

STENOZELE ESOFAGIENE POSTCAUSTICE



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 12 NOV. 1937

OANA IACOB

medic intern la Salvarea
medic auxiliar (preparator extrabugetar)
la Clinica Psihiatrică



CLUJ
TIPOGRAFIA „CARTEA ROMÂNEASCĂ”
1937

STENOZELE ESOFAGIENE POSTCAUSTICE

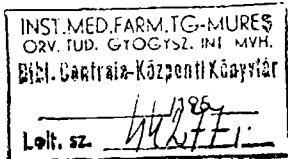
TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 12 NOV. 1937

OANA IACOB

medic intern la Salvarea
medic auxiliar (preparator extrabugetar)
la Clinica Psihiatrică



23 MAY 2005



UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan : Prof. Dr. D. MICHAİL

Profesori :

Clinica stomatologică	Prof. Dr. ALEMAN I.
Microbiologia	” ” BARONI V.
Fiziologia umană	” ” BENETATO GR.
Istoria Medicinii	” ” BOLOGA V.
Patologia generală și experimentală	” ” BOTEZ A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	” ” BUZOIANU GH.
Istologia și embriologia umană	” ” DRĂGOIU I.
Semiologie medicală	” ” GOIA I.
Clinica ginecologică și obstetricală	” ” GRIGORIU C.
Clinica medicală	” ” HAȚIEGANU I.
Medicina legală	” ” KERNBACH M.
Chimia biologică	” ” MANTA I.
Clinica oftalmologică	” ” MICHAİL D.
Clinica neurologică	” ” MINEA I.
Igiena și igiena socială	” ” MOLDOVAN I.
Radiologia medicală	” ” NEGRU D.
Anatomia descriptivă și topografică	” ” PAPILIAN V.
Clinica chirurgicală } Medicină operatoare }	” ” POP A.
Clinica Infantilă	” ” POPOVICI GH.
Farmacologia și farmacognozia (supl.)	” ” POPOVICI GH.
Chimia medicală	” ” SECĂREANU ȘT.
Balneologia	” ” STURZA M.
Clinica dermato-venerică	” ” TĂTARU C.
Clinica urologică	” ” ȚEPOSU E.
Clinica psihiatrică	” ” ȚRECHIA C.
Anatomia patologică	” ” VASILIU T.

JURIUL DE PROMOȚIE :

Președinte : Prof. Dr. G. BUZOIANU

Membrii : { ” ” ” I. HAȚIEGANU
 ” ” ” T. VASILIU
 ” ” ” AL. POP
 ” ” ” I. ALEMAN

Supleant : D-l Doc. Dr. TR. POPOVIC

ESOFAGUL.

Anatomia. Esofagul este un conduct musculo-membranos, cu direcțiune longitudinală, având destinația de a transmite alimentele dela faringe la stomac. Din punct de vedere topografic are patru porțiuni.

1. Porțiunea superioară sau cervicală, se întinde dela cartilagiul cricoid până la un plan ce trece prin furculița sternală, având o lungime de 5 cm.

2. Porțiunea mijlocie sau toracică, se întinde dela acelaș plan până la diafragm, cu lungime de 16 cm.

3. Porțiunea diafragmatică, care răspunde inelului esofagian al diafragmului, este lungă de 1—1½ cm. și

4. Porțiunea inferioară sau abdominală, între diafragm și stomac, lungă de 2½—3 cm. Lungimea esofagului în întregime este de 25 cm. aproape având mare importanță în explorarea și cateterismul cu sondă. Distanța dela arcada dentară până la extremitatea superioară, numită gura esofagului, unde se află prima strâmtare fiziologică, este de 15 cm. la bărbat și 14 cm. la femeie.

A doua strâmtare fiziologică, unde lumenul esofagului se strâmtează din nou, este nivelul unde se încrucișează cu aorta, adică la 23 cm. dela arcada dentară. În sfârșit, a treia strâmtare fiziologică o suferă la punctul unde străbate diafragmul, care se află la 40 cm. dela arcada dentară. Sediul mai frecvent al stricturilor cicatriciale va fi nivelul acestor strâmtări fiziologice, pentru că la aceste nivele acționează mai intens, mai intim, și timp mai îndelungat, substanțele caustice. Calibrul esofagului variază între 7—22 mm. Esofagul străbate mediastinul posterior și, pe toată întinderea lui, vine în raport cu mai multe organe: trachea, bronchia stângă, hilul pulmonar stâng, ganglionii tracheo-bron-

chici, apoi cu ambele pleure mediastinale, nervii recurenți, pericardul, iar sub bifurcația tracheei, cu aorta. În felul acesta afecțiunile esofagului se pot răsfrânge asupra tuturor acestor organe și invers. La extremitatea sa inferioară, esofagul se deschide în stomac printr'un orificiu numit cardia.

Istologia. Din punct de vedere structural, esofagul se compune din 3 straturi, concentrice și suprapuse.

1. Stratul muscular este compus din fibre externe așezate longitudinal și, fibre interne circulare. În afara acestui strat se găsește altul conjunctivo-elastic pe care unii autori îl consideră ca al 4-lea strat. Înăuntrul lui avem

2. Stratul mijlociu sau submucoasa, intim unită cu stratul intern, mucoasa, cu care împreună formează plicele pe care le observăm în interiorul esofagului în stare de vacuitate. În acest strat se găsesc glandele mucoasei și este format din țesut conjunctiv cu toate elementele sale.

3. Stratul al treilea și cel mai intern este mucoasa, formată dintr'un epiteliu stratificat pavimentos și dermul sau corionul cu musculara mucoasei.

Vase: Arterele în porțiunea superioară vin din tiroidiana inferioară, în porțiunea toracică din aortă, arterele bronchice, arterele intercostale, iar în porțiunea inferioară din diafragmatică, gastrică stângă.

Venele: duc sus în vena azigos, tiroidiana inferioară și diafragmatică.

Limfaticile: în grupurile ganglionare bronchiale și mediastinale, tracheo-bronchice, subclaviculare, cardiace.

Nervii: pneumogastric și marele simpatic.

Fiziologia. Esofagul este animat de mișcări peristaltice în timpul deglutiției. Bolul alimentar ajuns în faringe provoacă reflexul deglutiției care îl introduce în esofag. Odată ajuns aci, este dus spre cardia de către undele contractile. Fibrele circulare se contractă și împing bolul alimentar în jos, spre un segment inferior care se dilată prin acțiune fibrelor longitudinale, aspirând acest bol. La nivelul cardiei, sfincterul esofagian cedează și permite trecerea conținutului esofagian spre cavitatea stomacală. Bolul alimentar parcurge distanța dintre gură și stomac în 8—10 secunde, lichidele trec mai repede.

Semiologia. Din cauza situației sale anatomice în profunzi-

mea coliviei toracice în mediastinul posterior, esofagul nu ne permite explorarea lui în condițiuni bune cu ajutorul mijloacelor clasice de investigație ca: inspecția, palpația, percuția, etc. De aceia se acordă mare valoare simptomelor funcționale și subiective: disfagia, durerea și regurgitarea a căror totalitate alcătuiește sindromul esofagian întâlnit în toate afecțiunile esofagului.

Disfagia sau dificultatea la înghițire, este unul dintre principalele simptome ale suferinței esofagului. Bolnavii se plâng de jenă retrosternală având în timpul alimentației senzația că bolul alimentar se oprește la un moment dat. De aceia bolnavii execută mai multe înghițituri forțate și preferă lichidele. După felul cum se instalează brusc sau lent și progresiv, bănuim un obstacol de ordin funcțional, spasmodic sau unul de ordin anatomic, cancer, stricturi, etc. De multeori sunt prezente amândouă, concomitent. În cazul dintâi disfagia începe brusc, are un caracter bizar, bolnavii pot înghiți alimente solide dar nu pot bea lichide. Ea este trecătoare. În cazul al doilea, bolnavii întâmpină dificultate mai întâiu la înghițirea alimentelor solide, apoi și la cele lichide.

Durerea. Bolnavii concomitent cu disfagia se plâng și de o senzație de constricție dureorasă retrosternală, localizată în diferite puncte ale esofagului. Ea poate fi cauzată de leziuni organice sau stări nervoase, spasmodice (histerie).

Regurgitarea sau reflexul alimentelor din esofag în gură, este de două feluri: precoce, când alimentele revin în gură imediat după înghițirea lor în caz de situație superioară a obstacolului esofagian și, tardivă, când avem un obstacol cu situație inferioară. Segmentul deasupra obstacolului se dilată, iar refluzul se face mai târziu și în cantitate mai mare, adevărate vărsături esofagiene.

Alimentele în caz de regurgitare sunt nedigerate, lipsite de acid clorhidric, având o culoare brună, miros fetid și, sunt pline de mucozități și salivă; caractere pe care nu le găsim la vărsăturile stomacale cu care s'ar putea confunda.

EXPLORAREA ESOFAGULUI.

În explorarea esofagului, metodele clasice de investigație au o însemnătate redusă din cauza situațiunei sale profunde.

Inspekția ne poate descoperi uneori o dilatație sau un diverticol plin cu alimente, de forma unei tumori situate în regiunea cervicală al cărei volum crește cu fiecare alimentație. În acest caz, prin presiunea exercitată asupra acestei tumori, obținem diminuarea sa de volum și golirea ei de alimente.

Palpația. La copii, prin tușeul intrabucal ne putem da seama despre existența unui corp străin, diverticol, etc. în porțiunea superioară a esofagului.

