *Esofagoplastia jejunală:*

Tuffier a executat-o în 5 cazuri, dintre cari 2 sucombă în primele zile după operație; 2 refuză a li se face al II-lea timp operator, iar la 1 nu reușește sutura capătului sup. al esofagului. *Lambotte*, a executat în 12 cazuri (de Cc. esofagian) operația lui *Roux*: în 3 cazuri a executat această tehnică într'un singur timp, iar toți 3 bolnavii au sucombat în primele zile după operație. În 6 cazuri a făcut operația în II timpi, dintre cari la una, operația a avut succes, iar restul au sucombat. În 3 cazuri, nutriția fiind insuficientă, a executat o gastrostomie Tavel.

*Esofagoplastia cutanată:*

Sénéque, într'o comunicare a sa (din anul 1928), spune că a avut 12 succese executând această metodă. Dintr'o statistică făcută de I. Jianu, reiese că din 15 cazuri de esofagoplastii cutanate, 8 cazuri s'au vindecat complet, 6 cazuri nu le-a terminat, iar 1 a sucombat.

*Esofagoplastia cu lambou gastric:*

Dă o mortalitate destul de ridicată. Se citează 14 cazuri de morți: dintre aceștia, 6 (descrise de Meyer, Röpke, Nicolaysen) au sucombat în urma cancerului, 1 caz (Lotheissen) sucombă după 2 ani dela intervenție, în tuberculoză, 6 cazuri (Hesse) de pneumonie, peritonită din cauza necrozei ansei, septicemie și broncho-pneumonie, iar 1 caz (Jianu) de abces subfrenic.

*Esofagoplastia prin transpoziția stomacului:*

Dintre 7 cazuri operate după tehnica lui Kirschner (de cătră Kirschner, Kümmel, Ritter, Nicolaysen) 5 au dat rezultate bune, iar 2 cazuri au sucombat, 1 după 6 luni făcând o fistulă broncho-esofagiană, iar ceilalți după câteva zile în urma inaniției.

Celelalte procedee au dat o mortalitate foarte ridicată.

*Esofagoplastia colică:*

Dintre 7 cazuri operate (de Lottheisen, Roith, von Hacher, Sternberg și Fomio) unul singur a fost mortal (Lotheissen) 6 cazuri s'au vindecat după un interval, dela 5 luni — 1 $\frac{1}{2}$  an — 12 ani. Din aceste cifre putem să concludem că esofagoplastia pretoracică făcută cu ajutorul colonului, prezintă o bună metodă de tratament în stricturnle esofagiene.

*Esofagoplastii mixte:*

Statistica lui Lotheissen (1921) conține pentru stenozele esofagiene 25 cazuri reușite și 34 cazuri neterminate.

Statistica lui Sénéque conține 24 cazuri reușite, dintre cari 10 vindecări prin metoda Blauel.

Statistica făcută de *I. Jianu* arată că dintre 85 cazuri, 67 au fost complect vindecate având un neoesofag perfect ca funcțiune. Dintre acestea s'au executat:

12 cazuri tip *Wullstein*,

7 cazuri tip *Blauel*,

39 cazuri tip *Lexer*,

9 cazuri fără specificarea tehnicei.

Aceste cazuri au fost revăzute și controlate la un interval mai scurt sau mai lung dela operație. In ceiace privește durata acestei metode, tot după statisticele făcute, reese că variază între 6--10 luni.

Dintre 18 cazuri la care operațiunea nu a putut fi terminată, 12 au murit în urma actului chirurgical.

Din cele de mai sus reese că tehnica cea mai simplă și mai puțin periculoasă, utilizată în ultimii ani, este dermato-esofagoplastia. Intr'un rând cu acest procedeu, ca egal de puțin periculoasă este coloplastia. Jejuno-plastia, cere condițiuni complicate, și dă o mortalitate simțitor de ridicată. Plastiile gastrice constituie operațiuni astfel de complicate, încât ele nu trebuiesc indicate decât în cazuri excepționale.

