

No. 1168

EPITELIOMUL CECULUI

ȘI

TRATAMENTUL SĂU CHIRURGICAL



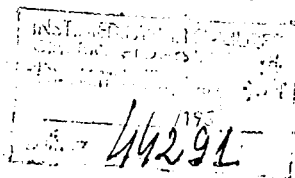
pentru

DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE

prezentată și susținută în ziua de 1 Iulie 1937

DE

GHEORGHE I. GRAMA



23 MAY 1937

**UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ**

Decan : D-nul Prof. Dr. D. MICHAİL

Profesori :

Clinica stomatologică (agr.)	D-1 Dr. Aleman I.
Bacteriologie	” ” Baroni V.
Istoria medicinei (agr.)	” ” Bologa V.
Patologia generală și experimentală	” ” Botez M. A.
Clinica oto-rino-laringologică	” ” Buzoianu Gh.
Istologia și embriologia umană	” ” Drăgoiu I.
Fiziologia umană	” ” Benetato Gh.
Semiologia medicală	” ” Goia I.
Clinica ginecologică și obstetricală	” ” Grigoriu C.
Clinica medicală	” ” Hațieganu I.
Medicina legală	” ” Kernbach M.
Clinica oftalmologică	” ” Michail D.
Clinica neurologică	” ” Minea I.
Igienă și igiena socială	” ” Moldovan I.
Radiologia medicală	” ” Negru D.
Anatomia descriptivă și topografică	” ” Papilian V.
Clinica chirurgicală }	” ” Pop A.
Medicina operatoare }	
Clinica infantilă	” ” Popoviciu Gh.
Farmacologia și farmacognozia (supl.)	” ” Popoviciu Gh.
Balneologie	” ” Sturza M.
Clinica dermato-venerică	” ” Tătaru C.
Clinica urologică	” ” Țeposu E.
Chimia biologică	” ” Thomas P.
Clinica psihiatrică	” ” Urechia C. I.
Anatomia patologică	” ” Vasiliu Titu

JURIUL DE PROMOTIUNE :

PREȘEDINTE : D-1 Prof. Dr. Al. Pop

MEMBRI :

{ ” ” ” I. Hațieganu
 ” ” ” V. Papilian
 ” ” ” V. Bologa
 ” ” ” Gr. Benetato

Supleant D-1 Docent Dr. I. Gavrilă

Introducere

Subiectul acestei lucrări ne-a fost recomandat de către Dl. Prof. Dr. Alex. Pop, Directorul Clinicei chirurgicale din Cluj, căruia în să-i aduc respectuoasele mele mulțumiri pentru onoarea ce-mi face prezidând această lucrare, pentru permisiunea de a lucra în serviciul clinicii, precum și pentru atitudinea științifică și părintească, demnă de admirat, față de bolnavi și colaboratori. Am căutat să redau în linii mari ceea ce am crezut că trebuie știut asupra problemei epiteliomului cecal. În general, această problemă a preocupat de mult și continuă să preocupe și azi oamenii de știință. Cunoaștem multe detalii asupra acestei boli, dar mai sunt totuși întrebări esențiale, la care răspunsul nostru nu poate fi dat, decât cu aproximația impusă de insuficiența științifică a cunoștințelor noastre. Și astăzi ignorăm încă mecanismul intim al genezei cancerului. Nu știm, dacă urcarea numărului îmbolnăvirilor este o realitate, sau un artificiu statistic. Nu se știe pentru ce această cifră crește cu progresul civilizației. Concepțiunea despre cancer variază de la școală la școală și de la autor la autor. Unii susțin ca realitate etiologică un singur factor, iar alții acuză un mănunchiu variabil de factori. La noi, mortalitatea prin cancer este mare și pierderile sunt mari, deoarece cancerul seceră oamenii în toată puterea. Cu toate măsurile de profilaxie socială anticanceroasă, mortalitatea continuă să fie din ce în ce mai mare.

Caracteristica bolii de a se manifesta numai într-o perioadă înaintată de evoluție, nesocotirea fenomenelor inițiale, care se pun pe seama altor cauze, fac ca cel mai mulți bolnavi, care prezintă această afecțiune, să se prezinte la tratament într-o fază, când se poate ajuta foarte puțin, sau chiar deloc. În stadiul actual al cunoștințelor

noastre, singurul tratament, care dacă este aplicat în perioada incipientă, dă rezultate, este tratamentul chirurgical, deși o terapeutică fără cunoașterea patogenezei nu cadrează cu principiile medicale moderne.

Gravitatea chirurgiei în cancerul colonului nu se poate nega. Ea se datorește condițiilor locale (infecțiuni, obstrucțiuni) și condițiilor generale — rezistența diminuată a bolnavilor. Diagnosticul trebuie stabilit precoce și intervenția indicată imediat. Pentru a mări numărul supraviețuirilor, trebuie să facem exereze largi, pe care numai bolnavii bine pregătiți le pot suporta. Am insistat asupra diagnosticului precoce, dând importanță mare examenului radiologic, care dacă este făcut după metodele citate, ne pune pe calea adevărului. De asemenea, la capitolul tratamentului am asistat asupra procedurii care dă rezultate mai satisfăcătoare.

Incheind introducerea lucrării mele, nu pot uita pe Dl. Asistent Dr. Pușcariu, al cărui colaborator am avut norocoasa ocaziune să fiu și căruia îi datoresc inițierea în rezolvarea practică a problemelor de chirurgie, aducându-i călduroasele mele mulțumiri și recunoștință.

Dlui Dr. Adam, mulțumiri pentru ajutorul dat în procurarea literaturii necesare acestui subiect,



Istoric

În 1833, Reybard execută prima colectomie, dela care dată s'au făcut studii minuțioase anatomice și de embriologie asupra colonului. La această dată, Reybard a extirpat pentru prima dată un cancer al ansei sigmoide într'un timp. În acelaș timp erau discuții psupra tehnicelor de anastomozare intestinală și asupra indicațiilor colectomiei. Colonul a fost studiat în întregime, sau numai pe segmente. Autorii francezi fac o deosebire netă între anatomia, clinica și terapeutică cancerului colonului drept și stâng. Astfel, acești autori recomandă în cancerul colonului stâng, intervențiuni lente și prudente, în mai mulți timpi, iar în cancerile colonului drept indică hemicolectomiile într'un singur timp. Autorii germani, din contra nu recunosc, decât diferențe minime între neoplasmelor colonului drept și acelea ale colonului stâng.

Ori care ar fi sediul, ei discută avantajile celor două metode: exteriorizarea și rezecția ideală într'un singur timp. La congresul german din 1926, Nordmann a arătat, că cele două metode ar da rezultate apropiate, observându-se o tendință mare spre colectomia într'un singur timp. Rankin face derivație internă și apoi colectomie. În 1927, prof. Gosset și Charrier se declară partizani acestei metode. Tehnicile sunt numeroase și mai cu seamă variantele lor. După colectomia într'un singur timp au urmat toate celelalte tehnici noi: colectomia în doi timp, în trei timp și chiar în patru. Multiplicarea timpilor operatori nu ajunge pentru a indica modul, în care s'a executat colectomia, ci se întâmplă ca două planuri operatorii, esențialmente diferite, să comporte un număr egal de intervențiuni. Astfel, o colectomie prin exteriorizare nu necesită, decât două intervențiuni, ca și o colectomie după excludere. Acestea

sunt colectomii în doi timpi, dar tehnica este foarte diferită. Deoarece, bolnavii cari se prezentau la consultație erau majoritatea în stare de ocluzie, s'a stabilit principiul, ca niciodată să nu se facă extirpare dintr'o dată la un bolnav în stare de ocluzie. Astfel s'a introdus în practică tratamentul prealabil al retenției, prin executarea anusului preliminar.



Anatomia și fiziologia cecului

Cecul este porțiunea intestinului gros situată sub planul transversal, care trece prin marginea inferioară a orificiului de comunicare dintre intestinul gros și intestinul subțire. Are o lungime de aproximativ 6 cm., și 6 cm. lățime. Este așezat în fosa iliacă dreaptă, unde poate avea o poziție înaltă, sau o poziție joasă, în cavitatea pelviană. Are o direcție puțin oblică în jos, înăuntru și înainte. În ceea ce privește configurația exterioară, cecul prezintă 4 fețe: anterioară, posterioară, externă și internă, o bază care se continuă în sus cu colonul ascendent și un vârf liber și rotund. Pe fața internă se abuzează în sus intestinul subțire. Porțiunea terminală a jejun-ileonului formează cu cecul un unghi ascuțit, deschis în jos — unghiul ileo-cecal — iar la 2–3 cm. mai jos se detașează apendicele. Înainte este în raport cu ansele intestinale și peretele abdominal anterior; înapoi și în afară cu mușchiul psoas-iliac; înăuntru cu marginea internă a psoasului și ansele intestinale. La nivelul unghiului format de porțiunea terminală a jejun-ileonului cu colonul, cele două foițe ale mezenterului merg, una pe fața anterioară, iar alta pe fața posterioară a cecului și înconjoară acest organ, precum și apendicele. Cele două foițe se reunesc la marginile și fundul cecului, așa fel, încât cecul și apendicele sunt înconjurate de peritoneu și libere în cavitatea abdominală. Între mezenter și ileon, și cec și apendice se formează plice peritoneale ridicate de artere, care merg la cec și apendice. Astfel distingem plica mezenterico-cecală, formată de artera cecală anterioară; mezo-apendicele, format de artera apendiculară; plica ileo-apendiculară formată de o ramură recurentă a arterei apendiculare. Aceste 3 plice formează o fosetă ileo-cecală anterioară și o fosetă ileo-apendiculară.

Din punct de vedere al vascularizației, cecul este nutrit de artera ileo-colică, ramură din mezenterica superioară. Ileo-colica ia naștere sub marginea inferioară celei de a doua porțiuni a duodenului, merge să încrucișeze vena mezenterică superioară, apoi ajunge în fosa iliacă, înaintea psoasului și ureterului. În unghiul ileo-cecal dă 5 ramuri: ilea'ă, colică, cecale anterioare și posterioare, apendiculara. Artera ileală face legătura între arterele intestinului subțire și acelea ale colonului, merge paralel cu intestinul subțire și se anastomozează cu ramura dreaptă de bifurcare a mezentericeii superioare.