Percuția, ar putea fi folosită în caz de diverticol sau tumori ale esofagului.

Auscultația. Ascultând cu stetoscopul în dreptul vertebrei I—VIII dorsale, auzim în decursul trecerii lichidelor prin esofag — în mod normal — un șgomot continuu numit glu-glu, datorită scurgerii lichidului dealungul peretelui esofagian și 2 șgomote secundare produse: primul de trecerea lichidului prin gura esofagului și al doilea de trecerea lui prin cardiac. Intervalul de timp dintre ele este în mod normal de 6—8 secunde. Prezența unui obstacol pe traectul esofagului se tradează printr'o prelungire a intervalului dintre aceste 2 șgomote fiziologice, iar dispariția celui de al doilea șgomot indică obstrucția la nivelul cardiac. Aceste metode sunt astăzi abandonate și înlocuite cu altele mult mai precise.

Cateterismul este de două feluri: cu scop explorator și cu scop dilatator, terapeutic. Primul a jucat un rol important în explorarea esofagului în era preradiologică, azi însă pierzându-și cu totul însemnătatea se întrebuințează exclusiv ca mijloc terapeutic. Se poate totuși întrebuința când nu dispunem de mijloace mai moderne. Instrumentarul cu care se practică cateterismul cu ambele scopuri este variat și se compune din:

Sondele fabricate din metal, os de balenă, cauciuc, etc. de diferite forme cilindrice, conice olivare, a căror grosime variază fiind numerotate după scara *Charière* dela 6—20 mm.

Sonda filiformă din mătase impregnată cu ceară, este instrumentul de care ne servim pentru introducerea firului de ață în dilatațiunea firului fără sfârșit și drept, conducătorul sondeilor dilatatoare.

Sonda gastrică, permite totodată și alimentația bolnavului.

Laminaria a fost întrebuințată de *Senator* cu scop de dilatație ținută pe loc mai multe ore. Azi se întrebuințează mai mult sondele de cauciuc cilindro-conice, sau olivare.

Tehnica introducerii este destul de ușoară. Pentru a ușura alunecarea sondei, se unge cu glicerină, vaselină sau parafină lichidă, oleu de migdale, unt, albuș de ouă sau se umezește în apă. Bolnavul se așează pe un scaun ținând capul ușor aplecat înainte pentru a dispărea lordoza normală a coloanei cervicale. Bolnavul deschide gura, iar medicul introduce degetul mediu dela mâna stângă, vârâtă într'un degetar articulată din metal, pentru a se apăra contra eventualei mișcături, apoi împreună cu acest degetar în gură dus spre comisura dreaptă a bolnavului, se apasă ușor asupra bazei limbei, se prinde sonda cu mâna dreaptă ca pe un creion și se împinge spre faringe sfătuind bolnavul să înghită, apoi se lasă sonda să alunece ușor mai departe în esofag. În cazul când bolnavul respiră bine, suntem siguri că nu am apucat un drum greșit. Dacă nu poate respira și se sufocă, se cianozează, extragem sonda afară, căci am intrat greșit, în căile aeriene. Cateterismul trebuie făcut încet, cu multă blândețe și finețe, fiind contraindicat în anevrismul aortei, cardiopatii grave, hemoptizii și hematemeze. Niciodată să nu se aplice forța, deoarece peretele esofagului poate fi ușor perforat, de unde rezultă apoi tot cortegiul complicațiilor mediastinale. Sonda înaintând mereu, medicul la un moment dat își dă seama că există un obstacol, format de strictură unde încearcă să angajeze sonda apăsând ușor. Dacă nu reușește ia un număr de caiibru mai mic. Cu ajutorul cateterismului explorator ne dăm seama de existența unui obstacol esofagian, strictură, de localizarea și de calibrul ei. Este inutil să adaug că sondele trebuiesc ținute în cea mai perfectă curățenie, iar înainte de întrebuințare dacă substanța din care este compusă permite, să fie chiar sterilizate.

EXAMENUL RADIOLOGIC.

Din cauza structurii sale musculo-membranoase cu pereții relativ subțiri, esofagul în stare normală nu poate fi explorat radiologiceste. Din această cauză ne folosim de diferite substanțe opace la Razele Roentgen: bismuth bariu, etc. Bolnavul se așează în poziție verticală oblică anterioară dreaptă, proiectând pe ecran spațiul luminos dintre coloana vertebrală și umbra cardioaortică, adică tocmai spațiul pe unde trece esofagul. Dăm bolnavului să înghită în momentul examinării o lingură din

acsete substanțe, urmărind pe ecran permeabilitatea esofagului începând dela faringe până la cardia. In cazuri patologice, imaginea radioscopică va fi modificată și anume: 1. In caz de *stricțură*, pasta opacă se va opri de mai multeori într'unul și acelaș loc, iar o parte din ea pătrunde în segmentul strictural sub forma de bandă subțire care contrastează cu porțiunea dilatată de deasupra stricturii.

2. In caz de *spasm esofagian simplu*, după o oprire de mai lungă durată, substanța trece în bloc după cedarea spasmului, iar imaginea variază dela o zi la alta.

3. In caz de *tumori, cancer*, avem și o *umbră* pe ecran produsă de țesutul dens al tumorii, iar massa opacă se *filtrează în cet prin defileul strâmtat*, iar acesta prezintă o *imagine lacunară, neregulată*. In explorarea stricturilor esofagiene, această metodă are o mare valoare deoarece cu ajutorul ei ne dăm seama de *existența, numărul, întinderea, localizarea precisă*, precum și de *existența sau absența retrodilatației*, fapt important pentru cateterismul dilatator. Deasemenea, ne ajută să știm dacă cateterismul este sau nu indicat. Examenul radiologic deci, trebuie să premerge întotdeauna celorlalte metode de explorare a esofagului. Cateterismul și radioscopia, le putem aplica combinat prin întrebuițarea unor sonde de mercur radioopace, numite *Ynurrigaro*.

Esofagoscopia. Este metodă cea mai perfectă pentru examinarea esofagului și ne procură datele cele mai fidele, deoarece se bazează pe principiul vederii directe. Ea se întrebuițează ca procedeu de diagnostic când avem posibilitatea de examinare sub controlul văzului, leziunile esofagului, stabilind sediul, extensiunea și natura, iar în caz de dubiu, făcând chiar și biopsia lor. Deasemenea putem examina gradul de strâmtare al unei stricturi. In scop terapeutic, cu ajutorul esofagoscopiei putem supraveghia extragerea corpilor străini, putem cauteriza leziunile și face întreg tratamentul dilatator al stricturilor. Instrumentul cu care se practică, est esofagoscopul *Brunings, Hasllinge, Chevallier Jackson*) compus dintr'un tub rigid de metal de 45 cm. lungime și 10—15 mm. grosime și dintr'un aparat de luminat. Esofagoscopia se practică dimineața pe nemâncate. Se face anestezia locală cu cocaină 10%. Contraindicațiile ei sunt aceleași ca și în cazul cateterismului.

CONSIDERAȚIUNI GENERALE

asupra stricturelor esofagiene produse prin ingerare de substanțe caustice și a frecvenței acestor intoxicații.

Sub numele de *strictură esofagiană* înțelegem orice micșorare a calibrului acestui conduct, cauzată de procesele patologice din diferitele straturi anatomice ale peretelui sau din vecinătate. De aci avem împărțirea lor în 2 grupe:

1. Stricture *intrinsece* datorite alterațiunii peretelui, cancerul esofagian, stenozele spasmodice, inflamatorii congenitale, tuberculoza, sifilisul, actinomicoza, flegmoanele și la urmă cele mai frecvente, stenozele cicatriciale traumatice.

2. Stricture *extrinsece* datorite compresiunii din vecinătate prin gușă, anevrism aortic, adenopatie, flegmon periesofagian, corp strein, etc.

Stricturele esofagiene se declară mai des în legătură cu intoxicațiile caustice: sodă caustică, acid clorhidric, acid azotic, acid sulfuric. Proportia acestor stricture cicatriciale postcaustice față de celelalte afecțiuni ale esofagului, este mare, ocupând locul întâiu. Frecvența acestor afecțiuni este în raport direct cu frecvența intoxicațiilor caustice care diferă dela țară la țară. La noi în țară *D-rul Orient* a făcut o statistică asupra intoxicațiilor din Cluj care au primit primul ajutor medical dela Salvarea. Statistica este făcută pe timp de 13 ani (1920—1932).

Din această statistică reiese că în acest interval de timp, au primit ajutor medical dela Soc. Salvarea un total de 38.359 cazuri, dintre cari 1209 au fost intoxicațiuni generale (3,1%), din totalitatea cazurilor. Din 1209 intoxicațiuni în general, soda caustică figurează cu 289 de cazuri, adecă 23,9% față de numărul total al intoxicațiunilor. *Statistica D-rului Orient a fost dusă de mine mai departe cu încă 3 ani.* Totalizând datele obținute am ajuns la următorul rezultat. În decurs de 16 ani, dela 1920 la 1935, Soc. Salvarea din Cluj a dat ajutor în total la 44.382 de cazuri. Dintre acestea 1550 au fost intoxicațiuni în general, dintre cari 390 intoxicațiuni cu substanțe caustice, repartizate astfel: sodă caustică 117 bărbați, 262 femei, total 379 (96,17%); acid clorhidric, bărbați 2, femei 6, total 8 cazuri (2,07%); acid azotic și apă tare, bărbați 1, femei 1, total 2 (0,5%); acid sul-

furic, o singură femeie (0,26%). Proportia intoxicațiilor cu sodă caustică este de 1 bărbat la 2 femei.