## Tabloul sinoptic al cazurilor de stricturi esofagiene de origine caustică tratate în Clinica

Dlui Prof. Iacobovici începând din anul 1919.

1. M. B., femeie de 18 ani, a intrat în clinică în 3. XII. 1919. Cauza stricturei: ingestia de sodă caustică, nu se cunoaște timpul care a trecut dela accident. Sediul stricturei situat la 26 cm. distanță dela arcada dentară. Se face tratament conservator prin sondaj (sonda No. 11). Părăsește clinica ameliorată.

2. N. M., bărbat 24 ani, a intrat în clinică în 12. IX. 1920. Cauza stricturei: ingestia de sodă caustică. Să prezintă la 15 luni după accident. Sediul stricturei: în dreptul bifurcației traheei. Urmează tratament conservator (sondaj). Pleacă ameliorat.

3. E. P., femeie 20 ani, a intrat în clinică în 25. VIII. 1920. Cauza stricturei: sodă caustică. Se prezintă la Clinică la 3 luni după accident. Strictura situată la 20—22 cm. dela arcada dentară. Se face tratament conservator (sondaj). Părăsește clinica Statu quo.

4. F. B., femeie 19 ani, a intrat în clinică în 22. VII. 1920. Cauza stricturei: sodă caustică. Vine în clinică la 2 luni după accident. Se face tratament prin sondaj (sonda No. 21). Părăsește clinica vindecată.

5. E. L., femeie 21 ani, cauza stricturei: sodă caustică. Vine în clinică la 3½ luni după ingestie. Sediul stricturei la 27 cm. dela arcada dentară. Se face tratament conservator prin sondaj (No. 16). Părăsește clinica ameliorată.

6. A. N., femeie 25 ani. Cauza stricturei: sodă caustică. Timpul trecut dela accident e de 4 luni. Sediul stricturei: în dreptul furculiței sternale. Se face tratament cu sondaj (No. 18). Starea locală se agravează. Se transmite la Sanator.

7. M. B., femeie 18 ani, a intrat în clinică la 1. I. 1920. Cauza stricturei sodă caustică. Se prezintă la 2 luni după accident. Sediul stricturei: la 26 cm. dela arcada dentară. Se face tratament prin sondaj și apoi gastrostomie. Pleacă ameliorată.

8. A. I., femeie 20 ani, a intrat în clinică la 28. V. 1920. Cauza stricturei: sodă caustică. Vine la o lună după accident. Se face tratament conservator prin sondaj, iar după 2 săptămâni trat. operator: gastrostomie. A sucombat.

9. M. K., femeie 22 ani, a intrat în clinică la 26. II. 1921. Cauza stricturei: sodă caustică. Vine după 2 ani dela accident. Sediul

stricturei: 15 cm. dela arcada dentară. Se face trat. dilatator prin sondaj. Părăsește clinica ameliorată.

10. G. V., bărbat 24 ani, a intrat în clinică la 1. XII. 1921. Cauza stricturei: sodă caustică. Vine la 4 luni dela accident. Se face gastrostomie (proc. Amza Jianu) a sucombat.

11. I. M., femeie 20 ani, cauza stricturei: sodă caustică. Se prezintă la 6 luni după accident. Se face trat. prin sondaj. Ameliorată.

12. F. H., femeie 15 ani, a intrat în clinică la 24. IX. 1922. Cauza stricturei: sodă caustică. Vine în clinică la 6 luni după tratament. Sediul stricturei: la nivelul bifurcației tracheale. Se face tratament conservator; sondaj (No. 7). Rezultat: ameliorată.

13. E. P., femeie 21 ani, a intrat în clinică 28. VI. 1922. Cauza stricturei: sodă caustică. Se prezintă la 2 ani după accident. Stric-tura situată la 22 cm. de arcada dentară. Se face trat. prin sondaj, apoi gastrostomia (Depage). Părăsește clinica ameliorată.