O importanță mare pentru patogenia epiteliomului cecal, a evoluției sale și pentru tehnica chirurgicală prezintă cunoașterea rețelei limfatice din această regiune. Numai o cunoaștere perfectă a anatomiei limfaticelor permite de a executa operațiuni de exereze largi și curative în caz de cancer. Deaceia vom căuta să redăm atât cât se cunoaște în prezent, circulația limfatică dela acest nivel. Căile limfatice sunt numeroase, ramificate, se condensează și se grupează pe măsură ce se îndepărtează de colon și converg spre hilul mezenterului. În realitate nu există un sistem limfatic propriu colonului drept, ci este un sistem satelit vaselor mezenterice superioare. *Descamps* și *Turnescu* au arătat că limfaticele intestinale ar merge dealungul venelor, ori *Rouvière* a demonstrat, că limfaticele mezenterice superioare ajung în ganglionii latero-aortici subrenali.

1. *Căile limfatice intra și juxta parietale* în grosimea pereților colici se suprapun 4 rețele de origină: mucoasă, submucoasă, musculară și subseroasă. Ori care ar fi plexul din care ies, limfaticele eferente merg în subseroasă, în care se văd foarte net. Când ies foarte aproape de zona de inserție mezenterică, ele apar scurte și formează colectoarele hilare. Când apar pe fețele laterale ale colonului, merg pe o distanță mai mare în fundul șanțurilor colice și formează colectoarele parietale. Și unele și altele au un tract scurt intra-mezocolic, mai mult sau mai puțin perpendicular pe marginea intestinală și se aruncă în formă de dinți de pieptene în arcada limfatică marginală paracolică.

2. *Curentul marginal paracolic* este paralel cu colonul și urmează arcada marginală sau vasul paralel. În sus și înăuntru se prelungește cu curentul colonului transvers, în jos se modifică din cauza vascularizării speciale a unghiului ileo-cecal. Arcada limfatică urcă dealungul ramurei colice, spre terminarea ileo-ceco-coliceii, unde regăsește

terminarea arcadei ilealei și colectoarele lungi ale cecului și apendicelui. Confluența acestor limfatice diverse ajută la formarea primului mare curent colic intermediar — curentul ileo-colic.

3. *Curentele mari colice* se formează deasupra arcadei paracolice, urmează curentele mari sanghine ale colonului drept și converg spre porțiunea preduodenală a arterei mezenterice superioare. Sunt formate de 1—2—3 limfatice voluminoase, care urmează artera și vena.

4. *Curentul ileo-colic* se formează la vârful triunghiului format prin convergența limfaticelor colice, cecale anterioare și posterioare, apendiculare și ileale. Se formează un curent ascendent în sus și înăuntru și ajunge artera mezenterică superioară la originea ileo-ceco-colice.

5. *Segmentul terminal al căilor limfatice ale colonului drept.* Curentele limfatice principale ale colonului drept converg spre segmentul preduodenal al arterei mezenterice superioare. După Rouvière, curentele colice drepte se varsă în grupul central al ganglionilor mezenterici superiori ai intestinului subțire. După Descomps și Turnescu ar urca spre confluența para-portal, unde ajung toate celelalte curente ale tubului digestiv.

Ganglioni. Jamieson și Dobson, precum și Rouvière descriu pentru colonul drept 4 lanțuri ganglionare analoge cu cele ale intestinului subțire: ganglioni epicolici pe pereții intestinali; paracolici pe arcada marginală; ganglioni intermediari pe trunchiurile vasculare colice; ganglioni principali la originea arterelor. După Craig și Mac Carthy, sistemul limfatic poate drena în 5 grupuri diferite de ganglioni din jurul cecului: 1. grup colic anterior, 2. colic posterior, 3. apendicular, 4. ileal, 5. colic drept.

Raportul cu teritoriile limfatice vecine. Limfaticele colonului drept formează cu cele 2/3 drepte ale transversalului, un tot anatomic — curentul limfatic mezenteric superior al colonului drept. Se admite existența unor teritorii destul de bine limitate: cecul, cele 2/3 inferioare ale ascendentului s'ar drena spre lanțul ileo-colic; 1/3 superioară a ascendentului, unghiul, cele 2/3 drepte ale transversului ar fi tributare colicei mijlocii. Experiențele lui Braithwaite pe animale vii au arătat cât de capricios este cursul limfei pe viu și astfel explică unele diseminări canceroase, de neînțeles, dacă nu admitem cursul retrograd al limfei. Uneori o obstrucție limfatică, de origină inflamatorie sau neoplazică poate să favorizeze nu numai o diseminare retrogradă, ci o diseminare centripetă mai rapidă.

Fiziologia cecului. Autorii americani dau mare importanță proceselor fiziologice dela nivelul cecului, în legătură cu patogenia și evoluția tumorilor dezvoltate în această porțiune a tubului digestiv. Știm că, chimul ileonului, care pătrunde în cec este compus din: resturi proteice, în parte digerate, substanțe amidacee, celuloză, grăunțe de amidon și rar cantități mici de grăsimi. Aceste componente sunt înglobate într'un lichid vâscos gelatinos, colorat galben-verzui din cauza bilirubinei pe care o conține. În cec, conținutul intestinal este supus unor transformări foarte complicate. La acest nivel, hidrații de carbon incomplet digerați, sunt atacați de flora microbiană, bilirubina este redusă în stercobilină. Tot în acest segment se rezoarbe apa și unii din principii alimentari rezultați din digestia ceco-ascendentă. Executarea acestor transformări atât de complicate are nevoie de timp îndelungat, de aceea chimul intestinal este reținut la acest nivel, frământat și amestecat prin mișcări peristaltice și anti-peristaltice. În cec predomină procesele fermentative, care dau caracterul acid conținutului intestinal în această porțiune.

Frecvența localizării cecale a epitelio- mului în raport cu localizarea pe ce- lelalte segmente ale colonului.

Asupra acestei chestiuni există divergențe de aprecieri, care țin la impreciziunea limitării anatomice a segmentelor colice și la modificările topografice determinate de retracțiunea tumorală, mai ales pe colonurile scurte. Astfel pentru tumorile colonului drept, care sunt voluminoase și cuprind mai multe regiuni, definiția exactă a localizării poate fi deficilă. Sunt observații vechi care arată că epiteliomul se localizează mai frecvent la nivelul cecului și anel sigmoidic. *K Paterson Brown* sub titlul „*Cancer des côlons, traitement et résultats éloignés*“, prezintă 171 cazuri de cancer al colonului, din care 91 pe colonul pelvian, 22 pe cec, 13 pe colonul drept, 15 pe colonul transvers, 19 pe unghiul splenic și 11 pe colonul descendent. Majoritatea autorilor arată în statisticile formulate că localizarea cea mai frecventă a cancerului colonului este pe colonul stâng, după care urmează colonul drept. De

asemenea reiese din aceste statistici, că epiteliomul colonului este de 2 ori mai frecvent la bărbat, decât la femei și că vârsta mijlocie la care survine este de 56 ani. După unii autori cancerul ar surveni în 40 la sută pe colonul ascendent, 40 la sută pe colonul descendent și 20 la sută pe colonul transvers.

Atonomia patologică

Aspectul exterior al intestinului. În unele cazuri nu observăm nimic, după ce am făcut laparotomia. Frecvent, tumora produce refracțiuni intestinale importante. În cancerul cecal, din cauza refracțiunilor, ileonul se poate așeza în axa colonului și pare că se pierde într-o masă dură, infiltrată cu grăsime. Într-o fază mai avansată, planurile declivaj se sclerozează, lamele vasculare se retractă din cauza infiltrației inflamatorii, care poate să fixeze tumora. Cancerul sub forma vegetantă este mai frecvent pe colonul drept, iar la stânga se întâlnește mai des forma de schirus.

1. *Forma vegetantă.* Tumora are aspect burjonant, de culoare violacee sau brună, consistență cartonată și friabilă. Neoplasmul se întinde în general pe o distanță de 10 cm., având o grosime de 1—2 cm. Există o formă mai rară care modifică puțin pereții și proemină mult în interiorul intestinului, este forma viloză, în care intestinul este transformat într'un tub rigid, strâmtat.

2. *Forma terebrantă.* Tumora este ulceroasă dela început și traversează repede tunicile intestinale, rămânând la un volum redus. Subseroasa este prinsă repede și organismul reacționează printr'o barieră de aderențe, pentru a evita perforația în cavitatea peritoneală. Cancerul cecului rămâne mult timp localizat și din cauza dispoziției speciale a fundului de sac cecal jenează puțin tranzitul materiilor fecale. În cazurile, când tumora retractă, face să dispară complet cecul, și ileonul pare că se prelungește în linie dreaptă cu ascendentul. Valvula lui Bauhini este invadată frecvent și determină obstrucția intestinală. După aspectul microscopic deosebim: a) *epiteliom cilindric*, caracterizat prin orientare celulară în tubi. Când celulele secretă puțin, tubii pe cari îi îmbracă sunt strimți și calbrați regulat, formând epiteliomul tubulos. Când există o secreție moderată și o activitate de multiplicare mare, epiteliomul se

plisează, luând aspect de epiteliom tubulo-papilar, sau vegetant. Dacă secreția este slabă și multiplicarea foarte mare, festoanele papilare se sudează și celulele lor se orientează în jurul cavităților minuscule, separate unele de altele prin despărțitori pur epiteliale, constituind epiteliomul acinos; b) *Epiteliomul atipic*, sau nediferențiat este caracterizat prin lipsa de orientare celulară și grupare epitelială. Rotunde sau poliedrice formează regiuni uniforme, uneori ușor reticulate, sau mase rotunde despărțite în loji prin travee conjunctive. Unii autori au căutat să stabilească malignitatea tumorii după aspectul microscopic, din care să se poată prevedea evoluția cancerului, riscurile recidivelor, sau șansele rezultatelor favorabile tardive. Astfel *Brodels* afirmă că tumorile bine diferențiate se dezvoltă în mod lent și au tendință slabă de a se generaliza, pe când cancerile atipice difuzează mult mai puternic. Orice clasificare de acest gen trebuie însă să țină seamă și de aspectul macroscopic, de existența, sau absența invadării ganglionare, de durata și rapiditatea evoluției și de vârstă. Evoluția cancerului intestinal este dominată de două procese: unul de distrucție și altul de extensiune. Necroza se exercită întâi asupra celulelor vecine, apoi asupra țesutului canceros. Duce la ulcerări în întinse, zone hemoragice și fisuri. Tumora care a debutat în mucoasă se îndreaptă rapid spre profunzime, distrugând muscularis mucosae, constituind un semn de malignitate. În cancerul colonului, extensiunea limfatică intra-parietală este foarte redusă și riscurile recidivelor locale este aproape nul.