Statistica intoxicațiilor cu substanțe caustice dela Salvarea din Cluj, dela 1920—1935

Anul	Cazuri generale	Intoxica- țiuni în general	SUBSTANȚE CAUSTICE										
			S. caustică			Ac. clor.		Ac. ozot		Ac. suif		Intox caust. g-rate	
			B	F.	total	B.	F.	B.	F.	B.	F.		
1920	2215	93	9	18	27		2						29
1921	2100	79	7	19	26								26
1922	2890	131	6	13	19	1	2						22
1923	4215	77	9	13	22		1						23
1924	3876	70	6	13	19								19
1925	2702	78	8	14	22								22
1926	3111	50	2	11	13								13
1927	2642	63	3	10	13								13
1928	2796	57	5	16	21								21
1929	3054	53	13	6	19	1	1						21
1930	2343	85	6	24	30								30
1931	3280	245	11	23	34								34
1931	3250	98	6	18	24								24
1933	1825	83	3	17	20					1			21
1934	1886	132	13	27	40				1				41
1935	2312	126	10	20	30								31
Total general	44382	1550	117	262	379	2	6	1	1	1	1	1	390

Ditre 44.382 cazuri în genezal, au fost 1550 intoxicațiuni în general dintre cari 390 intoxicațiuni cu substanțe caustice :

Dintre 390 intoxicațiuni cu substanțe caustice, au fost : cu sodă caustică, Bărbați 117, Femei 262, total 379, ceea ce reprezintă 96,17%, cu acid clorhidric: Bărbați 2, Femei 6, în total 8 (2,07%), cu acid azotic și apă tare : Bărbați 1, Femei 1, în total 2 (0,5%), cu acid sulfuric o singură femeie (0,26%).

În privința stricturilor esofagiene, nu avem încă o statistică generală a acestei afecțiuni, mulțumindu-ne cu statistici locale și chiar după serviciu, pentru că, această afecțiune se tratează în mai multe servicii: chirurgie, oto-rino-laringologie, chiar și în cabinetele medicale particulare. *Profesorul Mețianu dela București*, arată în clinica sa în 6 ani după războiu, 142 de cazuri cu esofagită corosivă. *D-rul David dela Galați* a tratat timp de 4 ani 70 de cazuri. *D-rul Fr. Pirée* a făcut o statistică pe timp de 11 ani a cazurilor tratate în clinica chirurgicală din Cluj pe

timpul profesorului Iacobovici. Dela 1921 la 1931 au fost un număr de 46 de stricturi esofagiene produse prin substanțe caustice, dintre care 44 produse de sodă caustică și 2 de acid clorhidric. Din totalul de 46 de cazuri, 35 sunt femei și 11 bărbați.

În *străinătate* statisticile arată procente diferite, *Guizet* găsește o proporție de 8,33% stricturi de origine caustică, iar *von Hacker* găsește o proporție de 17,7%. După cum reiese din aceste statistici, soda caustică figurează între primele substanțe corosive intrbuințate fie cu scop de sinucidere, fie accidental, constituind un procent general de 96% din totalul intoxicațiilor caustice care au primit ajutor medical dela Salvarea. Este o adevărată *plagă socială* care se datorește faptului că această substanță se vinde în băcăni fiind întrebuințată pentru spălarea podelelor, a vaselor de bucătărie, a rufelor, — este astfel mereu la îndemână, — poate fi înghițită la cea mai mică supărare, de către femei, mai ales, în scop de sinucidere și la cea mai slabă nebăgare de seamă de către copii mici, din greșeală.

Cred că ar fi timpul ca vânzarea sodei caustice să fie reglementată ca în America și să nu se vândă decât pe preț ridicat, în flacoane cu etichetă specială, ca pentru toate otrăvurile, eventual numai de către farmacii. Indivizii care au înghițit acest toxic, intră în categoria *invalidizilor pentru toată viața*, devenind astfel o sarcină pentru familie și societate.

Anatomia patologică.

După ingerarea de substanțe caustice, la nivelul unde aceste substanțe vin în contact intim cu straturile esofagului, se produc o serie de procese anatomo-patologice care duc în ultima analiză la formarea unui țesut dur și scleros, de origine conjunctivă. Odată această alterațiune permanentă a peretelui esofagian constituită, caracteristica sa este degenerescența cicatricială, cu evoluție întotdeauna progresivă. Aceste caustice produc mai întâi o *inflamație* și o *edemațiere locală* și în jur. Mucoasa se tumefiază, este foarte intens injectată și prezintă o secreție mucoasă abundentă, care duce la formarea unor membrane mai subțiri sau mai groase, la suprafața mucoasei. Toate aceste procese sunt în funcție de *concentrația causticului și timpul său de acțiune* mai mult sau mai puțin prelungit. Dacă timpul de acțiune este *scurt și concentrația mică*, procesele sunt de intensitate

mică. Membrana se detașează împreună cu epiteliul mucoasei, care se descuamează și el lăsând loc unei *ulcerațiuni* cu totul *superficiale* care se regenerează de obicei, integral, fără defect local și fără a produce vreo strâmtare a esofagului. Dacă însă causticul este *concentrat și acționează timp mai îndelungat*, procesele de *inflamație și edemație sunt intense*, peretele esofagian se *necrozează* pe o întindere și profunzime variată, iar membranele ce se formează sunt mai groase. După detașarea lor în acest caz, rămân *ulcerațiuni și eroziuni* destul de întinse și adânci uneori până la stratul muscular. Această perioadă de inflamație și necrozare trecută, în fundul ulcerațiunii începe un proces de *granulație și proliferațiune*, care tinde să înlocuiască pierderea de substanță produsă de necroză, printr'un țesut conjunctiv neformat. Acesta odată organizat și ulcerațiunea cicatrizată, cu timpul începe să se *retracteze* și să *strâmteze* incetul cu incetul calibrul esofagian. Țesutul cicatricial neformat, din cauza lipsei de vascularizație are o *culoare albă, sidefie*, contrastând cu mucoasa roșietică și mult mai umedă. După pierderea de substanță suferită de peretele esofagian în urma acțiunii substanțelor caustice, stricturile pot fi: *superficiale*, când pierderea interesează numai stratul mucoasei, și *profunde*, când ea interesează și stratul muscular, fie în totalitatea lui, fie numai în parte. Celor 3 perioade anomo-patologice le corespund intru totul trei perioade clinice. *În perioade de inflamație și edemație, cu necroza*, care durează cam o săptămână, avem — din punct de vedere clinic — prezent *sindromul esofagian*, cu toate simptomele sale alarmante, când disfagia este pronunțată. Perioadei de *granulațiune, de neoformație*, îi corespunde una de *acalmie clinică*, când alimentația se face în condițiuni destul de bune, când pare că totul a trecut și a intrat în normal. Vine apoi *perioada de cicatrizare și re tracție* a țesutului neformat, și de *instalare a stricturei* când alimentația începe a lăsa de dorit făcându-se tot mai dificil. Când cicatricea este definitiv constituită, disfagia bolnavului crește, el nu poate înghiți decât lichide, *inaniția se instalează și se accentuează mereu*, iar sfârșitul fatal devine inevitabil dacă nu intervine un tratament rațional condus.

Aceste perioade anomo-patologice, au o mare importanță din punct de vedere al tratamentului care se poate institui deja în perioada a doua, în mod destul de *precoce*, având un *scop*

preventiv, sau numai în perioada a treia când strictura este deja formată, *tardiv cu scopul curativ*.

Stricturile esofagiene postcaustice diferă:

Ca sediu. În general ele se localizează la nivelul *strâmtărilor fiziologice* superioară și inferioară mai ales. Von Hacker, explică această dispoziție prin faptul că aici lichidele caustice stau în contact mai intim și mai mult timp cu peretele esofagian.

Ca număr. Pot fi *unice*, dar mai frecvent sunt *multiple*. În acest din urmă caz strictura din dreptul cardiei este cea mai accentuată și mai strâmtă.

Ca formă. *Liniare, semilunare, valvulare*, când interesează numai o parte din circumferența esofagului, *inelare* când interesează întreaga circumferință, iar lungimea este sub 3 cm., *tubulare*, când lungimea lor trece peste 3 cm. Când distrucția este profundă și interesează întreaga suprafață a esofagului, avem stricturile *caloase*, care duc la închiderea totală a lumenului esofagian dar care sunt foarte rare din fericire. Se observă mai ales la copii, din cauză că la ei esofagul este mai îngust, iar lichidele caustice produc leziuni pe toată în tinderea lui. După cum am văzut mai sus, varietatea mare a stricturilor cicatriciale a esofagului — postcaustice — este în funcție de gradul de concentrație al acestor substanțe, de natura lor și de timpul cât au stat în contact cu peretele esofagului. În porțiunea esofagiană situată deasupra stricturei, găsim de regulă o hipertrofie a musculaturii, din cauza contracțiunilor exagerate executate cu scopul de a învinge obstacolul situat dedesubt și a permite trecerea alimentelor. Când însă strictura s'a constituit în scurt timp, segmentul deasupra se dilată în mod difuz, musculatura ne mai având timp suficient să se hipertrofieze. În felul acesta se constituie retrodilațiile esofagiene, în aproape toate stricturile cicatriciale postcaustice unde alimentele stagnează aproape permanent, și unde se pot angaja în mod greșit sondele în decursul tratamentului, producând perforațiuni ale peretelui esofagian cu toate consecințele neplăcute ale lor.