14. P. R., femeie 21 ani, a intrat în clinică la 1 X. 1923. Cauza stricturei: ingestia de sodă caustică. Vine la 6 luni după accident. Se face trat. conservator (sondaj timp de 1½ ani). În urma unui sondaj forțat se produce perforația esofagului. Se operează de gastrostomie. A sucombat.

15. I. N., femeie 23 ani, a intrat în clinică la 1. X. 1923. Cauza stricturei: acid acetic. Vine la 2 luni după accident. Se face trat. cons. (sondaj timp de 4 săptămâni). Apoi gastrostomie. A sucombat.

16. K. V., copil (băiat) 3 ani, cauza stricturei: sodă caustică. A intrat în clinică la 17. VII. 1923. Vine după 1½ an dela accident. Se face gastrostomie. Părăsește clinica vindecat.

17. V. I., femeie 20 ani, a intrat în clinică 18. VIII. 1923. Cauza stricturei: sodă caustică. Se prezintă la 4 luni după accident. Stric-tura situată în dreptul celei de-a 2-a vert. dors. Se face sondaj (No. 5). Operație de gastrostomie. Părăsește clinica ameliorată.

18. K. G., bărbat 16 ani, a intrat în clinică în 4. XII. 1923. Cauza stricturei: ingestia de sodă caustică. Vine în clinică la 10 luni după accident. Stricturea situată în dreptul furculiței sternale. Se face op. de gastrostomie (Witzel). Pleacă ameliorat. Revine peste 3 luni când se face operația de excizie a fistulei și sutura stomacului și a părăsetelui abdominal. Ameliorat.

19. E. M., femeie 18 ani, a intrat în clinică în 24. V. 1924. Cauza stricturei: ingestia de sodă caustică. Se prezintă la 7 luni după accident. Se face op. de gastrostomie (Witzel). Părăsește clinica ameliorată.

20. T. I., femeie 19 ani, cauza stricturei: sodă caustică. Vine după trei ani. Prezintă strictură completă a esofagului. Se face op. de gastrostomie (Kader) a sucombat.

21. R. B., femeie 18 ani, a intrat în clinică în 6. VIII. 1924. Cauza stricturei: ingestie de sodă caustică. Vine la 5 săptămâni dela accident. Esofagul complet stricturat. Se face op. gastrostomie. A sucombat.

22. R. I., femeie 24 ani, a intrat în clinică în 16. VIII. 1924. Cauza

stricturei: sodă caustică. Vine la 6 săptămâni după accident. Se face gastrostomie. Părăsește clinica ameliorată.

23. A. S., femeie 19 ani, a intrat în clinică în 5. II. 1925. Cauza stricturei: sodă caustică. Vine la 3 săptămâni dela accident. Structura situată la 16 cm. dela arcada dentară. Se face trat. cons. dilatator timp de 8 luni fără rezultat. Se op. de gastrostomie (Kader). Pleacă ameliorată. S'a revăzut după 2 ani: vindecată.

24. E. M., femeie 18 ani, a intrat în clinică în 24. V. 1925. Cauza stricturei: sodă caustică. Vine la 7 luni după accident. Se face op. de gastrostomie (Witzel). Părăsește clinica vindecată.

25. F. H., femeie 18 ani, a intrat în clinică 1. I. 1925. Cauza stricturei: sodă caustică. Vine la 4 luni după accident. Sediul stricturei: la nivelul bifurcației tracheei. Se face op. gastrostomie (Witzel), apoi peste 8 luni din nou gastrostomie (Kader). A sucombat.

26. M. N., bărbat 31 ani, a intrat în clinică în 13. IV. 1925. Cauza stricturei: sodă caustică. Vine la 6 săptămâni dela accident. Se face sondaj (fără rezultat), apoi gastrostomie (Kader). A sucombat.