Etiologia

Nici în etiologia epiteliomului cecal nu avem dovezi sigure, care să ne determine a rămâne asupra unei cauze. Vom aminti pe scurt factorii cari au fost incriminați ca producători de epiteliom. Ca și în cancerul altor organe se atribuie și în acest caz un rol oarecare și eredității. De asemenea s'a constatat, că majoritatea celor cari au făcut un cancer erau vechi suferinzi de constipație dreaptă, cu stază. Unii autori americani susțin degenerescența tumorilor benigne, cum sunt polipii, cari s'ar transforma sub influența unor factori puțin cunoscuți, în tumori cu evoluție malignă. S'a ajuns la această afirmațiune în urma constatărilor ce s'au făcut, că s'au găsit tumori maligne

multiple, localizate în diferite segmente ale colonului. Astfel printre alții, *Miller* publică într'un articol „*Multiple primary malignant foci in cancer of the colon*”, două cazuri de cancer al cecului și sigmoidului. De asemenea se cunoaște tendința mare ce o prezintă polipoza colonului la degenerarea malignă. Se citează cazuri în literatură de coexistența cancerului cu polipi izolați. Important de știut ar fi în ce proporție cancerul derivă din polipi. Există o altă categorie de autori, care dau mare importanță traumatismelor repetate. Aceștia pleacă de la constatarea că epiteliomul tractului intestinal, de la duoden până la valvula ileo-cecală se întâlnește mai rar, pe când în celelalte porțiuni este mult mai frecvent. Prin urmare, partea intestinului, care execută digerarea și asimilația alimentelor este mai scutită de invazia cancerului, decât partea care îndeplinește funcțiunea de evacuare. Pe lângă acestea, porțiunile fixe ale intestinului suferă mai mari iritații în pasajul materiilor, decât porțiunile libere. Totuși, cel mai important factor, care determină formarea cancerului, este necunoscut. El poate fi organic sau nu, se poate ca el să acționeze în unire cu unul din factorii cunoscuți, și absența sau prezența unuia sau altuia hotărăște degenerarea malignă. Jumătatea dreaptă a colonului procură o excelentă ilustrare a modului, în care traumatismele produc ulceratiuni și carcinome. Astfel *J. Deaver* crede că ulceratiunea cronică plus traumatismul sunt necesare pentru a produce schimbarea malignă. Cecul se poate compara cu porțiunile din esofag, porțiunea cardiacă și pilorică a stomacului, unde cancerul se dezvoltă mai frecvent, aceste regiuni fiind mai mult expuse traumatismelor. În intestinul gros, staza este foarte frecventă șiптоza pronunțată a colonului transvers, cu creșterea presiunii ca rezultat, în jumătatea dreaptă a colonului, procură traumatism suficient.

Simptomatologie.

Epiteliomul cecului are de cele mai multe ori o evoluție lentă, ceea ce constituie, de altfel, caracteristica tumorilor care evoluează în interiorul organismului și nu se manifestă prin simptome c'ince, decât într'o fază înaintată de evoluție, când se prezintă deobicei sub forma unei complicațiuni pe care a determinat-o. Astfel *Mikulicz* a susținut că prima manifestare a cancerului colonului este o-

cluzia intestinală, ceea ce nu se confirmă în majoritatea cazurilor. Guillaume, din 11 cazuri, prezintă 6 cu ocluzie fără simptome precedente. După unii autori, în evoluția cancerului intestinal, în general, s'ar deosebi 4 perioade; a) perioada dispnetică latentă, b) perioada turburărilor gastro-intestinale, c) perioada complicațiilor, d) perioada cașexiei terminale și a generalizării. S'a observat că evoluția este cu atât mai lentă și mai prelungită, cu cât localizarea este mai inferioară. Un număr însemnat de bolnavi spun că primul simptom pe care l-au prezentat a fost o criză colică, care după Duval și Gatellier ar fi de natură reflexă, plecând de la leziunile localizate în mucoasa colonului. Această colică poate fi însoțită de distensiune abdominală, constipație puternică în intervale, alternând cu debacuri diareice. *Durerea* este aproape constantă și prezentă în 80 la sută din cazuri și aproape în 50 la sută este primul simptom. Are caracterul de a surveni totdeauna în aceeași regiune. În cazurile cu o evoluție mai avansată, durerea este mare, survenind în mod spontan, sau la presiune. În cazurile incipiente, durerea spontană poate lipsi, dar cea provocată este în mod frecvent prezentă. În cazurile pe care le-am studiat, am constatat că uneori durerea este difuză la început, în tot abdomenul, iar mai târziu se localizează la nivelul leziunii. Pe lângă durere, mai întâlnim ca simptome inițiale inapetență, greața și vărsături. *Diareea* este unul din cele mai caracteristice simptome, apărând fără o cauză cunoscută la un individ în vârstă și se manifestă ca o diaree continuă cronică sau întreruptă de constipație. Această diaree are caracterul de a nu ceda la nici un tratament. Scaunele diareice sunt foarte mirositoare, trădând o ulcerățune înlinsă a mucoasei intestinale. Numai diareea nu este suficient pentru a stabili diagnosticul, ci trebuie să mai găsim: anemie, durere și tumoră. *Enteroragia* apare mai târziu și trece de multe ori neobservată, fiindcă este minimă și sângele este intim amestecat cu fecalele. Cancerul porțiunii drepte a colonului sângerează mai puțin, decât segmentul stâng. Iversen și Nissen dau mare importanță acestor hemoragii oculte pentru stabilirea diagnosticului și o găsesc pozitivă în 93 la sută din cazuri. Acești autori fac examene repetate ale fecalelor și la intervale mici. Bazați pe acest fel de examinare, clasează hemoragiile oculte în trei grupe: 1) hemoragii oculte permanente, 2) hemoragii intermitente, 3) absența hemoragiilor în 73 la sută. *Starea generală* la începutul bolii este bună iar după Payr în această fază, bolnavii ar câștiga în greu-

tate în mod pasager, datorită rezorbției intestinale exagerate din cauza pasagiului încetinit. Mai târziu găsim o anemie progresivă, scădere în greutate, paliditate hemoglobina scăzută până la 46%. Cancerul cecal se infectează repede și evoluează cu temperatură și leucocitoză.

Sîmptome fizice. Cele mai multe cazuri prezintă o balonare pronunțată, mai ales acelea cu fenomene de ileus acut. În mod constant aproape, în cancerul cecului, tumora este prezentă, voluminoasă de consistență dură, neregulată mai mult sau mai puțin delimitată, dă frecvent fenomenul de balotare, la început mobilă, iar mai târziu poate deveni fixă. Mobilitatea se face mai ales în sens transversal.

Complicațiuni.

Epiteliomul cecal produce într'o fază mai avansată de evoluție, două categorii de complicațiuni; infecțioase și mecanice. Aceste complicațiuni se instalează în mod lent, progresiv și se agravează în acelaș mod. Dacă ajung la o evoluție înaintată, produc turburări stercoremice profunde și leziuni intestinale grave, constituind un pericol pentru intervenție. Infecțiunea a fost studiată în mod amănunțit de către Quénu, Hartmann Okynczyc, Lecène, etc. și au constatat, că în majoritatea cazurilor cancerul colic este infectat. În general, ulceratiia neoplazică este punctul de plecare al infecțiunei, care cuprinde stroma neoplazică și aceasta se distruge în urma supurațiunii și formează microabcese parietale. Se formează fisuri în masa tumorală și infecția merge în profunzime. Deasupra ulceratiiei caneroase, mucoasa alterată, fisurată în urma stazei, edemațiată și rău vascularizată lasă să treacă microbii. La nivelul tunicilor intestinale va produce o îngroșare edematoasă, țesuturile subperitoneale vor fi sediul unei limfangite și celulele o reacțiune sclerolipomatoasă infiltrază colonul, mezoul este îngroșat. Când infecția se accentuează, ea se sudează înapoi la planul muscular profund, înainte la peretele, abdominal, înăuntru la epiploon, uneori chiar de ansele intestinale. Formarea de focare supurate periantestinale este ultimul termen al procesului septic. Abcesele se localizează în țesutul subperitoneal și este vorba de adenite supurate, dezvoltate în mezocolon de adenoflegmoane mezocolice. Aceste abcese comunică mai târziu cu intestinul.

Complicațiuni mecanice. Intre acestea găsim obstruc-

ținea și ocluzia. Epiteliomul cecului, după ce ajunge la un anumit grad de dezvoltare, se însoțește adesea de semne de stenoză. În general, cancerul colonului drept sunt mai frecvent stenozaante. Diferența de consistență a conținutului intestinal, fluid la dreapta, solid la stânga, este fără îndoială motivul evoluției diferite a complicațiilor. Acelaș defileu, care la dreapta lasă mult timp să filtreze conținutul intestinal, dacă ar fi la stânga, ar fi astupat prin materiile fecale. Aceasta este explicația duratei lungi a obstrucției în cancerul drept. O cauză minimă poate agrava accidentele, un exces alimentar, absorbția produselor puțin digeribile, inflamația care produce edem. Altă cauză poate fi dată de invaginațiile consecutive cancerului colic. Pentru ca epiteliomul să poată produce o invaginație, trebuie să avem 2 condițiuni anatomice: o mișcabilitate anormală a colonului cu lungime foarte mare a mezo-colonului și ca pe de altă parte tumora să fie puțin întinsă, puțin voluminoasă și puțin aderentă. Când invaginația este ileocecală, este vorba de un cancer al valvei lui *Bauhin*; când invaginația este ceco-colică, e vorba de un cancer al fundului cecal. În patogenia accidentelor se asociază un fenomen dinamic — hiperperistaltismul — cu turburări mecanice, datorite prezenței tumorii. Obstrucția produce o distensiune intestinală deasupra obstacolului, iar staza produce fenomene toxice sclerocemice și exacerbează infecția.