Sîmptomatologia clinică.

Tabloul clinic variază cu timpul care a trecut dela ingerarea substanței caustice și este în strînsă legătură cu procesele anatomico-patologice care se petrec în esofag. În prima perioadă, bol-

navii se plâng de dureri atroce în regiunea retro-sternală, au vărsături și diaree, iar saliva se scurge abundent prin gură din cauza disfagiei pronunțate. Acest tablou dramatic după câteva zile intră într'o perioadă de acalmie complectă, înghițirea se poate face fără greutate, iar durerile cedează aproape. Această fază durează cam o lună de zile. După acest timp, disfagia apare din nou, și se accentuează mereu, iar alimentația începe să sufere. Bolnavul evită alimentele solide pe cari nu le mai poate înghiți nici după ce le-a mestecat suficient. După mai mult timp și alimentele lichide sunt înghițite greu, iar bolnavul prezintă regurgitări abundente cu alimente nemodificate, pline de mucozități și fără acid clorhidric liber, provenite din dilatația supra-stricturală prezentă. Nealimentându-se suficient, bolnavii încep să slăbească, și să se cașectizeze în mod progresiv. Abdomenul se retractă, temperatura scade la 36—35°, iar sfârșitul fatal nu este departe fie din cauza inanției progresive, fie din cauza complicațiilor: tuberculoză pulmonară, broncho-pneumonie, etc. care se instalează pe un organism denutrit și debilitat.



Diagnosticul.

Simptomatologia clinică precum și metodele moderne de investigație ne ajută foarte mult la punerea diagnosticului de stricturi esofagiene. Dacă în anamneză găsim și o intoxicație cu substanțe caustice, diagnosticul este sigur. Dacă în anamneză nu găsim această intoxicație, facem un diagnostic diferențial cu stricturile provocate de o tumoră situată în peretele esofagului, mai frecvent cancerul, care survine la o etate mai înaintată, se instalează relativ repede, iar bolnavul este palid emaciat. La radioscopie și esofagoscopie găsim semne revelatoare tipice. La fel vom avea în vedere ca diagnostic diferențial, spasmul des întâlnit la nevropați și care are semne clinice și radiologice aparte, tabloul variind dela o zi la alta, iar starea generală menținându-se relativ bună. Vin apoi în discuție tumorile mediastinale, adenopatii, anevrisme, stenoze sifilitice în urma gomelor, ușor de descoperit prin examenul radiologic.

Prognosticul este totdeauna serios, adesea foarte grav.

TRATAMENTUL.

Tratamentul stricturilor cicatriciale ale esofagului este de 2 feluri: medical și chirurgical.

Tratamentul medical. Acest tratament deși este de ordin secundar, nu trebuie neglijat. El se aplică de preferință înaintea tratamentului chirurgical și concomitent cu el în intervalul dintre dilatații.

Este medicamentos și dietetic. Vom administra antispasmodice, morfină 1%, papaverină 2%, bromură de sodiu sau potasiu sau anestezină 10%. *Gerhardt* recomandă morfina 1% de 3 ori, 10 picături înaintea mâncărilor cu un sfert de ceas. S'au încercat și injecții cu Thiosinamină preparat, care are proprietatea de a determina o ramoliție a țesutului fibros cicatricial, producând astfel o dilatație spontană și ușurând dilatația cu sonde esofagiene. Este însă contraindicat la tuberculoși, pentru că poate produce ramoliția unui focar tuberculos pornit spre sclerozare. Se mai întrebuințează cu acelaș scop, mai recent, fibrolizina.

Regimul dietetic va diferi după gradul stricturei. Înaintea tratamentului dilatator, 2—3 zile vom da un regim pur lichid compus din bulionul de legume, cu ouă, cacao, compoturi. Laptele este contraindicat (*Guisez*) pentru că întreține prin fermentații secundare la nivelul retrodilatației, procese de esofagită. Dacă strictura s'a mai lărgit, putem trece la un regim semi-solid compus din pireuri de legume. Vom face apoi spălături ale esofagului în fiecare seară înainte de culcare, cu *tubul lui Faucher*, golind punga de retrodilatație, de orice aliment și evitând astfel stagnarea alimentelor deasupra stricturei mai ales când bănuim diverticuli și dilatații.

Acest tratament medical influențează și face să cedeze spasmul secundar al cardiei, întreținut de esofagite prin stază ali-

mentară; spasm care este prezent, aproape întotdeauna, alături de strictură și care împiedică tratamentul dilatator.

În cazuri de stenoză gravă, cu emaciere și inaniție completă, vom administra clisme alimentare injecții cu ser fiziologic, glucozat, pentru a evita deshidratarea organismului. Vom întreține inima prin cardiotonice.

Tratamentul chirurgical.

Înainte de a începe tratamentul unei stricturi esofagiene de origine caustică, vom avea în vedere mai întâi starea generală a bolnavului, dacă este într'o stare de inaniție avansată, dacă este febril, etc. și starea locală a leziunii, precum și aspectul radiosopic al stricturei. Tratamentul aplicat va fi în funcție de acești doi factori și poate fi de două feluri, preventiv și curativ.

Tratamentul preventiv.

În cazul că bolnavul se vrezintă la medic imediat după accident, în privința tratamentului, părerile sunt împărțite. Unii autori, *Guizet, Gustavo Luzena*, susțin că în prima fază a boalei să nu se aplice decât un tratament simptomatic, conservativ al stării generale a bolnavului și al arsurilor. Să se respecte leziunea și să se aștepte cicatrizarea ei timp de 4—5 săptămâni. Numai după aceia să se treacă la dilatațiunea progresivă. Aceste măsuri de precauțiune sunt luate pentru a preveni o eventuală perforație a esofagului.

Alți autori nu mai așteaptă cele 4—5 săptămâni dela ingerarea causticului, ci recurg la un tratament preventiv recomandând sondagiul precoce, încă în prima săptămână, natural cu foarte mare blândețe.

Roux, susține că ar fi avut rezultate bune introducând încă în primele zile du pă accident o sondă moale — numărul 25—28 — ținută pe loc timp de 20 de zile, permanentă de ci, care să permită și alimentația bolnavului, iar cicatrizarea să se facă în jurul acestei sonde. În cazul când procesele de esofagită se mențin, se introduce o sondă dilatatoare timp de 24 de ore numai. Dilatațiile se fac apoi gradat și cu intermitență de 2—3 zile.

Alți autori streini, *Austoni, Haberin, Erdelyi, Lotheisen, Saker*, publică prin anul 1920 rezultate foarte bune cu ajutorul

tratamentului dilatator precoce. *La noi în țară acest tratament a fost aplicat încă din 1920, de clinica medicală din Cluj.* Incurajat de rezultatele obținute de autorii streini, în deosebi de școala vieneză cu *Saker* în frunte, *D-rul Hângănuș* actualul șef de lucrări la Clinica medicală din Cluj, a aplicat această metodă de tratament timp de 3 ani și în 1924 a publicat rezultatul a 30 de cazuri tratate în clinică, ajungând la concluzia că singurul tratament eficace pentru prevenirea stricturilor esofagiene după intoxicații cu sodă caustică, este cateterismul precoce din ziua a doua, șasa, zecea dela ingerarea causticului, după gravitatea leziunii. Tratamentul se face în mod progresiv și timp îndelungat, iar pericolul de perforații cu toate complicațiile lor nefiind așa de mare cum crede *Guizet*. Sondagiul se începe cu sonde mijlocii numărul 20—26 și se face zilnic lăsând sonda pe loc, la început 10—15 minute, apoi o jumătate de oră și mărinde calibrul sondei în decursul tratamentului. După 4—6 săptămâni, ședințele sunt tot la 2 zile, iar mai târziu numai odată pe săptămână. Tratamentul se continuă 3—6 luni.

Prof. Buzoianu, directorul Clinicii Oto-rino-laringologică din Cluj, este partizanul acestei metode de tratament. Se constată însă că bolnavii în cele mai multe cazuri nu pot fi supuși acestei metode de tratament din cauza că momentan după calmarea fenomenelor acute și a posibilității alimentației, se cred în afară de orice pericol și numai târziu când leziunile cicatriciale încep să se constituie, iar alimentația se face în condițiuni mai gele, cer ajutorul medicului. Pentru unii autori, tratamentul se începe prin dilatații cu sonde moi, bine vaselinate, de calibru mai mare, chiar în ziua 5-a—7-a dela intoxicație. Face anestezie cu cocaină 5—10% și cu mare prudență introduce sonda fără nici un efort și fără bruscare. Odată introdusă, se fixează cu un fir de ață în jurul urechii și se lasă atâta timp cât o poate suporta bolnavul 1—24 ore, făcând totodată și alimentația bolnavului prin ea. Dilatarea se face regulat din 2 în 2 zile, dacă starea generală a bolnavului se menține bună.

În cazul când strictura este recent constituită, *Belinoff* dela Sofia a preconizat „*bugirajul lichid*” care constă din întrebuițarea cu scop de dilatație a substanțelor lichide ca oleu de olivă. Oleul se introduce în esofag cu ajutorul unei seringi laringiene obișnuite, prevăzută cu un *tampon* de cauciuc al lui *Trendelen-*

burg. Tamponul este introdus în esofag dedesubtul cricoidului și este umplut cu aer, închizând astfel aproape ermetic gura esofagului. Se injectează apoi cu ajutorul seringii în esofag o cantitate de 20 cmc. oleu de olivă, care exercită asupra pereților esofagului o dilatație destul de energică, fără a produce perforație. Scopul este de a îndepărta pereții, împiedicând adeziunea lor, de a badijona suprafața inflamată ridicând restul substanței caustice și constituind în fine acest oleu de olivă un excelent remediu în contra setei.