27. A. S., femeie 19 ani, a intrat în clinică în 13. X. 1925. Cauza stricturei: sodă caustică. Vine la 19 zile după accident. Se face trat. cons. prin sondaj. Părăsește clinica ameliorată.

28. F. A., femeie 21 ani, intră în clinică la 12. X. 1926. Cauza stricturei: sodă caustică. Vine la 6 luni după tratament. Se face sondaj și pleacă ameliorată.

29. V. S., bărbat 18 ani, a intrat în clinică în 28. IX. 1926. Cauza stricturei: sodă caustică. Se prezintă la 3 luni dela accident. Se face trat. cons. dilatator. Părăsește clinica statu quo.

30. B. M., femeie 34 ani, a intrat în clinică în 26. X. 1926. Cauza stricturei: ingestia de sodă caustică. Vine la 5 luni după accident. Structura localizată la 17 cm. dela arcada dentară. Se face trat. cons. Părăsește clinica statu quo.

31. M. G., bărbat 17 ani, a intrat în clinică în 16. XII. 1927. Cauza stricturei: sodă caustică. Se prezintă la 8 luni după accident. Se face gastrostomie (Kader). A sucombat (meningită tbc.)

32. S. I., femeie 21 ani, a intrat în clinică în 21. XI. 1927. Cauza stricturei: sodă caustică. Vine la 1 lună după accident. Structura localizată la nivelul bifurcației tracheale. Se face trat. cons. sond. No. 7). Părăsește clinica ameliorată.

33. M. B., copil (fată) de 2½ ani, a intrat în clinică în 4. IX. 1927. Cauza stricturei: sodă caustică. Vine la 3 luni după accident. Sediul stricturei: la bifurcația tracheei. Se face trat. cons. prin sondaj. Părăsește clinica ameliorată.

34. K. S., femeie 29 ani, a intrat în clinică în 19. VIII. 1927. Cauza stricturei ingestia de sodă caustică. Vine la 14. luni după accident. Se face trat. cons. sondaj (fără rezultat). Peste 2 ani se operează de gastrostomie. Pleacă ameliorată.

35. M. O., femeie 36 ani, a intrat în clinică în 29. VIII. 1927. Cauza stricturei: sodă caustică. Vine la 7 luni după accident. Se face trat. op. gastrostomie (Kader). A sucombat.

36. F. N., femeie 26 ani, a intrat în clinică 19. IV. 1927. Cauza stricturii: sodă caustică. Vine la 16 luni după accident. Strictura localizată la bifurcația tracheală. Se face trat. cons. prin sondaj, apoi gastrostomie (Kader). Părăsește clinica ameliorată.

37. T. A., femeie 29 ani, a intrat în clinică în 8. III. 1928. Cauza stricturii: sodă caustică amestecată cu spirt de oțet. Vine la 3 ani după accident. Strictura localizată la 25 cm. de la arcada dent. Se face sondaj (No. 10) timp de 7 luni. Pleacă ameliorată.

38. K. I., femeie 52 ani, a intrat în clinică în 14. II. 1928. Cauza stricturii sodă caustică. Vine la 5 săptămâni după accident. Strictura situată la 25 cm. de arcada dent. Se face gastrostomie (Kader). A sucombat.

39. M. L., bărbat 24 ani, a intrat în clinică în 7. VI. 1928. Cauza stricturii: sodă caustică. Se prezintă la 2 luni după accident. Strictura fiind localizată în dreptul furculiței sternale. Se face gastrostomie (Witzel). Părăsește clinica ameliorat.

40. F. M., femeie 32 ani, a intrat în clinică în 25. XI. 1929. Cauza stricturii: inhestia de sodă caustică. Vine la 2 ani după accident. Se face sondaj (fără rezultat) apoi operație gastrostomie. După 12 ani revine, i se face gastrostomie (Witzel). A sucombat.