Simptomatologia complicațiilor

În epiteliomul cecal, criza colică este foarte asemănătoare cu sindromul descris de *Koenig*: bolnavul este cuprins deodată, fără semne premonitorii, de dureri vii, când fixe, când mobile. În general, se produc colice violente, care se deșteaptă la cea mai mică mișcare. După un oarecare interval se observă undulațiuni peristaltice, mai ușor vizibile la indivizii slabi, care desenează parcursul acceselor dureroase. Dacă criza durează câteva ore, apare o ușoară balonare, apoi se liniștește și bolnavul simte câteva zgomote, cari traduc filtrarea materilor prin stenoză. Alteori, după ce a trecut criza, urmează un deabacluri alimentare la început, apoi poracee, sensibilitate în fosa iliacă dreaptă, o distensiune dureroasă a cecului, balonarea și timpanismul variază, matitate declivă și clapotaj

în fosa iliacă dreaptă. Apariția clinică a semnelor de stenoză se face în mod diferit. Uneori, la un interval mare de la debutul primelor simptome survin primele colice, însoțite de balonare, vărsături, ondulațiuni peristaltice. Alteori, crizele de obstrucție devin din ce în ce mai frecvente și duc la ocluzie completă. O criză de ocluziune cu debut acut, unde apare edemul inflamator și spasmul, se poate ameliora printr'un tratament medical, pe când o criză de obstrucție cu oprirea parțială a materiilor și gazelor poate să producă uneori consecințe grave și riscurile operatorii pot fi mai mari, decât într'o ocluzie acută adevărată. Sunt tumori care nu se manifestă, decât printr'o ocluzie acută. Complicațiunile infecțioase variază ca aspect de la formele latente care se observă la examenul histologic, până la abcesele și perforațiunile intestinale. Au însă un caracter comun; gravitatea consecințelor chirurgicale, pe care le pot cauza. În formele cele mai discrete se pot evidenția focare de supurațiune intra parietale. Aceste focare se traduc clinic prin leucocitoză mare, cu alterarea stării generale și subfebrilitate. Uneori, leziunile inflamatorii debutează cu accidente febrile, greață, sensibilitate în fosa iliacă dreaptă, o masă ampatată, difuză, lipită de peretele abdominal, ceea ce ne face să ne gândim la o apendicită, sau pericollită. Abcesele voluminoase, cari sunt evidente clinic, pot fi precedate de perioade întrerupte de momente septicice, sau ocluzive. Uneori, apariția unui abces este concomitentă cu accidente de ocluziune mecanică și turburări dinamice. Aceste abcese iau uneori o evoluție torpidă și ajung să evolueze spre peretele abdominal anterior, sunt incizate și diagnosticul originel este făcut târziu. Altădată evoluează spre un organ din vecinătate și se pot vida în colon. Mai rar se întâmplă ca peritonita să fie consecința unui cancer al colonului. Peritonita este generalizată și mai rar închistată. Perforațiunile diastazice se observă în formele ocluzive și sunt localizate la punctul cel mai subțire al cecului. Au origine mecanică și infecțioasă. Altă complicațiune este *extensivitatea locală* a tumorei și generalizarea. Invaziunea canceroasă este precedată și dirijată de inflamație. Astfel această invaziune se face adesea spre peretele abdominal anterior, infiltrază întâi mușchii, apoi pielea. Invadarea posterioară este gravă prin faptul că poate îngloba ureterul și rinichilul. Cea mai periculoasă este prinderea douădenului. Tumora se poate întinde spre alte anse intestinale. Cancerul cecal are tendința să se sudeze cu ansele subțiri, în care poate fistuliza. Epitello-

mul cecal prolabat spre micul basîn are tendința de a da complicațiuni vezicale. Generalizarea tumorii este o complicațiune tardivă și metastazele hepatice sunt mai rare, decât grefele peritoneale. Unli autori, în special americani, susțin că raritatea sau apariția într'o fază mai înaintată a metastazelor la nivelul ficatului se explică prin filtrarea perfectă ce se face, încât celulele canceroase nu trec în venele portale și ficatul este mai târziu cuprins, decât în caz de cancer al segmentului stâng, unde într'o perioadă mai avansată, traumatismul cancerului prin fecalele tari, joacă rol important în diseminarea metastazelor limfatice și formarea adeziunilor. Nu trebuie să luăm totdeauna drept canceroși, ganglionii mărlți, în special aceia ai mezenterului ileo-cecal, cari sunt mai frecvent de natură inflamatorie.

Examenul radiologic.

În starea actuală a terepauliceii, tratamentul cancerului colic este chirurgical și acesta depinde de precocitatea diagnosticului. Ori, la început leziunea evoluează fără simptome locale. În faza de evoluție a cancerului, în care toate examinările părții superioare a tubului digestiv și ale altor organe interne sunt negative, cu ajutorul examenului radiologic se poate stabili, dacă este vorba de un neoplasm. Examenul radiologic al cecului reprezintă dificultăți față de restul intestinului, fiindcă întâlnim frecvent imagini neclare. Vom descrie metodele care se întrebunțează astăzi pentru explorarea colonului.

Distensiunea colică prin suspensiuni opace. Când epiteliomul modifică morfologia intestinului, leziunea infiltrază întinderea acestuia și distensiunea cu o suspensie de sulfat de Bariu ne dă o imagine sugestivă un molaș al intestinului, care reproduce anomaliile de calibru, boșele și depresiunile. În perioada de stenoză, examenul radiologic pune diagnosticul înainte chiar de întrebunțarea oricărui artificiu: aspectul în „tub de orgă” cu colecțiunile sale hidro-aerice, atât de expresive ne dă ideea unei enoze. În stenoză, lavajul intervine în fixarea nivelului stenozei. coloana opacă distinde în mod regulat rectul. pătrunde în tot colonul până la leziune, adesea trecând de aceasta. Uneori, sosirea undei de lichid la focarul patologic determi-

nă un spasm dureros și înaintarea lichidului încetează în mod definitiv. În asemenea cazuri sediul, tumorii este determinat, dar nimic mai mult. Distensiunea colică nu prezintă numai acest inconvenient de a străbate rău stenozele, ci lasă neobservate cancerile care modifică lumenul colonului și nu pune în evidență, decât o parte incompletă a leziunilor. În timpul lavajului cu gelobarină, infiltrațiunea malignă pare foarte limitată, puțin întinsă și în fața problemei, dacă tumora este operabilă, datele radiologice vor fi pentru un răspuns afirmativ, iar tentativele de exereză vor arăta contrariul. Pe lângă aceste defecte, metoda distensiunii colice, este foarte infidelă în forma infiltrantă. Cancerul burjonant modifică mușajul colonului. Când tumora este voluminoasă, se prezintă sub aspect lacunar. Presiunea ușoară pe regiunile, unde colonul este accesibil mărește și caracterizează aspectul lacunar. Ce se întâmplă, când tumora are mărimea unei alune? Răspunsul depinde de sediul tumorii. Astfel tumora este net vizibilă, dacă este marginală, adică chiar pe marginea colonului și se traduce printr-o mică lacună periferică. Situația se schimbă, când tumora este implantată pe fața anterioară sau pe fața posterioară a colonului. Suspensiunile opace absorb razele x în totalitate și nici un detaliu nu apare pe uniformitatea fondului. Unii autori au căutat să înlăture acest inconvenient prin orientări variate și incidențe destinate pentru a vedea în proiecție marginală un mare număr de generatrice ale cilindrului colic. Ori practic este imposibil de a parcurge toată lungimea intestinului, prin urmare, un cancer mic se poate ascunde în locul, care nu devine nici odată marginal, oricare ar fi incidența și orientarea. În consecință, colonul distins, radiologic normal, nu este sinonim cu colonul cu certitudine lipsit de cancer.

Soluțiunile coloidale, umplerea fără distensiune. Marele progres realizat în examenul tubului digestiv este impregnarea mucoasei cu o substanță adecvată, cu condiția ca bolnavul să fie bine preparat și gradul de flocație să fie convenabil ales. Compușii thorului în soluție coloidală dau rezultatele cele mai constante. Explorarea radiologică cu soluțiunile coloidale cuprinde trei timpi: umplerea, evacuarea și insuflația. 400-800 cc de soluție coloidală sunt de ajuns pentru a umple tot colonul, deoarece nu trebuie distins. Din cauza absenței distensiunii, cancerile mici au mai puțină șansă de a dispărea în opacitatea masei injectate. Ceea ce este important este studiul mucoasei tapetate de soluția coloidală. Imaginea mucoasei este o broderie atât

de delicată și atât de bine definită, încât cele mai mici leziuni se manifestă prin scobituri, care ne atrag atențiunea asupra leziunii. După insuflație, rigiditatea segmentului se traduce printr-o inextensibilitate, care contrastează cu expansiunea părților sănătoase. Marginea imaginii este ușor dantelată și uneori prezintă din loc în loc, mici burjoane. Grație marelui fluidități, soluțiunile coloidale străbat stenozele, pe care sulfatul de Barlu nu le traversează. După evacuarea lavajului, când impregnarea este corectă, intestinul ia forme variate; plici longitudinale sau transversale, arboroscente, rețele complexe. După distensiunea prin insuflație, cancerul fețelor este tot atât de net evidențiat, ca și cancerul marginal, care dă o proeminență tipică în lumenul intestinal.

În cancerele mari burjonante, după evacuare, plicile sunt întrerupte și înlocuite cu proliferațiuni. După insuflație, radiografia permite de a aprecia până unde se întinde infiltrațiunea pereților, căci intestinul infiltrat este rigid. Insuflația este recomandată mai ales în cazurile, unde rigiditatea colică formează locuri de retenție și se opune vederii în lumenul colobat.

Diagnostic și diagnostic diferențial

Diagnosticul cancerului intestinal, în general, este foarte greu, deoarece nu prezintă nici un semn patognomic. Ceeace interesează, mai ales pentru tratament este diagnosticul precoce, ori acesta se poate stabili foarte rar, din cauza particularităților pe care le prezintă cancerul în evoluția sa și pe care le-am amintit mai înainte. Ne vom gândi la cancer, ori de câte ori ni se prezintă un bolnav în vârstă de 40—50 ani, care acuză o afecțiune ce evoluează cu turburări gastro-intestinale, inapetență, anemie, turburări de pasaj, durere localizată în acelaș regiune, iar într-o fază mai înaintată, prezența unei tumori. O examinare concentrică radiosopică și radiografică, examenul repetat al sângelui în fecale ne pot furniza date suficiente pentru a stabili un diagnostic de probabilitate, înainte de a percepe tumora la palpație. Trebuie să observăm bolnavul mai mult timp, iar în cazurile dubioase, numai laparotomia ne va lămurii. În caz de epliteliom al cecului, la diagnostic diferențial trebuie să ne gândim întâi la forma pseudo-neoplazică a tuberculozei intestinale — tuberculomul cecului.