În caz de stricturi mai vechi organizate, acest tratament este complet ineficace și în acest caz vom fi siliți a recurge la tratamentul curativ, care este de 2 feleuri: tratament dilatator și tratament operator propriu zis.

Tratamentul curativ.

Scopul tratamentului în cazul stricturilor cicatriciale ale esofagului este dublu: 1) de a face ca strictura să devie cât mai permeabilă, pentru a permite astfel alimentația bolnavului în mod satisfăcător, condițiune esențială a vieții; 2) de a suprima pe cât posibil țesutul fibros cicatricial și a înlătura alterațiunile peretelui esofagian. Căile prin care ajungem să servim acest scop sunt foarte variate și diferite, în raport cu timpul, cu felurile concepției ale autorilor care s'au ocupat de această problemă. Indicațiile terapeutice mai variază cu natura, forma, întinderea, situația și numărul stricturilor.

Faptul care domină însă tot tratamentul este permeabilitatea sau impermeabilitatea lor la instrumente dilatatoare. Tratamentul va fi diferit după cele 3 eventualități pe care le poate prezenta o strictură esofagiană explorată prin căi naturale cu bugiuri moi, și anume: 1) Ea poate fi *permeabilă și dilatabilă*, 2) *permeabilă și nedilatabilă* și 3) *completamente impermeabilă*.

Tratamentul dilatator.

În cazul când strictura este *permeabilă* prin căile naturale și *dilatabilă* în acelaș timp, facem un tratament dilatator, care poate fi făcut prin a) *dilatația simplă* fără controlul vederii „*la întuneric*” sau b) *dilatația esofagoscopică sub controlul ve-*

derii grație esofagoscopiei. Cea de a doua, nu se poate executa decât în centre medicale bine înzestrate și cu personal medical instruit, până la un punct chiar specializat.

Dilatația simplă poate fi executată brusc, rapid, sau lent și progresiv.

Dilatația rapidă, bruscă a lui *Flechter* este o metodă periculoasă și brutală, care în prezent nu se mai execută și nu are decât o valoare istorică. Ea se făcea cu ajutorul unor dilatatoare metalice, un fel de pense cu ramuri cari introduce în interiorul stricturii, o lărgeau până la rupere uneori.

Lefort a preconizat dilatația imediată și progresivă care constă în introducerea în aceeași ședință a unei serii de sonde de calibru crescând. Ea este bună în cazul stricturilor simple și puțin întinse (*Gangolphe*) dar nu a intrat în practica curentă.

Senator a imaginat o dilatație cu laminarii introduse și lăsate pe loc mai multe ore. Făcută însă fără controlul vederii, laminariile au fost introduse adesea greșit din care cauză nu a dat rezultate.

Incerările făcute cu *baloane umflate cu aer* (*Reichman*) sau cu *apă* (*Schreiber*) au marele inconvenient de a se umfla mai ales deasupra și dedesubtul punctului strictural, iar pentru a se face dilatația cu ele este nevoie de orificii mai largi.

Dilatația lentă și progresivă este o metodă foarte mult întrebuințată și constă din introducerea dilatatoarelor de volum crescând în ședințe succesive, lărgind astfel strictura în mod lent și progresiv până aproape de calibrul normal al esofagului. Instrumentele cu care se face această dilatație sunt de mai multe feluri. Mai des întrebuințate sunt sondele de gumă semi-moi, cilindroconice sau olivare a lui *Boucharde* de calibru crescând. înainte de a ne servi de ele le introducem după tehnica descrisă la alt capitol, procedând foarte ușor pentru a nu leza peretele friabil al esofagului.

La un moment dat ne dăm seama că avem în față un obstacol, constituit desigur de către strictură. Prin tatonări repetate, încercăm să angajăm bugiul în strictură. În momentul în care a reușit, operatorul are o senzație specială pentru o mână obișnuită (*Guisez*).

Vom apăsa ușor pentru a dilata strictura. Când nu reușim vom luat unul de calibru inferior până când vom pătrunde în

strictură. Vom lăsa apoi sonde pe loc timp de 15—30 de minute și chiar mai mult, apoi vom încerca să trecem la una de calibru imediat superior. Prezența îndelungată este necesară pentru a muia strictura și a o face maleabilă și accesibilă dilatațiilor ulterioare cu numere mai mari. În aceeași ședință putem întrebuința 3—4 sonde crescânde. Ședințele se repetă tot la 2—3 zile. În ședința următoare dilatarea se reîncepe cu penultima sondă. Această manoperă se continuă până la o dilatație suficientă adică până putem trece cu ușurință prin strictură sonda cu numărul 45—48 la adult. Odată ajuns la acest calibru, bolnavul trebuie supravegheat și pe mai departe, chiar toată viața, pentru că, indiferent de varietatea stricturei, toate au tendința de a se *reface* și a se strâmta din nou. De aceea se recomandă bolnavului a face noi ședințe dilatatoare de 2—3 ori pe an pentru a menține calibru esofagului odată câștigat. Această metodă de dilatație dă rezultate excelente. În decurs de câteva săptămâni ajungem să trecem prin strictură sonde nr. 35—40—45 la adult.

Von Hacker în cazul stricturilor cu orificiul foarte strâmtat recomandă procedeul zis „*Büschelverfahren*” introducând simultan mai multe coarde subțiri în esofag, cărora le imprimă mișcări ușoare de ridicare și coborâre până când o coardă nimerește intrarea stricturei. Odată găsită aceasta intrare, se continuă tot prin procedeul lui *Von Hacker* cu ajutorul unui dren de gumă reușind să dilate o strictură de 4—5 mm. în decurs de 2—3 săptămâni la 15 mm. repetând dilatarea zilnic. Alții preconizează a lăsa pe loc bugiul sau sonda de gumă care permite alimentația bolnavului, timp de 24—48 de ore, constituind ceea ce se numește *dilatația permanentă*.

De multe ori cu toate tentativele repetate, nu reușim să angajăm nici chiar o sondă filiformă, mai ales în caz de strictură îngustă. Cauzele mai dese care ne împiedecă sunt *excentricitatea* orificiului stricturei, *prezența fundurilor de sac*, a *spasmului* întreținut de inflamația mucoasei, care în momentul introducerii sondei se exagerează și mai mult. În caz de mâniure neîndemnată a sondei, poate rezulta o perforație a peretelui esofagian, perforația *pleurei*, a *pericardului (Teleky)*, a *aortei (Haese)* accidente întotdeauna mortale. *Guisez* spune că nu este nevoie de perforația completă pentru ca să se producă infecții mediastinale, ajunge o mică plagă, un traumatism repetat ducând în mod

secundar la inflamația țesutului mediastinal, foarte ușor de infectat.

De multe ori dilatația simplă nu reușește din cauza excentricității orificiului strictural și a ascunderii sale printre bridele mucoasei. În cazul acesta, este neapărată nevoie a face *dilatația cu ajutorul esofagoscopiei* sub controlul ochiului.

Dilatația esofagoscopică.

Această metodă are multe avantajii față de dilatația simplă, căci ea ne furnizează relațiunile cele mai fidele, asupra stării mucoasei de deasupra stricturii dacă există procese de inflamație a acestei mucoase, enofagita acută. *Guisez* recomandă să ne abținem dela orice tratament, *asupra situațiunei exacte a orificiului și a gradului de strâmtare*, fapt care ne va indica și tratamentul ce-l vom aplica ulterior (dilatație simplă electroliză, esofagotomie), apoi *asupra prezenței sau absenței unui spasm secundar supraadăugat*. Permite apoi a supraveghia modul de acțiune al sondei, tubul esofagoscopic servind de mandrin.

Vom căuta orificiul greu de găsit uneori chiar și cu esofagoscopul, fiind punctiform, cu situațiune excentrică și ascuns între plicele mucoasei. În acest caz vom badijona cu soluție de adrenalină 1‰ în urma cărui fapt țesuturile se retarg și orificiul se pune în evidență. Vom introduce o sondă filiformă pe care o vom lăsa în loc timp de 24—48 de ore; în contact cu dânsa, țesutul fibros *semoaie* în așa măsură încât în ședințele următoare făcute din nou sub esofagoscopie putem introuce sonde nr. 10—18. În cazuri mai rare vom putea introduce chiar în prima ședință până la nr. 18—20, deci cu mult mai mari ca în cazul dilatației simple. *Nu vom depăși însă niciodată la adult 20 mm., la adolescenți 16 mm., iar la copii 6 mm. (Guisez)*. În decurs de 3—4 ședințe dilatația este așa de avnasată încât o putem efectua prin cateterismul simplu, fără esofagoscopie. În unele cazuri sub esofagoscopie nu reușim să găsim orificiul foarte strâmtat al stricturei confundându-l cu orificiile diferiților diverticuli. Plummer în acest caz a dat bolnavului să înghită amestecat cu alimentele, un fir de mătasă de 6 m. lungime, prevăzut la capătul inferior cu o mărgea de plumb sau înglobând capătul inferior într'o capsulă de gelatină. Firul urmează ca-

nalul alimentar, trece de stomac, ajunge în intestine unde se angajează destul de tare, încât prins de capătul superior poate fi bine întins. Dealungul lui putem face cateterismul sau putem găsi orificiul punctiform cu esofagoscopul. De aci înainte vom proceda ca mai sus.