41. T. L., femeie 18 ani, a intrat în clinică în 13. II. 1930. Cauza stricturii: sodă caustică. Vine la 2½ luni după accident. Strictura localizată la 15 cm. de la arcada dentară. Se face sondaj (No. 14). Părăsește clinica pe cale de vindecare.

42. H. E., femeie 20 ani, a intrat în clinică în 19. VI. 1930. Cauza stricturii: sodă caustică. Se prezintă la 5 luni după accident. Se face trat. prin sondaj. Pleacă ameliorată.

43. S. C., femeie 25 ani, a intrat în clinică în 4. XII. 1931. Cauza stricturii: sodă caustică. Vine după 8 luni de la accident. Strictura localizată la 25 cm. de arcada dentară. Se face sondaj, apoi gastrostomie (Kader) și sondaj retrograd cu fir fără sfârșit. A sucombat (peritonită).

44. K. E., femeie 22 ani, a intrat în clinică în 23. XI. 1931. Cauza stricturii: sodă caustică. Vine la 9 luni după accident. Se face sondaj, apoi op. de gastrostomie (Witzel) și G. E. P. Pleacă ameliorată.

45. S. Z., femeie 17 ani, a intrat în clinică în 10. XII. 1931. Cauza stricturii sodă caustică. Vine la 10 luni după accident. Strictura situată la bifurcația tracheei. Se face trat. prin sondaj apoi gastrostomie (Kader). Părăsește clinica ameliorată.

46. P. E., femeie 16 ani, a intrat în clinică în 10. XI. 1931. Cauza stricturii: sodă caustică. Se prezintă la 9 luni după accident. Se face gastrostomie (Witzel) și sondaj cu fir fără sfârșit. Părăsește clinica ameliorată.

47. O. A., femeie 15 ani, intrat în clinică la 3 17. XI. 1932. Cauza stricturii: sodă caustică. Se prezintă la 3 luni după accident. Strictura situată la 20 cm. de arcada dentară. Se face trat. cons. prin sondaj (No. 9) apoi op. de gastrostomie (Witzel). S'a vindecat.



48 S. V., bărbat 50 de ani, a intrat în clinică în 20. XII. 1932. Cauza stricturei: sodă caustică. Vine la 2 luni după accident. Se face trat. cons. prin sondaj (No. 9), apoi G. E. P. Braun și gastrostomie (Witzel). A sucombat.

49. K. I., bărbat 43 de ani, a intrat în clinică în 3. II. 1933. Cauza stricturei: sodă caustică. Vine la 1 an după accident. Se face sondaj. Părăsește clinica ameliorat.

50. C. P., femeie de 29 ani, a intrat în clinică în 7. II. 1933. Cauza stricturei: ingestia de sodă caustică. Vine la 2 luni după accident. Strictura situată dela zmanubriul sternal-cardia. Tratatment: op. G. E. P. și gastrostomie (Kader). Se află în clinică sub tratament.

51. R. M. femeie 19 ani, a intrat în clinică în 15. II. 1933. Cauza stricturei: sodă caustică. Se prezintă la 1 an după accident. Sediul strictudei: la 2 cm. de asupra sternului. Se face sondaj (fără rezultat. Apoi gastrostomie (Kocher și introducerea firului fără sfârșit. Se află în tratament.

52. S. V., femeie 33 ani, a intrat în clinică în 5. II. 1933. Cauza stricturei: sodă caustică, vine la 2 luni după accident. Strictura situată în dreptul marginii sup. a sternului. Se face trat. cons. sondaj (sonda No. 14). Se află în tratament.

53. A. A., femeie 28 ani, a intrat în clinică la 1. V. 1933. Cauza stricturei: sodă caustică. Vine după 14 luni dela accident. Se face trat. cons. sondaj (No. 16), apoi gastrostomia și introducerea firului fără sfârșit. Se află în tratament.