Acesta apare la indivizi tineri, evoluează lent, modifică mai puțin starea generală și nu produce anemie așa mare ca epiteliomul. Examenul radiologic arată imagini lacunare mici și predomină intoleranța spasmodică a cecului. Aceste două afecțiuni au un tablou asemănător. Nici examenul anatomo patologic nu poate să ne dea cu siguranță diagnosticul, fiindcă pot coexista leziuni tuberculoase și canceroase. Nu se știe precis care leziune se produce întâi, cea tuberculoasă sau cea canceroasă. Alte ori, asociația elementelor realizează 2 tablouri diferite: 1. prezintă caracterul neoplazic și tumora pe secțiune prezintă leziuni discrete tuberculoase și numai în ganglioni se găsește asociația dintre tuberculoză și cancer; 2. alteori prezintă clinic și istologic tabloul unei tuberculoze. *Hartmann și M. Renaud* publică un caz, care a fost diagnosticat ca tuberculoză a cecului, iar la intervenție s'a găsit la același nivel, o tumoră cu celule cilindrice. Autorii cred că terenul bacilar a favorizat dezvoltarea tumorei. *Cadenat* publică două cazuri de cancer al intestinului gros, operate ca tuberculoză cecală. Diagnosticul diferențial mai trebuie făcut cu formele pseudo-neoplazice ale apendicitei. La început se poate face confuzie între cancer și apendicita banală. Unele apendicite sunt însoțite de un absces cu evoluție lentă, înconjurat de o masă mare, temperatura oscilează puțin deasupra normalei, vărsături, dureri, tumora este lemnoasă, sensibilă, imobilă și sudată la perete. Diagnosticul se clarifică prin examen radiologic. Sunt apendicite, mai cu seamă retro-cecale, care produc reacțiuni de peritonită plastică, la care participă epiploonul, mezenterul, pereții intestinali și peretele abdominal. La diagnosticul diferențial trebuie să mai ținem seamă de actinomicoză, tumori inflamatorii și tumori benigne, ceea ce este mai dificil și recere o examinare minuțioasă și observație îndelungată a bolnavului. În toate cazurile nu vom neglija examenul radiologic, care aplicat după metodele amintite, ne va pune aproape totdeauna pe calea diagnosticului.

Tratamentul chirurgical

Din cauza evoluției lente și a lipsei de manifestări în perioada incipientă a epiteliomului cecal, bolnavii se prezintă la consultație într-o fază înaintată, de obicei cu o complicațiune a tumorei, astfel încât chirurgical este chemat

să rezolve nu numai problema tratamentului neoplasmului propriu zis, ci și aceea a complicațiilor, dintre care cea mai frecventă este ocluzia intestinală. Indicațiunile operatorii în tratamentul epiteliomului cecal sunt simple și absolute, tratamentul cuprinzând intervențiunea pentru cancerul colonului necomplicat și pentru complicațiunile lui. *Reybard* a extirpat prima dată un cancer al ansei sigmoide într'un singur timp și bolnavul s'a vindecat grație suturei sero-seroase. Deoarece bolnavii cari se prezentau la consultații erau cei mai mulți în stare de ocluzie, s'a stabilit principiul că, niciodată să nu se facă extirpare într'un timp la un bolnav în stare de ocluzie, ori cât de mică ar fi ea. Astfel a intrat în practică tratamentul prealabil al retenției, nu numai la bolnavii cu ocluzie completă, dar chiar la cel care prezintă cel mai mic simptom de obstacol al tranzitului intestinal. Anusul artificial a fost și este încă mijlocul general întrebunțat. S'a utilizat pentru a obține golirea intestinului deasupra obstacolului, excluderea — modificare adusă de *Salzer* entero-anastomozei lui *Malsonneuve*. S'a ajuns apoi la excluderea unilaterală, care cuprinde o singură secțiune deasupra leziunii de exclus și excluderea bilaterală, care pe lângă prima, mai are și o secțiune în jos de leziune. Acestea erau metodele paliative. S'a recurs la operația în doi timpi; prima dată se face excluderea, iar în al doilea timp se ridică segmentul afectat, exclus mai înainte. Din cauza peritonitei secundare se face colectomie prin exteriorizare, rezecția executându-se în afara de peritoneu și anusul contra naturei se închide ulterior.

În tratament trebuie să ținem seamă de următoarele date: 1. exereza să fie cât se poate de largă, ca supraviețuirea să fie mai lungă; 2. momentul operabilității să fie ales la maximum; 3. benignitatea metodei. Intinderea colectomiei este în funcție de extensiunea cancerului și de regulile anatomice și fiziologice ale restabilirii tranzitului intestinal. Hemicolectomia dreaptă, până la transversul mobil la stânga, rămâne operația de elecție, care convine aproape tuturor cancerelor colonului drept. Se vor ridica lanțul ganglionar para-colic până la porțiunea a doua a duodenului, lanțurile ileo-colice și colice ascendente, până la marginea dreaptă a mezentericele superioare. Secțiunile vasculare vor fi cele ale arcadei ileale, ale ileo-colice, arterei colonului ascendent și secțiunea ramurei drepte a colicei mijlocii.

Tehnica

Pregătirea preoperatorie. Trebuie să redăm forța bolnavului, să-l rehidratăm, hrană bogată în calorii și săracă în rezidui. Se face apoi pregătirea anti-infecțioasă, dezinfectia conținutului intestinal prin salol, sau bacili lactici, bacteriofag pe cale bucală, vaccinare intraperitoneală cu colibacili și streptococi recoltați din cordul animalelor succombate în peritonită. *Regim preoperator:* alimentația să fie substanțială, menținând intestinul într-o stare de vacuitate relativă. Se face purgările cu 6—8 zile înainte de operație, apoi în fiecare zi spălături cu ser fiziologic și se suprimă în ajunul intervenției. Restabilim echilibrul hidric prin administrare de ser fiziologic. Se dau multe zaharuri sub forme diferite. *Anestezia.* Narcoza cu eter a fost acuzată de către Finsterer, că produce atonie intestinală, care poate ajunge până la paralizie, cu distensiune gazoasă. Rankin crede că rachianestezia a redus mortalitatea în mare măsură. Finsterer face anestezie loco-regională.

Tehnica anastomozelor intestinale. Relativ la această problemă, unii autori țin seamă de securitatea, benignitatea și rapiditatea execuției, iar alții, de valoarea funcțională și avantajile fiziologice. Din punct de vedere al securității și rapidității se pare că este mai bună anastomoza laterală, decât cea terminală. Rezultatele anastomozelor laterale nu sunt strălucite, fiindcă se poate produce distensiunea fundurilor de sac. Autorii care au executat anastomozes isoperistaltice nu au întâlnit astfel de accidente. Cea mai rațională linie de conduită este aceea a eclectismului; în cazuri dificile, la indivizi grași, sau când țesuturile sunt foarte alterate, anastomoza latero-laterală este de recomandat, iar în cazurile bune va trebui preferată anastomoza termino-terminală. Astăzi se face mai frecvent ileo-transversostomie termino-laterală. Pentru a evita cavitatea închisă, formată între planul total și cel sero-seros se aduc capetele intestinale închise în contact intim.

Procedeele chirurgicale

Numărul operațiilor nu este un criteriu suficient pentru a caracteriza o metodă. Okynczyc a stabilit o clasificare bazată pe faptul, dacă planul tratamentului comportă

sau nu o derivație a conținutului intestinal. Derivația se face, ori în afară — derivație externă, sau prin anastomoză, sau excludere în segmentul intestinal sub jacent cancerului — derivație internă. De aci rezultă trei metode de colectomie :

1. Colectomia fără derivație — tip Reybard.
2. Colectomia cu derivație internă, care este o exereză secundară unei excluderi prealabile.
3. Colectomia cu derivație externă, adică cu anus contra naturii, care cuprinde două varietăți : a) colectomia cu derivație externă primitivă sau prealabilă exerezei (anus contra naturii deasupra tumorei); b) colectomia cu derivație externă concomitentă cu exereza, care este exteriorizarea cu formarea unui anus in situ.

În clasificarea de mai sus s'a ținut seamă de evacuarea intestinului. Lapointe crede că derivația internă nu este un procedeu recomandabil la un canceros în stare de tenție aéro-stercorală. Ce este colectomia cu derivație externă primitivă sau prealabilă ? Este operația lui Reybard, executată la un bolnav, la care s'a făcut anterior un anus preliminar. În loc de a face colectomia dintr'odată, s'a ajuns la ideea de a se face un anus deasupra obstacolului pentru a vida intestinul, creînd condițiuni favorabile rezecției, adică anusul preliminar nu este un timp al operației, ci este un mijloc eroic, de care dispunem pentru a prepara intestinul bolnavului, când evacuarea nu se poate obține prin mijloace obișnuite. Trecînd peste detalii, putem zice că sunt trei mari procedee de colectomie care se pot executa cu, sau fără anus preliminar :

1. Colectomia intra-peritoneală într'un timp este metoda ideală și originală fără anus preliminar.
2. Colectomia intra peritoneală în doi timpi — operația tractului digestiv se face grație excluderii într'o primă operație și extirparea tumorii se face într'o a doua operație.
3. Colectomia extraperitoneală în doi timpi este colectomia prin exteriorizare.

Aceste trei metode au un caracter comun ; restabilirea tranzitului intestinal prin anus normal. König și W. Dick grupează intervențiunile pentru neoplasmale colonului în felul următor : 1. rezecțiuni într'un singur timp ; 2. exteriorizare ; 3. rezecțiuni în 3 timpi și 4. operațiuni palliative.

Alegererea procedurii chirurgicale

Se extirpă orice cancer al colonului, ori care ar fi sediul său, pe un abdomen plat. Ne vom abține a pretinde să obținem rezultate rapide. Chirurgia cancerului colonului, afară de unele cazuri excepționale, nu este chirurgie strălucită și diferă de cea a cancerului gastric. Dacă se prezintă un bolnav cu ocluzie completă, singura indicație este de a face să înceteze retenția stercorală, ferindu-ne de a atinge tumora. A deschide de urgență intestinul distins la piele este singura conduită. O derivație internă prin anastomoză cu sau fără excludere unilaterală nu este de încercat, fiindcă expune la peritonită. Deci anusul sau fistula reprezintă tratamentul ocluziei intestinale. Prin această metodă se înlătură intoxicațiunea stercorală acută prin vidarea intestinului. Cancerul cecului, când nu interesează valvula ileo-cecală, este mai puțin ocluziv decât altele, fiindcă cecul are un calbru mare și este favorabil din punct de vedere operator. Retenția stercorală cronică incompletă, produsă de un cancer colic are repercursiune asupra organismului întreg, în special asupra ficatului rezultând o stare de intoxicație asemănătoare unui prostatic. Staza intestinală mărește virulența conținutului intestinal, iar distenziunea provoacă un edem permanent, care face friabili pereții intestinului și prin urmare suturile nu pot rezista. Suprimarea stazei ameliorează starea generală și infiltrația edematoasă a pereților intestinali distinși. Este metoda cea mai eficace de care dispunem pentru a diminua riscurile unei colectomii intra-peritoneale. Anusul nu are scopul de a salva un bolnav agonic, ci numai de a prepara colectomia ulterioară.