Pentru a ușura trecerea primelor sonde, după ce am lăsat pe loc sonda filiformă 24 ore, *Guisez* a preconizat întrebuițarea bugiurilor filiforme prevăzute la extremitatea lor superioară cu un șurub unde putem înșuruba bugiuri de calibru crescând. Ședințele ulterioare putându-se face fără esofagoscopie, prin dilatații simple și fără nici o frică. În felul acesta a reușit să dilate stricturile esofagiene cele mai grave chiar trecând într'o singură ședință dela un bugiu nr. 5—6 la nr. 13—14. Aceste bugiuri înșurubate au ameliorat foarte mult prognosticul stricturilor cicatriciale grave. Odată filiformul introdus, este foarte ușor a înșuruba la extremitatea lui superioară altul de calibru mai mare, apoi de a-l introduce în strictură.

În cazul când există mai multe stricturi, vom dilata prima oară pe cea superioară, după aceeaș tehnică, apoi vom trece la a doua, situată dedesubt, dilatându-o ca și pe prima sub controlul ochiului, apoi a 3-a și așa mai departe. În felul acesta obiecțiunea adusă esofagoscopiei de către unii autori, — că în stricturi multiple această metodă permite a dilata sub controlul văzului numai strictura superioară, pe celelalte nu, — cade dela sine (*Sencert*).

Când strictura este lungă și îngustă, iar cu metodele de mai sus este greu a o menține dilatată, manoperele de dilatație trebuind a fi repetate foarte des, s'a preconizat de către *Ebstein* dilatarea cu laminarii introduse în strictură sub esofagoscopie.

În cazul stricturilor lungi, *Ebstein* a preconizat două metode, ambele întrebuițate numai sub controlul vederii și anume: dilatația cu laminarii și dilatația cauciucată.

Laminariile de care se servește sunt de formă alungită, conice, prevăzute la extremitatea superioară cu un fir de mătăasă. Introducea laminaria în strictură și o fixa cu ajutorul firului de mătăasă de urechile bolnavului lăsându-o pe loc $\frac{1}{2}$ de oră maximum. Este o metodă care are întrebuițarea în caz de stricturi relativ scurte din cauza dimensiunii scurte (7 cm.) a laminariei.

Cea de o doua metodă a lui *Ebstein*, dilatația cauciucată,

constă dintr'un dren de cauciuc întins pe un conducător din fer cu ajutorul unui fir de mătase fixat la extremitatea superioară. Drenul astfel întins și subțiat până la jumătate din volumul său inițial, se introduce în strictură. Firul conducător se retrage apoi, iar drenul rămâne pe loc în strictură mai multe zile unde, grație elasticității sale, își revine luând încetul cu încetul forma dela început. Mărindu-și astfel volumul progresiv produce o dilatație progresivă a stricturilor.

Guisez a preconizat drenul de cauciuc în formă de butoni de cămașă de diferite dimensiuni, găuriți la mijloc pentru a permite o alimentație lichidă. Este o metodă pe care dânsul o practică și o recomandă călduros.

Intervențiile chirurgicale.

A doua eventualitate pe care o putem întâlni în cazul unei stricturi cicatriciale a esofagului, este de a fi permeabilă prin căile naturale și nedilatabilă sau greu de dilatat. În acest caz cu toate procedeele indicate mai înainte, nu reușim fie din cauza că strictura este absolut nedilatabilă, fie că este permeabilă pentru un filiform, însă imposibil de a trece la numere mai mari, fie în fine că în deceursul dilatației ne oprim la un punct mort în dreptul numărului 16—17, strictura fiind în cazul acesta permeabilă, dar nedilatabilă. Intervențiile care ne ajută în acest caz sunt:

1. *Esofagotomia internă*, imaginată de *Maissonneuve* (1851) bazată pe principiul uretrotomiei interne. Ea poate fi practică de sus în jos (*Maissonneuve*) sau de jos în sus (*Dolbeau*), simplu sau sub esofagoscopie. Instrumentul de care ne serevim, este esofagotomul prevăzut cu lame gradate. Este indicată în caz de stricturi valvulare scurte și elastice. Mortalitatea este de 27% din cauza complicațiilor.

2. *Electroliza*, care este *liniară* (*Fort*) și *circulară* (*Neumann*), *simplă* și *esofagoscopică*. Instrumentul are polul negativ (activ) prevăzut cu o olivă la extremitatea unui filiform, care se introduce în strictură. Polul pozitiv (indiferent) se așează pe abdomen. Curentul are intensitate de 12—15 miliamperi. Acționând direct asupra țesutului cicatricial, permite o dilatație mai mare.

Când în fine ne găsim în fața celei de a treia eventualități

dată de o strictură de a fi *impermeabilă de sus în jos*, chiar sub esofagoscopie, situație obvenită numai în 3% a cazurilor (Guissez) suntem nevoiți a practica cateterismul retrograd după deschiderea stomacului. Această deschidere poate fi mai mică, o simplă gură stomacală, — gastrostomie, — sau o deschidere mai largă, gastro tomie. Ambele permit căutarea cardiei și a orificiului stricturii, simplu sau esofagoscopic.

Gastrostomia.

Este operațiunea care face trecerea între procedeele nesângerânde și intervențiile chirurgicale în tratamentul stricturilor cicatriciale ale esofagului, urmărind trei scopuri și anume:

1. Din punct de vedere *alimentar*, evită inaniția bolnavului care nu mai este în situația de a se alimenta pe cale naturală. Astfel bolnavul reconfortat, ne permite a face esofagoplastiile derivatrice în bune condițiuni generale și locale. Ea se mai face și pentru a evita unele complicațiuni postoperatorii ca dilatația acută a stomacului, dehiscența suturilor sau producerea fistulelor prin ascensiunea lichidului gastric.

2. Din punct de vedere al *diagnosticului*, are o dublă importanță. Cu ajutorul endoscopiei retrograde câștigăm detalii despre starea funcțională a pilorului, care poate prezenta concomitent ulcerazioni și stricturi produse de substanțele caustice ingerate. Esofagoplastiile devin inutile în cazul când pilorul este impermeabil.

3. Din punct de vedere *terapeutic*, gastrostomia odată făcută grație repausului alimentar la care este supus esofagul timp de 10—14 zile, făcând în acest timp și ușoare spălături alcaline ale dilatației suprastricturale, procesele de esofagită se calmează, iar spasmul consecutiv cedează. În felul acesta strictura impermeabilă după gastrostomie devine adeseor permeabilă, permițând introducerea sondei dilatatoare pe cale bucală și continuarea acestui tratament dilatator. Când această metodă nu reușește, vom explica *metoda dilatației cu fir fără sfârșit al lui Von Hacker*. Problema principală deci în stricturile esofagiene care nu se pot trata dela început prin dilatări, este trecerea firului prin strictură. Când am reușit după cuvintele lui *Von Hacker* „am câștigat bătălia“ și suntem siguri că vom putea dilata esofagul până la obținerea unui calibru aproape de cel nor-

mal 22—30 *Charriere*. Tehnica este următoarea: se face gastrostomia și după 10—14 zile se caută a se trece prin strictură un fir de ață rezistent până în stomac, fie cu ajutorul unui filiform, fie cu ajutorul unei alice de metal legată de capătul inferior al firului (*Kraske*). Odată ajuns în stomac firul de ață, s'au imaginat o serie de manopere foarte variate pentru extragerea prin gastrosomie a extremității inferioare a acestui fir. Se înoadă apoi cele două extremități ale firului, cea gastrică cu cea bucală. După ce plaga abdominală s'a vindecat trecem la dilatațiile retrograde ale stricturii esofagiene. Pentru aceasta se leagă de fir diferite instrumente dilatatoare: ca tuburi elastice sau bile de metal de diferite mărimi, precum și după metoda preconizată de *autorii români I. Mureșan și R. Pușcariu, mărgelile de porțelan*. Dilatatoarele fixate de fir sunt trase prin fistula gastrică în stomac, de aci cu multă precauție apoi pe esofag în sus, trecându-le prin orificiul stricturii și scoțându-le prin gură. Această manoperă se repetă tot la 2 zile mai întâi, iar pe urmă zilnic. Incetul cu incetul strictura cicatricială cedează tot mai mult, iar noi mărim progresiv calibrul acestor dilatatoare. Introducerea firului se mai face și pe cale retrogradă, scoțându-se prin cavitatea bucală. Primul care a emis ideia unui cateterism retrograd a fost *Egeberg* în 1807. *Trendelenburg* a încercat-o fără succes în 1877, și abia în anul 1883 *Bermann* reușește a o pune în practică. Gastrostomia se poate executa după mai multe procedee, dar cele mai des folosite sunt: *procedeele lui Kader, procedeele Witzel, procedeele Fontana*. Profesorul *Buzoianu* preferă *procedeele Fontana* pe care l-a executat în clinica O. R. L. în trei cazuri. Toate au acelaș. principiu cu mici diferențe de tehnică numai. Ea consistă în a face o laparotomie pararectală stângă, se reperează fața anterioară sau fundul stomacului și se exteriorizează în plagă. Se face apoi peritonizarea suprafeței stomacului pe o întindere cât a unei monede de 100 lei, apoi se face o incizie în peretele stomacului introducându-se un tub în interiorul lui, care se fixează cu un fir trecut prin seroasa stomacului. Inchiderea fistulei gastrice e bine să se facă cât mai târziu posibil chiar dela sine, pentru a avea o *supapă de siguranță* în caz de complicațiuni neprevăzute în urma operațiilor de plastii sau de recidivă a stricturilor.