54. J. M., femeie 18 ani, a intrat în clinică în 3. V. 1933. Cauza stricturei: sodă caustică. Se prezintă la o lună după accident. Se face sondaj (No. 13). Urmează să i se facă gastrostomia și dilatațiunea retrogradă.

## Observațiuni.

1. *T. Lucreția* de 18 ani, necăsătorită, casnică, românecă din Hateg. Intră în serviciul Clinicei chirurgicale în 13. II. 1930. În antecedentele heredo-colaterale: nimic important. În antecedente pers.: la vârsta de 9 ani a suferit de pneumonie. Neagă boli infecto-contagioase. Boala actuală datează de 3 luni când bolnava în scop de sinucidere a ingerat o cantitate (60 gr.) sodă caustică dizolvată într'un pahar cu apă. Imediat după ingestie a fost transportată la spitalul din Deva, unde este tratată în consecință (nu i se face sondaj). Bolnava prezintă dureri vii în regiunea presternală și mai cu seamă în timpul deglutiției alimentelor semi-solide. Alimentația devine din ce în ce mai grea, bolnava neputând înghiți cu timpul decât lichide. Din acest motiv pierde foarte mult din greutate și cu aceste simptome vine la clinică. La examenul local, prin inspecția gâtului nu se observă nimic deosebit. La palparea de asupra furculței sternale bolnava nu acuză dureri. La înghițirea lichidelor bolnava simte pușoare dureri dealungul esofagului. La înghițirea alimentelor solide, durerile sunt mult mai pronunțate și alimentele sunt vărsate imediat după înghițire. Se face explorarea esofagului prin cateterism explozător și se constată că strictura este localizată cam la 25 cm. de la arcada dentară. Bolnava este supusă la un trat. cons. dilatator timp de 6 săptămâni. I se face zilnic dilatațiuni progresive. S'a început cu sonda Nr. 6 și s'a ajuns la Nr. 16. Bolnava părăsește clinica mult ameliorată, nu mai prezintă dureri putându-se alimenta mai ușor, pasajul alimentelor semi-solide făcându-se ușor.

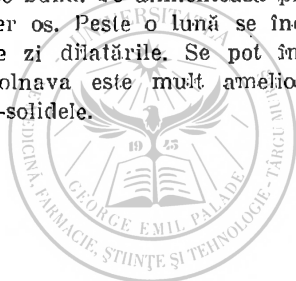
2. *R. Margareta*, 19 ani, necăsătorită, casnică, evreică din Turda. Intră în serv. Clinicei la 15. II. 1933, fiind transportată de la Clinica O. R. L. În antec. heredo-colaterale: nimic deosebit. Antec. pers.: a suferit de scarlatină la vârsta de 7 ani. Boala actuală datează de 1 an când bolnava din greșală a băut o soluție de sodă caustică (câteva înghițături). Bolnava a simțit o durere foarte vie în regiunea presternală, și fiind chemat un medic, acesta îi face imediat o spălătură gastrică. Timp de 3 zile după accident bolnava nu a putut ingera, absolut nimic, având dureri foarte mari. După 3 zile începe să înghită lichidele, alimentându-se astfel timp de 3 săptămâni, când începe să ingereze și picături și chiar alimente mai consistente. După 3 luni după accident, i s'a făcut bolnavei sondaj, începându-se cu sonda Nr. 6 și ajungând până la sonda Nr. 15. Din luna Sept. 1932 starea lo-