Indicațiunile anusului preliminar, la bolnavii cu retenție cronică incompletă nu sunt valabile, decât când s'a ales pentru a executa colectomia, metoda intraperitoneală, într'un timp. Numai pentru această metodă, derivația externă reprezintă un act preparator indispensabil. Când se operează prin exteriorizare, derivația externă preliminară devine inutilă, dacă bolnavul nu este în retenție completă. Dacă se execută o derivație externă, pentru a face mai târziu o colectomie, trebuie avut în vedere că orificiul de evacuare are de scop de a face să înceteze retenția completă. Nu este nevoie a face un orificiu de evacuare to-

tală, ci numai o fistulă care acționează ca o conductă de prea-plin. Pentru a fixa intestinul la peretele abdominal se întrebunțează fire rezorbabile. Sunt două procedee pentru deschiderea intestinului fixat la perete: se poate deschide imediat, sau după câteva zile. Deciderea tardivă are ca scop de a evita infecția focarului operator care este aproape fatală în deschiderea imediată. Cecostomia, este preferabilă ileostomiei, fiindcă cecul se pretează mai bine, decât ileonul la stabilirea unei fistule și fiindcă un anus cecal debitează materii mai puțin lichide și mai puțin iritante pentru piele, decât un anus ileac.

Dar cecostomia este departe de a garanta contra acestei complicațiuni, care nu se observă, când anusul e plasat pe un alt segment al colonului. Cecostomia prezintă un alt inconvenient când e făcută pentru un cancer colic departe de cec, pe colonul stâng. Dacă asigură evacuarea intestinului subțire, asigură însă mai puțin bine pe cea a colonului. A face cecostomie fără a ține seamă de localizarea tumorii este o greșală și trebuie rezervată cancerului cecal și ascendentului, adică acolo unde nu se poate face nici o colostomie. Prof. Duval indică următoarele procedee: 1. colectomii imediate intraperitoneale, precedate sau nu de o derivație internă sau externă; 2. colectomie imediată extraperitoneală, cu anus in situ; 3. colectomie tardivă, după exteriorizarea ansei canceroase. Dacă se prezintă un cancer complicat cu ocluziune acută, nu se mai face colectomie imediată, ci derivația este preferabilă. Dacă este un cancer al colonului ascendent, se face cecostomie. Dacă cecul este retractat și prezintă o tumoră, intestinul subțire este dilatat, orice derivație colică este imposibilă și se alege între o enterostomie pe intestinul subțire, sau o derivație internă prin anastomoză ileo-cecală, ceea ce se face mai frecvent. Colectomia imediată în cancerul abcedat nu se recomandă, ci se face operațiune minimă și după 6 săptămâni — două luni se face colectomie secundară. În cancerul necomplicat colectomia cu exteriorizare, după părerea majorității autorilor, nu dă rezultate satisfăcătoare, dacă se aplică asupra cecului și colonului ascendent.

Colectomia intra-peritoneală într'un timp, fără derivație prealabilă. Constă în ridicarea neoplasmului și restabilirea continuității tubului digestiv într'o singură intervenție. Această metodă este aplicată în mod curent în cazuri de epiteliom cecal și cu rezultate satisfăcătoare. Pen-

tru autorii fraucezi constituie o metodă de elecție în tratamentul tumorilor cecale. Înainte de 1900 chirurgia colică era la început și nu ținea îndeajuns seama de sediul tumorii. În 1901 Quenu precizează calea, în care aveau să se angajeze discuțiile chirurgicale. El spunea că terapeutică cancerului intestinului gros trebuie studiată pe segmente, nu în bloc. În acel timp chirurgia colonului drept, consta mai ales în ablația cancerului cecal, a cărui exereză se făcea economic, s'a observat că epiteliomul colonului drept diferă de cel a colonului stâng prin simptomatologie, forma anatomică și complicațiuni, și de aici s'a ajuns la metode terapeutice deosebite. Colectomia într'un timp se bazează pe următoarele argumente: secțiunea intestinului, făcându-se la distanță de cancer, interesează pereți puțin alterați, sau chiar perfect sănătoși și rezistenți; sutura nu este traumatizată prin materii dure; anastomoza ileo-colică este mult mai ușoară și mai sigură, decât cea colo-colică, necesară la stânga. La nivelul cecului, condițiunile favorabile acestui procedeu se întâlnesc reunite și pentru aceea colectomia într'un timp a rămas operația curentă în cancerul cecal, sub forma unei ileo-ceco-colectomii drepte, cu ileo-transverso-stomie dreaptă.

Hemicolectomia dreaptă în doi timpi. Costă în executarea la interval a celor două acte ale colectomiei: rezecția și repararea. Prima operație are scopul de a stabili dinainte noul tranzit intestinal, creînd o derivație, un scurt circuit, între un segment de intestin suprajacent tumorii și un segment subjacent. Se face deci o excludere. Prima intervenție este exploratoare, care va preciza diagnosticul și dacă tumora este extirpabilă. Prin derivația pe care o realizăm, facem să retrocedeze fenomenele inflamatorii și mai cu seamă evităm de a combina două manopere periculoase: decolarea și suturile. Se face explorare metodică și completă. Se caută întâiu, dacă prezintă ascită sau diseminări neoplazice pe mezenter, intestin sau epiploon. Se examinează ficatul, grupele ganglionare, apoi celelalte segmente ale colonului și după aceea colonul drept. Se explorează tumora cu mare precauțiune, fiindcă este friabilă și se pot face diseminări septice. Se pregătește derivația intestinului subțire în colonul transvers. Se secționează ileonul la 15 cm. dela valvula ileo-cecală, se debridează mezenterul perpendicular pe ileon, se leagă arcada paralelă și uneori, ramura ileală. Se face apoi o anastomoză ileo-colică prin apozitia latero-laterală izoperistaltică. În toate cazurile avem grijă să închidem breșa peritoneală prin ligaturi, între-

două pense plate. Astfel, primul timp este o excludere unilaterală, porțiunea cadrului exclus nu mai servește la pasajul materilor, care vor fi derivate în porțiunea subiacentă anastomozelor. Închiderea peretelui abdominal se va face fără drenaj. În timpul al doilea se face extirparea segmentului canceros, după trei săptămâni se suprimă aderențele, se explorează gura anastomotică. Se începe mobilizarea colonului drept prin a elibera partea superioară a colonului, unde ligamentele peritoneale sunt mai numeroase și unde zona de acolare e mai lată. Se secționează cele trei planuri ligamentoase, înaltea gurei anastomotice ileo-transverse. Vom face mai întâiu o mică decolare colo-epiploică, partea dreaptă a epiploonului va fi lăsată aderentă de colon, cu care va fi ridicată în bloc. Se face apoi decolarea în sus spre stomac și se deschide astfel arier-cavitatea epiploonului la extremitatea sa dreaptă, se secționează vertical epiploonul până la 1 cm. de arcada vasculară a mării curburi și se ează marea anastomoză a lui Haller.

Secțiunea epiploică își schimbă direcția și se îndreaptă, la dreapta sub vasele mării curburi, lătingând limita dreaptă a marelui epiploon. Se leagă ramurile descendente ale gastro-epiploiceii drepte. Odată organele periculoase reperate și clivajul făcut, se decolează de sus în jos, pe fața anterioară a planului muscular lombo-psoatic, pentru a ridica mai ușor țesutul celulo-grăsos retro-peritoneal. Decolarea terminată, dăm intestinul și mezoul înăuntru și se vede fosa lombară liberă. Avantajele acestei metode sunt următoarele: se secționează întâi ligamentele, cari sunt cheia acolării retro-colice, se descoperă dintr'odată duodenul și ureterul, se poate ridica fără pericol, țesutul celulo-grăsos retro-peritoneal, până la mușchi și se începe operația la distanță de tomoră, pe transvers. În caz de cancer voluminos începem decolarea de jos în sus, dela unghiul ileo cecal.

Fiecare pedicul trebuie reperat, se izolează și apoi se leagă. Aceasta se face ușor, când mezo-colonului nu este infiltrat. Se secționează pediculi arteriali și limfatici, se secționează apoi zonele avascularizate ale mezoului, până la marginea intestinală. Se suturează mezoul cu peritoneul parietal în unghiul inferior al inclziei și chiar la cel superior pentru a acoperi duodenul. Se face drenaj mare cu meșe îmbibate cu bacteriofag, sau cu ser antigangrenos. Chiar când peritonizarea a fost aproape imposibilă, se lasă un adevărat Mikulicz. Colonul se poate secționa fără strivire și închide prin răsucire, după metoda Klapp-Cunéo. Su-

tura pereților se face în două planuri; unul peritoneal și altul muscular și se lasă să iasă drenul și meșa la partea inferioară a inciziei. Meșele se iau progresiv din ziua 6—10 și se ridică în ziua 12.

Metoda exteriorizării. Se face pentru a evita secțiunea intestinului în cavitatea peritoneală și a împiedica infecția. Primul timp constă în două acte: 1. se scoate afară ansa care prezintă cancer și se fixează la peretele abdominal 2, se rezeacă ansa exteriorizată cu mezo-ganglionul său. Mobilizarea tumorii și a segmentului colic este singura manoperă, care se execută în interiorul peritoneului. Rezecția se face în afara abdomenului, iar anusul care rezultă se va închide ulterior. Mezoul se secționează triunghiular și se detașează din inserțiile sale profunde, pentru a-l exterioriza în bloc cu segmentul care va fi suprimat. Trebuie să așteptăm 7—8 zile înainte de a rezeacă, până ce aderențele sunt solide. În colectomia cu exteriorizare, primul timp se termină deci, printr'un anus contra naturii, anus total cu pintene instalat temporar. Al doilea timp operator constă în închiderea anusului. Această metodă nu se aplică, decât în mod excepțional în tumorile colonului drept.