Ultima eventualitate și cea mai rară în caz când strictura.

este impermeabilă de sus în jos, chiar sub esofagoscopie și de jos în sus după gastrostomie. În acest caz ne stau la dispoziție 2 metode de tratament:

1. *Esofagotomie externă*, consistă în crearea unei butoniere la nivelul esofagului, de obicei în regiunea cervicală pe unde se introduc bugiurile pentru a dilata strictura situată dedesubt (*Waldenburg și Miculicz*). *Gussenbauer* a făcut-o chiar la nivelul stricturii rezecând procesul cicatricial. Cu mult mai rar se poate face dedesubtul ei, din cauza situației joase în general a stricturilor.

2. *Esofagectomia constă* în rezecția porțiunii esofagiene stricturate, urmată de sutura cap la cap a extremităților esofagului. Ea a fost practică cu succes de *Braun și Kendal-Franks*. Are indicațiuni restrânse din cauza întinderii mici pe care trebuie să aibă segmentul de extirpat și a multiplicității stricturilor cicatriciale care reclamă în consecință o ablație prea mare. De asemenea capetele esofagiene se refractă aproape totdeauna după operație. Este o intervenție periculoasă.

TRATAMENTUL OPEDATOR PROPRIU ZIS.

Esofagoplastiile derivative antitoracice.

Aceste operațiuni cum le arată și numele, au fost încercate cu scopul de a crea un nou canal esofagian din material intestinal cutanat, gastric, situat sub tegumentele anterioare ale toracelui, care pun în comunicație esofagul deasupra stricturii cu stomacul. Ele trebuiesc considerate ca ultima etapă terapeutică atunci când toate celelalte metode au dat greș. Fiind operațiuni care durează mult timp și cu riscuri destul de mari, nu au intrat în practica curentă. Voiu aminti principiul lor fără a intra în amănunte de tehnică.

Esofagoplastia jejunală.

Roux în anul 1907 a avut ideea de a crea un nou esofag cu ajutorul unei anse jejunale lungi, exclusă bilateral sau după *Herzen* unilateral și așezată sub tegumentele toracice anastomozate în sus la esofag, iar jos la stomac operație numită *esofago-jejuno-gastro-anastomoză*. Greutatea acestui procedeu constă în faptul că ansa jejunală trebuie să fie destul de lungă pentru a uni

fără tracțiune esofagul cervical cu stomacul, lucru destul de greu de obținut, așa ca să nu dea necroza ansei prin lipsă de vascularizație. Anastomoza directă esofago-jejunală este și ea destul de greu de obținut.

Esofagoplastia cutanată.

Ideia de a crea un nou tub esofagian de comunicare între partea superioară a esofagului și stomac, situat pe partea anterioară a toracelui, cu ajutorul pielei, aparține lui *Bircher* (1894). Principiul operațiunii este următorul. După gastrostomie se fac două inciziuni verticale pretoracice, delimitând o fâșie de piele lată de vreo 4 cm. începând din regiunea cervicală până în regiunea epigastrică. Marginile acestui lambou de piele se decolează, apoi se suturează creindu-se un tub care este acoperit pe fața sa sângerândă prin alunecarea lambourilor pediculate din apropiere. Odată cicatrizarea tubului cutanat obținută, se anastomozează tubul la extremitățile lui, în sus cu esofagul și în jos cu stomacul. *Wulstein* în 1904 a preconizat o metodă de anastomoză în jos cu jejunul *Engelbrecht* creiează un lambou mai lung începând în sus dela nivelul cartilagiului cricoid până la fistula gastrică, în caz de hipertricoză sau din motive estetii. *D-rul Ion Jianu*, confecționează un lambou din regiunea abdominală pentru jumătatea inferioară a tubului și altul din regiunea scapulo-dorsală pentru jumătatea superioară. Lambourile se trec printr'un tunel subcutanat pretoracic, creat dinainte, extremitățile jumătăților de conduct se suturează cap la cap printr'o butonieră așezată transversal sau vertical făcută în acest inel. Alții confecționează lamboul pentru întreg conductul din regiunea abdominală. Lamboul are formă dreptunghiulară sau trapezoidă cu baza la nivelul rebordului costal, iar extremitatea sa în fosa iliacă corespunzătoare, se formează din el un tub prin sutura marginilor sale și apoi se trece extremitatea sa liberă printr'un tunel subcutanat pretoracic format în prealabil. Plaga abdominală se acoperă prin sutura tegumentelor învecinate mobilizate. Această metodă este mult mai inofensivă față de cea jejunală din cauza absenței timpului abdominal. În schimb anastomoză dintre stomac și extremitatea inferioară a tubului este destul de greu de relizat.

Esofagoplastia cu tub gastric.

Primul care a demonstrat că se poate folosi pentru esofagoplastie un tub format din stomac a fost *Beck* în 1904. El utiliza un tub format din marea curbura a stomacului, care transplanta sub pielea toracelui și anastomozat în sus cu esofagul, permitea trecerea alimentelor. Vine apoi *Hirsch* la 1911 făcând tubul din fața anterioară a stomacului. În 1912 *Amza Jianu* și concomitent aproape cu dânsul *Halpern*, fără să știe unul de celălalt și fără a cunoaște lucrările predecesorului lor, propun utilizarea unui tub format din marea curbura a stomacului. Principiul metodei *Beck-Jianu-Halpern* constă deci în utilizarea în scopul esofagoplastiei derivatorii, a unui tub format din marea curbura a stomacului. Baza tubului este situată către fundul stomacului, iar extremitatea către antrul piloric. Se suturează imediat stomacul, apoi din lamboul obținut și vascularizat de artera epiploică stângă se formează un tub care se trece prin tunelul subcutanat pretoracic format mai dinainte, iar extremitatea superioară a tubului se unește c esofagul. *Rutkowsky* a preconizat luarea unui tub gastric cu baza în jos, la nivelul pilorului și nutrit de gastro-epiploica dreaptă. Ambele procedee intenționează formarea din marea curbura a stomacului a unui tub destul de lung și de lat pentru a permite trecerea alimentelor. Pentru a mări lungimea tubului, este nevoie de rezecția apendicelui xifoid sau a rebordului costal dar cu toate acestea măsuri, lungimea tubului rămâne adeseori insuficientă.

Esofagoplastia prin transpozițiunea stomacului.

Kirschner a preconizat această operațiune care constă din transpozițiunea stomacului eliberat de unele din conexiunile sale vasculare, pe fața anterioară a toracelui și anastomoza lui cu esofagul cervical. Vascularizația rămâne a se face prin gastro-epiploica dreaptă și pilorică. Tehnica este complicată, iar rezultatele slabe.

Esofagia colică.

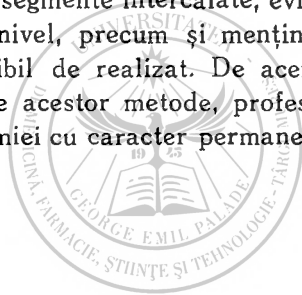
Ideia de a întrebuința intestinul gros pentru esofagoplastie pretoracică, se atribuie lui *Wulliet* în 1911 la acelaș an, această operație a fost încercată de *Kelling*. Abia în 1913 *Von Hacker*

a avut primul succes, operând o femeie pe care a prezentat-o la Congresul de chirurgie dela Berelin.

Esofagoplastia mixtă.

S'a văzut că procedeele anterioare prea arareori pot duce la rezultate bune și definitive, prea arareori se poate obține un tub gastric, jejunul sau colie atât de lung pentru a ajunge fără să se necrozeze ulterior până în regiunea cervicală a esofagului. De aceia *Wullstein* a descris un procedeu de *esofagoplastie mixtă dermato-intestinală*, care constă în crearea noului canal în porțiunea superioară a lui din piele, iar în porțiunea inferioară din intestinul adus pe fața anteroară a toracelui.

Toate metodele de esofagoplastie duc la complicațiuni fie în timpul operației, fie după. Cel mai dificil moment constă în suturarea diferitelor segmente intercalate, evitarea fistulelor care se poduc la acest nivel, precum și menținerea suturilor care este aproape imposibil de realizat. De aceia având în vedere toate inconvenientele acestor metode, profesorul *Buzoianu* este partizanul gastrostomiei cu caracter permanent, dacă este nevoie în cazurile rebele.



CAZUISTICĂ.

Voiu reda mai jos, în rezumat, câteva cazuri clinice mai complicate cari au venit să ceară ajutorul medical clinicei Oto-Rino-Laringologice din Cluj, dela preluarea conducerii de Dl. Prof. Buzoianu.

1. F. C., femeie, 28 ani, căsăt. Vine la Clinică în 27. V. 937 cu următoarele simptome: imposibilitate de a se alimenta, având în același timp senzația că i s'a oprit mâncarea în gât. În anamneză se găsește intoxicație cu sodă caustică și stenoză pentru care bolnava făcea autodilatații acasă.

După injecție de papaverină se face esofagoscopie prin care se descoperă o stenoză la 23 cm. dela arcada dentară accentuată prin spasm supraadăugat care, de fapt, cedează sub efectul papaverinei. După scoaterea esofagoscopului, bolnava poate bea lichide, senzația de corp străin a dispărut. Pleacă acasă pentru a face mai departe tratament prin autodilatații. În acest caz se evidențiază rolul elementului spastic supraadăugat.