cală a bolnavei începe să se agraveze; bolnava începe din nou a nu mai putea înghiți decât lichide. I se face (la Turda) un examen radiologic al esofagului, și se constată că prezintă un mic diverticul. Porțiunea stricturată are un traiect filiform și coboară bolnava vine la Cluj și intră în serviciul Clinicii O. R. L., se încearcă aici a i se face sondaj, nu se reușește însă, cu tot tratamentul antispasmodic. Din cauza aceasta este transmisă la Clinica Chirurgicală pentru a i se face gastrostomia și apoi prin ajutorul firului fără sfârșit, dilatația retrogradă. La examenul radiografic al esofagului, se constată o strictură care începe la 2 cm. deasupra sternului. La acest nivel se mai constată un mic diverticul. Porțiunea stricturată are un traiect filiform și coboară până aproape de cardia. În ziua de 16. II. 1933 i se face op. de gastrostomie (Kader) introducându-se firul fără sfârșit. Starea bolnavei este bună după operație. Începe să se alimenteze per os, iar după un scurt timp se încep dilatațiile retrograde începându-se cu sonda Nr. 13 și ajungând până la Nr. 16. Starea generală a bolnavei este bună. Actual bolnava este încă în clinică și i se fac dilatări zilnice.

2. A. Ana, 28 ani, căsătorită, casnică, româncă din Cluj. Intră în clinică la 1. V. 1933. În antec. heredo-colaterale și pers.: nu prezintă nimic deosebit. Boala actuală datează din 28. II. 1932 (adecă de 1 an și 3 luni) când bolnava a ingerat o cantitate cam de 15 gr. sodă caustică dizolvată într-un pahar cu apă, aceasta în scop de sinucidere. A simțit imediat după ingestie o durere violentă în reg. preloratică, pierzându-și cunoștința timp de 3 ore. După ce și-a revenit, bolnavei i-a fost imposibil să se alimenteze timp de câteva zile, având dureri foarte mari și vărsături sangvinolente amestecate cu membrane. Vărsăturile nu conțineau acid clorhidric. După câțva timp începe să înghită lichide și pireuri apoi chiar alim. mai consistente. Aceasta, însă nu pentru multă vreme, căci bolnava observă că înghite din ce în ce mai greu și din cauza că slăbește considerabil intră, în clinica O. R. L., unde i se face un tratament conservator prin sondaje timp de o lună. Se ajunge la sonda Nr. 16. Totuși bolnava prezenta zile când nu i se putea introduce decât sonda filiformă, din cauza spasmului care nu ceda nici după trat. antispasmodic. Din acest motiv bolnava slăbește mult și astfel se face op. de gastrostomie. Bolnava este alimentată prin fistula gastrică, începe să-și recâștige din greutate iar spasmul a cedat mult. Să transmită clinicii chirurgicale unde i se introduce firul fără sfârșit și astfel i se fac dilatări retrograde zilnic. Bolnava este foarte mult ameliorată putându-se alimenta chiar cu alimente solide.

4. C. Paula, 29 ani, bucătăreasă, germană din Deva. Intră în clinică la 7. II. 1933. În antec. heredo-colaterale și personale: nu prezintă nimic deosebit. Boala actuală datează de 3 luni când bolnava în urma unei tentative de sinucidere a băut o cantitate de 100 cmc. de apă în care a dizolvat la saturație cristale de sodă caus-

tică. Imediat după ingestie, și-a pierdut conștiința, având dureri foarte vii în regiunea presternală. Bolnava a fost transportată la Clinica Medicală unde a rămas timp de 4 săptămâni. În acest timp i s'a făcut 2 sondaje. La eșirea din clinică, bolnava putea înghiți lichidele. Peste o săptămână însă, bolnava nu mai poate ingera substanțe solide, alimentația devine dureroasă, iar starea ei generală se agravează, pierzând din greutate 12 kgr. Un doctor din Deva îi indică intervenția chirurgicală, din care motiv vine la clinică. La examenul radiologic făcut în 10. II. 1933, se constată că esofagul prezintă o stricțură care începe la nivelul strâmțorii aortice și se întinde până la cardia, având un traiect filiform. Stomacul este hipotonic și plozat. Evacuarea stomacului se face cu întârziere. Bolnava prezintă și stenoză pilorică. În 10. II. 1933 i se face op. de G. E. P. și gastrostomie (Kader). Sonda de gastrostomie se introduce în ansa eferentă din anastomoză. După op. starea generală a bolnavei este bună. Se alimentează prin sondă, apoi după câțva timp să alim. per os. Peste o lună se începe sondajul direct, repetându-se în fiecare zi dilatării. Se pot introduce sondele Nr. 19—20 și chiar 22. Bolnava este mult ameliorată putând înghiți bine lichidele și semi-solidele.