Cum se apreciază posibilitatea sau imposibilitatea exerezei? Aproape numai prin laparotomie exploratoare, la care trebuie să recurgem totdeauna. Numai la bolnavii cașectici, care prezintă contraindicațiuni de ordin general (renale, cardiace, pulmonare), la cei în vârstă, febricitanți, trebuie să ne abținem. În cancerul cecului, de multe ori aderențele sunt de natură inflamatorie, așa că nu totdeauna fixitatea tumorii cecale contra indică intervenția. Amintim că *N. Lane* într'un articol insistă asupra valorii colectomiei totale, opunând-o rezecției segmentare a colonului. Este suficient de a lăsa o lungime potrivită din colonul pelvian pentru a permite abuşarea directă a terminațiunii ileonului. Avantajele acestui procedeu sunt următoarele: anastomoză sigură și excelentă între ileon și colonul pelvian, conținutul ileonului poate fi complet vidat cu o sondă mare esofagiană numărul 25, introdusă prin anus și împinsă 15 cm. deasupra anastomozel și lăsată 6 zile pe loc. Se administrează parafină pentru a evita obstrucția tubului. Abdomenul se găsește în parte golit și tensiunea intra abdominală diminuează. Abiația colonului întreg permite de a evita apariția unei noi tumori pe colon pe când o rezecție segmen-

mentară poate să producă o nouă tumoră pe segmentul lăsat. Colectomia totală permite ridicarea mult mai largă a ganglionilor limfatici, facilitând o mai largă rezecție a mezourilor, fără a produce tulburări circulatorii prin leziunea vaselor.

Mortalitatea în colectomiile drepte diferă în mică măsură după autori. Astfel, *Cavaillon* 30 la sută, *Okynczyc* 29 la sută, *Bertrand* 34 la sută, *Miller* 25 la sută, *Nordmann* 26 la sută. Statisticile arată că rezecția colonului stâng dă o mortalitate mai mare decât a celui drept, în care operația într'un timp cu sutură imediată este relativ o procedură sigură. În colonul stâng puterea infectantă este mai mare.

Rezultate tardive

În ceea ce privește cancerul co'onului trebuie o supra-viețuire de cel puțin 5 ani pentru a ne pronunța asupra vindecării. Pentru a putea aprecia valoarea exactă a unei metode terapeutice, în care intră în joc proporția operațiilor radicale, mortalitatea operatorie și frecvența recidivelor, ar trebui să cunoaștem pe lângă numărul excrezelor și acela al supraviețuirilor îndepărtate, numărul total al bolnavilor operați (laparatomie exploratoare, operațiuni paliative și operațiuni radicale). *Miller* crede că în cancerul colic, vindecările îndepărtate se produc în 1/10 a cazurilor examinate, în 2/10 a cazurilor rezecate, în 3/10 a cazurilor aparent vindecate. *Finstler* dă o vindecare de 46,6 la sută, *König* și *Dick* 30 la sută, cu o supraviețuire de peste 3 ani în raport cu totalitatea cazurilor rezecate. Rezultatele funcționale sunt mai bune în hemicolectomiile pentru leziuni organice, decât în rezecțiunile pentru stază. Examenul radiologic tardiv nu arată dilatațiuni colice, decât un mic fund de sac pe transvers. Colizarea se observă numai după colectomiile subtotale și excepțional după hemicolectomia dreaptă.

Recidive

La capitolul de anatomie patologică am menționat că în cancerul colonului, extensiunea limfatică intra-parietală este foarte redusă și posibilitatea recidivelor locale diminuată. După *Miller*, jumătate din recidive ar surveni în cursul primului an, 25 la sută între 1-5 ani și 25 la sută după 5 ani. Cancerele cecului dau rezultate tardive mai bune decât cancerele unghiului drept. Apariția unui alt cancer

ne face să ne gândim la posibilitatea unei tumori benigne degenerate, care s'a dezvoltat după extirparea primei tumori. După statistica lui Mayo, în tumorile cecale, metastazele s'au produs în 48 la sută, în tumorile colonului transvers 50 la sută și 35 la sută cele ale segmentului.

Operațiuni paleative

În cazurile în care orice tentativă de exereză este imposibilă prin volumul tumorei. întinderea invadărilor sau existența diseminațiilor la distanță se fac operațiuni paleative care nu sunt satisfăcătoare. Dau o supraviețuire de un an, în medie 8—10 luni. Sunt însoțite de o mare mortalitate, fiindcă se execută în cazurile avansate. Cauza morții este o desfacere a suturilor, sau o afecțiune supra adăugată. Operația paleativă constă într'o derivație internă, care pune cancerul în repaus, diminuează numărul supurațiilor perineoplazice și împiedică dezvoltarea accidentelor ocluzive. Dacă cancerul este localizat pe cec sau ascendent, ileotransversostomia cu excludere unilaterală pare a fi cel mai bun tratament paleativ. La cel cu obstrucție avansată se face o mică ileostomie Witzel, înainte de anastomoză. Durata prelungirii vieții după simple colostomii în cazurile inoperabile este prelungită în comparație cu celelalte cancere inoperabile în general. Virulența cancerului intestinal depinde mai mult de felul cancerului, decât de teren. Cancerul coloid este mai malign, decât cel schiros. Ori la nivelul cecului, întâlnim mai frecvent forma vegetantă.

Cazuri clinice

În clinica chirurgicală din Cluj au fost operate cazurile, pe care le redăm mai jos. O parte din aceste cazuri au fost observate personal, iar altele, din foile de observație. Numărul acestor cazuri nu reprezintă în mod exact toate cazurile care au fost tratate în clinică, deoarece o parte din foile de observație nu s'au găsit, iar pe de altă parte, un număr oarecare din cazuri au fost trecute cu diagnosticul complicațiilor, în loc de afecțiunea primitivă. Cazurile diagnosticate au fost în număr de 11, dintre care 2 n'au fost operate: unul refuzând intervenția, iar al doilea prezentând RW intens pozitivă, se recomandă să revină după tratament antiluetic. În cele ce urmează vom descrie aceste cazuri cu simptomatologia, tratamentul care s'a făcut și rezultatele imediate.

Obs. I. — B. B. 50 ani, căs. casn. întră în 8-IV 1924. Boala datează de un an, a debutat lent cu dureri vagi în abdomen, balonare. Acum 4 săpt. durerile au devenit continue, difuze în întreg abdomenul, scaun regulat, pofta de mâncare păstrată. În flancul și fosa iliacă dreaptă se constată prezența unei tumori dure, ușor neregulată, puțin sensibilă, de mărimea unui cap de făt, care ajunge la linia abdominală, în sus, până la rebordul costal, în jos până la creasta osului iliac. Se intervine în 11-IV cu laparatomie pararectală dreaptă se constată o ascită sang. foarte abondentă și o tumoră difuză cu caracter de cc care prinde cecul, colonul ascendent, flexura subhepatică și o parte din colonul transvers, epiploonul prins în întregime. Se extirpă o porțiune din epiploon. Epiteliomul e diseminat în toată cavitatea abdominală. Ileonul e puțin îngroșat, dilatat și cu disemirări neoplazice. Se închide abdomenul complet, sucombă la 19-IV.

Obs. II. — G. G. 37 ani, căs. plugar, ort. — Intră în 10-VIII 1926, iese în 20-IX 1926. Antecedente eredo-colaterale fără importanță și personale la fel. Boala actuală datează de un an, debut insidios cu dureri epigastrice cari apăreau după alimentație imediat, durau câteva minute și dispăreau. De 3 luni simptomele s'au agravat, dureri intense în flancul drept, slăbește, scaunele sunt mai frecvente și lichide, pofta de mâncare păstrată. La palpare profundă se constată o tumoră în flancul drept, dură, mobilă și sensibilă. În 20-VIII se intervine prin laparatomie mediană supra ombilicală, cecul este fix și prezintă o tumoră de mărimea unui pumn de adult, care stenozează lumenul ileonului și cecului, e foarte aderentă de loja cecală. Se face *ileo-colostomie latero laterală* în apropierea flexurei lienale ganglionii mezenterici sunt toți prinși, se închide abdomenul fără drenaj, părăsește clinica pe răspundere proprie în stare ameliorată.

Obs. III. — I. A. 53 ani, întră în 26-X 1927. Boala actuală datează de 3 ani, a debutat cu dureri în fosa iliacă și flancul drept, cu regurgități și colici intestinale violente. Prezintă abdomen mărit, sensibilitate mare pe întregul abdomen, și apărare musculară. Se face laparatomie mediană supra și subombilicală. La nivelul cecului se constată o tumoră dură, care obstruiază complet lumenul intestinului și este aderentă. Se fixază o ansă terminală a ileonului la colțul inferior al plăgii, restul se suturează. După 3 ore se deschide cu termocauterul ansa fixată la nivelul plăgii. Revine în 26-III 1928, cu o fistulă stercorală. Se intervine în 5-IV 1928. Se rezecă porțiunea din ileon lezată și se face *ileo-transversostomie latero-laterală* cu drenaj. Părăsește clinica vindicată.

Obs. IV. G. M. 48 ani, căs. ort, intră în 19-VII-1928 și iese în 24-VII. Boala datează din Febr. 1928 a debutat cu dureri în regiunea apendiculară și cu scaune diareice, inapetență, debilitate generală. Durerile devin continue, slăbește mult. Ex. ob.: tumoră sensibilă în regiunea apendiculară. Operația în 21-VI-928, laparatomie subombilicală. Se constată că cecul formează un bloc dur și ileonul dilatat în porțiunea terminală. Se rezeacă ileonul în porțiunea terminală și colonul ascendent cu cecul, până la flexura hepatică, se face ileo-transversostomie latero-laterală, se închide cavitatea abdominală complet. În 24-VII sucombă cu fenomene peritoneale.

Obs. V. — H. I. 48 ani, căs., plugar, intră în 28-II-931. Boala datează de 11 luni, a debutat insidios, cu inapetență, debilitate, dureri în membre. Prezintă apoi greață și anorexie electivă față de grăsimi. Mai târziu survin dureri în hipocondrul drept și epigastru. Observă mișcări ondulate care mergeau din fosa iliacă dreaptă spre hipocondrul drept și se întorceau pe acelaș drum. De 7 luni prezintă scaune frecvente cu mucus și sânge. La palpație se constată o rezistență dură, nedureroasă în flancul drept. După 6 ore Ba. în cec, în mare parte în ileon cu ansele foarte dilatate. Cecul se desenează în parte, retrodilatarea ileonului. Se intervine în 4-III și se face anus pe ileon, la 5 cm. de valvula ileo-cecală, se găsește o tumoră pe colonul ascendent, începând dela valvula ileo-cecală. În 18-IV se face ileo-transversostomie latero-laterală.

Obs. VI. — C. A. 38 ani, căs., intră în 28-VIII, 1933. Boala datează de 5 luni. A debutat brusc cu dureri abdominale difuze, apoi s'au accentuat, apar vărsături, dispare pofta de mâncare, slăbește mult. Operația: 31-VIII-933, laparatomie supra și subombilicală, ansele intestinului subțire dilatate, congestionate. Pe ileon, la 4 cm. de terminația sa, se constată o tumoră, cecul este ocupat în întregime de o formațiune tumorală solidă, neomogenă. Se face ileo-transverso-stomie-latero-laterală, acoperindu-se suturile cu lambouri de epiploon. Se închide cavitatea abdominală în straturi, se lasă fără drenaj. Se rezervă pentru timpul 2, extirparea tumorilor.