2. Sz. I. de 24 ani, femeie. Vine la Clinică în 2. VI. 937. În anamneză intoxicație cu sodă caustică înainte cu 4 ani. Tratamentul prin autodilatații acasă după tehnica învățată la Clinică. Vine cu o stare gen. rea, temp. de 39°, cu imposibilitate de a se alimenta de câteva zile. Injecții cu papaverină, esofagoscopie, în timpul căreia se deschide dela sine un abces. Se curăță puroiul, se observă o strictură la 24 cm. dela arcada dentară, având orificiul astupat cu o bucățică de carne intrată în putrefacție. Se încearcă și se reușește a fi introdusă prin stenoză, foarte ușor, spre stomac. După scoaterea esofagoscopului bolnava poate bea apă imediat, fenomenele acute generale cedează după câteva ore. Pleacă acasă după 3 zile. În acest caz se poate vedea rolul traumatismului continuu produs prin autodilatație.

care a lezat peretele și datorită stazei din retrodilație s'a infectat, a produs abces al peretelui deschis în timpul esofagoscopiei.

3. N. G., rom. cat., elv 13 ani. Vine la Clinică în 27 IV. 937. pentru imposibilitate de a se alimenta de 3 zile. În anamneză intoxicație cu sodă caustică din greșală înainte cu 2 ani. Starea generală bună. A fost tratat la Timișoara, pe urmă acasă prin autodilații. S'a încercat cateterismul simplu fără rezultat. Se face esofagoscopie, se găsește o stenoză inelară, centrală, închis complet prin spasm. Se aplică local adrenalină prin badijonare și cocaină 10%. După 4 săpt. de dilatații, 2—3 ședințe pe zi se ajunge a se introduce foarte ușor sonda No. 18. Putându-se alimenta satisfăcător cu lichide, părăsește clinica în 2. VI. 937, cu indicația de a continua tratamentul dilatator înainte. În acest caz se evidențiază din nou rolul elementului spastic secundar.

4. F. I. de 35 ani, femeie. Vine la Clinică în 9. IX. 937, după ce a stat timp de 2 săpt. în Clinica Medicală după intoxicație cu sodă caustică. Se începe tratament dilatator precoce și preventiv, după aceste 2 săptămâni în care timp fenomenele acute au cedat complet. În decurs de 4—5 ședințe la sonda No. 20. Bolnava contrar sfaturilor medicului părăsește tratamentul, din cauza senzației neplăcute avute în timpul lui, vărsături, greață, fiind în același timp gravidă. După 6 săptămâni vine din nou la Clinică în imposibilitate de a se alimenta. Se încearcă tratamentul dilatator simplu care nu reușește. La radioscopie se descoperă stenoze multiple. Alimentația nu se poate face deloc, saliva se scurge abundent din gură căci nici aceasta nu poate fi înghițită. Fiind și gravidă aproape de termen, se trimite la un serviciu de obstetrică unde să i se facă și gastrostomie. După facerea gastrostomiei starea generală ameliorându-se, se reîntoarce la Clinică pentru începerea tratamentului. Acesta însă se amână până după naștere. În acest caz se evidențiază groșala făcută de bolnavă de a întrerupe tratamentul în curs, care fapt a dus la accentuarea stricturilor. Prin tratament acest lucru s'ar fi evitat.

În Clinica Oto-Rina-Laringologică din Cluj s'au executat 3 gastrostomii, procedeul Fontana, preferat de Prof. Buzoianu.

1. S. I. bărbat, de 30 ani, vine la Clinică cu o stenoză eso-

fagiană impermeabilă emaciere, starea generală rea. În ziua de 7. VII. 1935 se face gastrostomie, operator Prof. Buzoianu, ajutor Dr. Teodor Naghi.

2. Sz. R. femeie, vine la Clinică în 13. VII. 1935, cu imposibilitate de a se alimenta, din cauza stricturei esofagiene post-caustice. Se face gastrostomie: Operator Prof. Buzoianu, ajutor Dr. T. Naghi, anestezie cu novocaină 1%.

3. L. G. 18 ani, bărbat, chelner, din Baia Mare. Vine la clinică cu stricturi esofagiene post-caustice. Se face gastrostomie după o anestezie locală cu novocaină 0,75%. Operator Prof. Buzoianu, ajutor Dr. Gârbea.

După 6 zile dela operație părăsește Clinica cu starea generală ameliorată, revine la Clinică ni 3. VIII. 1937 cu gastrostomia închisă, cu toate că i s'a atras atenția de a nu lăsa să se închidă a nu scoate sonda.



CONCLUZIUNI.

1. Intre afecțiunile esofagului, stricturile cicatriciale post-caustice ocupă primul loc prin frecvența lor.

2. Dintre substanțele caustice aproape unanim inculpată este soda caustică. Față de acidul clorhidric, acidul sulfuric și acidul azotic ea se întâlnește într'un procent de 96% din cazuri.

3. Localizarea stricturilor se face mai ales la nivelul strâmtorilor fiziologice ale esofagului: inferioară, superioară și mijlocie.

4. Numărul, întinderea și gradul stricturii este în funcție de concentrația substanței și de timpul acțiunii asupra peretelui esofagian.

5. Diagnosticul este relativ ușor cu actualele mijloace de investigație: anamneză, cateterism, radioscopie și esofagoscopie.

6. Tratamentul este complex și variat. El trebuie acomodat formei anatomo-clinice.

În caz de combustie recentă, clinica din Cluj preconizează tratamentul precoce cu sondă à demeure perforată pentru alimentare;

Când stenoza este permeabilă se recomandă dilatarea progresivă;

Pentru stenoza impermeabilă, punerea sondelor sub controlul esofagoscopului, care are de scop înlăturarea elementului spastic prin anestezie cu cocaină;

În caz de stenoză de netrecut chiar sub controlul esofagoscopiei se va face gastrostomie.

7. Gastrostomia nu trebuie aplicată prea târziu când bolnavul este epuizat și deshidratat. La bolnavii cari nu vor să se supună la operații mai complexe cum sunt esofagoplastiile, gastrostomia poate rămâne permanentă. Deasemenea prin gastrosto-

mie aproape în totdeauna o stenoză impermeabilă devine permeabilă, deoarece cedează elementul spastic iar în acest caz se pot aplica dilatațiile cu sonde buco-esofagiene sau dilatații retrograde.

8. Intoxicațiile cu sondă caustică transformă adesea pe bolnavi în infirmi pentru viața socială, ei trebuind să stea sub supraveghere medicală mai mulți ani sau toată viața.

9. Prin frecvența lor și prin gravitatea lor stenozele cicatriceale alcătuiesc un capitol de patologie care pune problema reglementării vinderii sodei caustice.

Cluj, la 10 Noemvrie 1937.

Văzută și bună de imprimat.

Președintele tezei:
Dr. G. BUZOIANU.



Decan:
Dr. L. MICHAIL.

BIBLIOGRAFIE.

Austoni: Stenose cicatricielle de l'oesophage: la direction du traitement: les suites éloignées. (La Clinica chirurgica, Dec. 34.

Anny-Berariu Perfia: Tratamentul stricturilor esofagiene de origină caustică. Teză Cluj, 11 Mai 1933.

Dr. Jean Giusez: Diagnostique et traitement des rétrécissements de l'ésophage et de la Trachée. Masson, 1923, Paris.

Hațieganu-Goia: Tratat elementar de Semiologie și Patologie medicală. Vol. II, pag. 29. Cluj, 1936.

Dr. Jianu Ion și Dr. Dorin Dumitrescu: Contribuțiuni la studiul esofagoplastiilor derivative antitoracice în stenozele cicatriciale ale e sofagului. Rev. Spitalul, pag. 159, din anul 1932. București.

Haberlin: Traitement des brûlures fraîches de l'ésophage et des stenoses cicatricielles consecutives. These de Lausanne, 1921.

V. V. Hacker: Strictures des Oesophagus.

Dr. Marius Hăngănuț: Tratamentul precoce al intoxicațiilor cu sodă caustică. Revista Clujul Medical, Nr. 5—6, Mai—Iunie 1924, pag. 126.

Dr. Mureșan I. și Dr. Radu-Pușcariu: Contribuțiuni la tehnica așezării firului fără sfârșit în tratamentul stricturilor cicatriciale ale esofagului. Rev. Clujul Medical, Nr. 4, pag. 211, din Aprilie 1936.

Dr. Iuliu Orient: Elemente de toxicologie medicală, vol. I. Cluj, 1934.

Dr. Francisc Piree: Contribuțiuni la statistica și prognosticul stnozelor esofagiene produse prin intoxicație cu sodă caustică. Importanța procedului „Sondagiul fără sfârșit”. Rev. Clujul Medical, Nr. 10, pag. 516, Octombrie 1932, Cluj.

Sencert: Traitement du rétrécissement grave de l'oesophage.
(Journal de chirurgie, 1918, t. XIV, p. 553.

Dr. V. Tempea: Tratatamentul tardiv al stenozelor esofagiene.
Rev. Clujul Medical, Nr. 7—8, pag. 299, din Iulie—August 1925,
Cluj.

Testut L.: Traité d'anatomie humaine. G. Doin et Cie. Ed. Pa-
ris, 1930.

Dr. Țețu I.: Tratatamentul preventiv al stricturilor esofagiene
postcaustice. Rev. România Medicală, Nr. 24, din 15 Decembrie
1930, București.

L. S. Vasiliu: Terapia stricturilor esofagului datorite înghițirii
substanțelor caustice. (Rev. Spitalul, 54, Sept. 934.