## Concluzii.

1. Marea majoritatea stricturilor esofagiene cicatriciale observate la noi sunt cauzate prin ingestia de sodă caustică.

2. Sediul acestor stricturi se găsește în majoritatea cazurilor în dreptul bifurcației tracheale, acestea având o formă de obicei tubulară.

3. Sediul stricturii se poate pune în evidență prin palpate cu ajutorul unei sonde, iar forma și întinderea ei, aproape exclusiv cu ajutorul examenului radiologic și esofagoscopic.

4. Rezultatul terapeutic este în funcție de vechimea cicatricii, adică cu cât tratamentul se instituie mai apropiat de accident, cu atât dilatațiunile dau rezultate mai bune.

5. În cazul stricturilor fibroase renitente, permeabilitatea esofagului în majoritatea cazurilor nu se poate asigura decât prin sondaj cu „fir fără sfârșit“.

6. Dintre procedeele operatorii de crearea unui nou esofag prin plastic, cele mai bune rezultate se obțin prin plastiile mixte-dermato-intestinale. Urmează apoi plastiile colice.

7. Prognosticul stricturilor esofagiene este grav, aceasta datorită pe de o parte complicațiilor, iar pe de altă parte, fazei avansate de inanție în care se prezintă bolnavii.

8. Mortalitatea generală în cazurile noastre atinge cifra de 28%.

Văzută și bună de imprimat

Președintele tezei

Decanul Facultății

**Prof. Dr. I. Iacobovici**

**Prof. Dr. Gh. Martinescu**

## Bibliografie.

- Belinoff*: (Direct. Clinicei O. R. L. din Sofia). L'osefagite corrosive aigue d'après les données de la Clinique. Revue de O. R. L.
- Bircher*: Zum Oesphagus Chirurgie. Din: „Neuviem congres dela Société International de Chirurgie, Madrid 1932“. Vol. I.
- Jean Guisez*: Diagnostic et traitement des Rétrécissements de l'oesophage.
- S. Gunt*: Geschichte der Chirurgie und ihrer Ausübung. Vol. III. Berlin, 1898.
- V. V. Hacker*: Stricturen des Oesophagus.
- Helfreich Friedrich*: „Geschichte der Chirurgie“ in Handbuch der Medizin, de Puschmann. Vol. III, Jena 1903.
- Hochenegg*: Strikturen und Ektasien der Speiseröhre. Din Lehrbuch der Speziellen Chirurgie. de Prof. Hochenegg.
- J. Jianu*: Oesofagoplastie dérivative prétoracique dans les sténoses cicatricielles de l'oesophage. Din: „Neuviem congres dela Société Internationale de Chirurgie. Madrid 1932. Vol. I
- Gustavo Lusena*: La Chirurgia dell'oesophago. Din: „Neuviem congres de la Société Internationale de Chirurgie. Madrid 1932.
- Dr. Fr. Pirée*: Considerațiuni la statistica și prognosticul stenozelor esof. produse prin intoxicații cu sodă caustică. Clujul Medical.
- H. Schmerz*: Die Chirurgie der Speiseröhre. Din: Die Chirurgie Vol IV. 1928.
- H. Zaaijer*: (Holland) On Surgery of the oesophagus. Din: „Neuviem congres de la Société Internationale de Chirurgie. Madrid 1932“ Vol. I.