... Pleacă ameliorată cu indicația de a reveni după o lună.

Obs. VII. — B. M. 35 ani, căs. plugar, ort. Intră în 28-VII-1934. Boala datează de 1 și $\frac{1}{2}$ an, a debutat cu mici dureri periombilicale, care n'aveau nicio legătură cu alimentația. Mai târziu observă că în timpul mesei e cuprins de o senzație de greață și trebuie să întrerupă mâncarea. Este inapetent, slăbește în forța fizică și observă că are ghiorăituri după care prezintă scaune diareice. 5-6 la zi, alternând

cu constipație de câteva zile. Observă apariția unei tumori în regiunea ileo-cecală. Se observă uneori mișcări peristaltice, care se termină în fosa iliacă dreaptă. *Operația*: 1 VIII 1934, incizie pararectală, la nivelul cecului o tumoră neregulată de mărimea unui pumn. Se extirpă tumora în bloc și se restabilește continuitatea tubului digestiv printr'o anastomoză *ileo-colică latero terminală*. Se drenează. Sucombă cu fenomene de stercoremie și azotemie în 5 VIII 1934.

Obs. VIII. — C. L. de 14 ani, elev gr. cat. antecedente eredo-colaterale și personale fără importanță pentru afecțiunea pe care o prezintă. Boala actuală datează de 5 luni și a debutat cu durere în fosa iliacă dreaptă, greață vărsături, ascensiuni febrile, cefalee. Accesul dureros dispărea după câteva zile și se prezenta numai ca ușoare înțepături în fosa iliacă dreaptă. La inspecție se constată în fosa iliacă dreaptă o tumefacțiune, la palpație este dură, sensibilă, regulată. R. W. Negativ. La început se pune diagnosticul de bloc apendicular leucocitoza 18.600. În 9 III se face irigoscopie și radiografie, după care se constată un defect de umplere al cecului. În 13 III se face laparotomie exploratoare sub ombilicală, care se prelungeste și în sus. Se constată prezența unei tumori dure de dimensiunea unui cap de îăt, la care aderă epiploonul. Tumora este formată dintr'un centru dur, și în jur ansele intestinului subțiri sunt aderente. Ganglionii mezenterici sunt măriti, se extirpă² pentru biopsie. Neputându-se extirpa tumora se închide abdomenul. Examenul histo-patologic al pieselor luate pentru biopsie arată, că este vorba de un adeno-carcinom al cecului.

În stare gravă părăsește clinica în 25 III.

Obs. IX. — V. M. Medic 32 ani. căsăt. Antecedente fără importanță. Boala actuală datează din luna Dec. 1935, când în urma operației de apendicită prezintă scaune de consistență moale mai frecvente, 2-3 la zi, cu stare de astenie, până înainte cu 5 săpt. când scaunele devin mai frecvente. Apar dureri difuze abdominale și febră după masă 38°,5. În 18 VII 1926, se face operația: rezecția cecului ileo-transverso stomie, drenaj. Se face incizie pararectală dreaptă, la deschiderea cavității peritoneale se constată o tumoră localizată pe colonul ascendent care prinde și valvula cecală. Se exclude partea interesată a tubului digestiv, la porțiunea terminală a ileonului și la flexura hepatică a colonului și se face anastomoză între ileon și colonul transvers. Se rezecă tumora, se drenează loja renală. La 6 ore după operație se administrează purgativ. A 5-a zi se suprimă drenajul. În 31 VII părăsește clinica vindecat.

Observăm că numărul bărbaților, cari au prezentat această afecțiune este mai mare față de numărul femeilor: 6 bărbați și 3 femei. Vârsta, la care a survenit epiteliomul se cuprinde între 14—53 ani, fiind mai frecvent în jurul vârstei de 50 ani. Intervenția s'a făcut prin laparatomie mediană supra și subombilicală și prin incizie para-rectală. S'au executat două laparatomii exploaratoare, unde nu s'a putut extirpa tumora, din cauza aderențelor multiple și a extensiunii mari tumorale. După cum am menționat la capitolul tratamentului chirurgical. În cancerul cecului, procedeul care dă rezultate mai bune este intervenția într'un singur timp. În clinica chirurgicală din Cluj s'au făcut în 7 cazuri ileo-colostomie latero-laterală, o ileo-colostomie termino-laterală și într'un singur caz s'a făcut întâiu anus contra naturii, iar în al doilea timp s'a făcut ileo-transversostomie latero-laterală. S'a obținut două vindecări, două ameliorări și trei au sucombat. Dl. Prof. Pop recomandă să se administreze purgative în ziua a 5-a după intervenție, cu scopul de a mări peristaltismul intestinal, permițând conținutului intestinal să treacă mai ușor peste nivelul anastomozei, unde atonia musculară poate întreține staza intestinală și consecințele ei toxice. Acest fapt are mare importanță, deoarece *Haberer* în 43 de cazuri mortale n'a constatat la nici unul peritonită, suturile au fost intacte, totuși bolnavii au sucombat cu fenomene de insuficiență circulatorie, din cauza intoxicațiunii în urma unei atonii intestinale *Meltzer* a arătat în mod experimental că peristaltismul nu trece peste intestinul secționat, din cauza secțiunii nervilor și a musculaturii. *Haberer* și *Hering* au demonstrat pe câine, că excitațiunile electrice nu trec peste secțiunea intestinului, dacă anastomoza se face cap la cap. Înlăturarea stazei cecale are mare importanță, deci în evitarea intoxicației ulterioare.

Din rezultatele obținute asupra cazurilor operate în clinică tragem concluzia, că chirurgia colonului este gravă, având o mortalitate ridicată. De aceea, înainte de a interveni asupra colonului, trebuie ca bolnavul să fie bine pregătit în prealabil, să fie precis localizat sediul tumorii și să se aleagă procedeul chirurgical, care convine mai bine, având în vedere localizarea tumorii, faza de evoluție și starea generală a bolnavului. Ținând seamă de acești factori și dacă intervenția se face într'o fază incipientă de evoluție, vom obține rezultate imediate bune și supraviețuirea va fi de durată mai lungă.

În clinica chirurgicală din Cluj, în tumorile colonului drept și în special în cele ale cecului se face intervenție într'un singur timp, evitând astfel complicațiunile post operatorii și se aplică alt procedeul numai în acele cazuri, în cari primul procedeul nu se poate aplica.

Concluziuni

1. Epiteliomul cecal este o afecțiune cu evoluție malignă, apărând la o vârstă înaintată și fiind mai frecvent la bărbați.

2. Etiologia și patogenia cancerului sunt încă obscure.

3. Diagnosticul precoce se poate stabili foarte rar și de obicei se face numai într'o fază înaintată de evoluție, când bolnavul se prezintă cu o complicațiune dată de tumoră. — Examenul radiologic nu va fi neglijat niciodată, iar în cazurile, în care nici prin acest mijloc diagnosticul nu poate fi stabilit, indicăm o laparotomie exploratoare.

4. Tratamentul epiteliomului cecal este în prezent numai chirurgical. Trebuie aplicat într'o fază incipientă și să cuprindă exezeze cât de largi. Procedeu chirurgical care dă rezultate satisfăcătoare, este colectomia dreaptă intra-peritoneală într'un timp, cu ileo-transversostomie latero-laterală.

5. Rezultatele post operatorii depind de starea generală a bolnavului înainte de operație și de precocitatea intervenției.

6. În cazurile rezecate se obțin vindecări în 30—46 la sută din cazuri, cu o supraviețuire de peste 3 ani.

7. Rezultatele funcționale sunt mai bune în hemicolecotomiile pentru leziuni organice, decât în rezecțiunile pentru stază.

8. Intervenția în cancerul cecului dă rezultate tardive mai bune, decât în celelalte localizări pe colon. Jumătate din recidive ar surveni în cursul primului an, 25 la sută între 1—5 și 25 la sută după 5 ani.

Văzută și bună de imprimat.

Președinte :

(ss) Prof. Dr. Al. Pop

Decan :

(ss) Prof. Dr. D. Michail

Bibliografie

ABADIE : Technique del'extirpation des tumeurs du gros intestin. 31-è Congrès français de chir, Paris, 1922.

BAVERIA : Tumeur maligne du caecum. Arch. Ital. di chir. 1924.

BELL : Le choix de l'opération dans les cancers du gros intestin. Arch. of Surg. 1930.

BUȘULENGA A. : Einige Betrachtungen über den Dickdarmkrebs in Verbindung mit vier Fällen Rev. chir. 21.

BORZA—TOTOIANU : Studiu clinic asupra neoplasmului colonului și tratamentul său chirurgical. Clujul Medical, 1 Ian. 1935.

CONSTANTINESCU C. : Extirpation des Kolons wegen Darmkrebs. Rev. chir., Nr. 2, jg 6.

CRAIG et MAC CARTHY : Envahissement des ganglions lymphatiques dans le cancer du caecum. Ann. of Surg. 77, 1923.

DEAVER J. : Surgery of the rights Half of the colon. Ann. of Surg. 2, nr. 2, 1924.

DIXSON et NELSON : Cancer du caecum, Surg. Clin. Naorth. Am. 11, 1931.

DENK : Dickdarmcarcinom. A. f. kl. chir. LXXXIX.

ERDMANN et CLARK : Tumeurs du caecum. Ann of Surg. 1927.

GOEBEL : Carcinoma coli ascendentis. Zentralbl. f. chir. Jg. 54, 1931.

GOSSET J. : Cancer du colon droit. Thèse, Paris.

HATIEGANU—GOIA : Tratat elementar de semiologie și patologie medicală, vol. 2, 1936.

KAUFMANN, HELLMUTH : Über Dickdarmcarcinome. Brun's Beitr., 142.

KÖNIG und DICK : Beitr. chir. 153, 1931.

K. PATERSON, BROWN : Cancer des colons, traitement et résultats, éloignés.

MAYO et HENDRICKS : Carcinoma of the right segments of the colon, Ann. of the right segments of the colon. Ann. of Surg. Nr. 3, 1926.

MAINGOT G. et R. SARASIN : Valeur de l'exploration radiologique du cancer des colons. Presse médicale, 1934.

MARTIN PAUL : Résection du cancer en un temps pour cancer. Journ. de Chir. 1927.

OKYNCYZC : Colectomies. Bull. Soc. Nat. de chir. 1924.

RANKIN FR. : Mortality following colostomy for carcinoma of the large bowel. Ann. Surg. 89.