

UNIVERSITATEA REGELE FERDINAND I., CLUJ
Facultatea de Medicină.

No. 1107

Considerațiuni asupra suferin-
țelor tardive după operațiile
pentru
ULCER GASTRODUODENAL



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

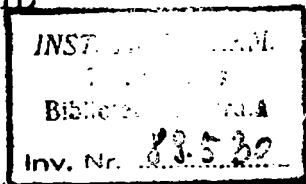
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 27 MAIU 1937.

DE

LUNGU HONORIU MIHAIL

9824

23 MAY 2005



CLUJ

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
Str. Memorandului 22.

Decan: Domnul Prof. Dr. D. MICHAÏL.

Profesor:

Clinica stomatologică	Prof. Dr.	<i>Aleman I.</i>
Istoria medicinei	”	<i>Bologa V.</i>
Bacteriologie	”	<i>Baroni V.</i>
Patologia generală și experimentală	”	<i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	”	<i>Buzoianu G.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	”	<i>Grigoriu Cr.</i>
Istologia și embriologia umană	”	<i>Drăgoiu I.</i>
Semiologie medicală	”	<i>Goia I.</i>
Clinica medicală	”	<i>Hațieganu I.</i>
Clinica chirurgicală }	”	<i>Pop A.</i>
Medicina operatoare }		
Medicina legală	”	<i>Kernbach M.</i>
Farmacologia și farmacognozia	Supl.	<i>Popoviciu Gh.</i>
Clinica infantilă	Prof.	<i>Popoviciu Gh.</i>
Clinica oftalmologică	”	<i>Michail D.</i>
” neurologică	”	<i>Minea I.</i>
Igienă și igienă socială	”	<i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	”	<i>Negru D.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	”	<i>Papilian V.</i>
Fiziologia umană	Supl.	<i>Drăgoiu I.</i>
Balneologie	Prof.	<i>Sturza M.</i>
Clinica dermato-venerică	”	<i>Tătaru C.</i>
” urologică	”	<i>Țeposu E.</i>
Chimia biologică	”	<i>Thomas P.</i>
Clinica psihiatrică	”	<i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică	”	<i>Vasiliu T.</i>
Chimie	Agr.	<i>S. Secăreanu</i>
Fizică	Conf.	<i>N. Bărbulescu</i>

JURIUL DE PROMOȚIE

Președinte : Domnul Prof. Dr. *I. Hațieganu*

Membrii :	}	Domnul Prof. Dr. <i>I. Goia</i>
		” ” ” <i>Al. Pop</i>
		” ” ” <i>C. Tătaru</i>
		” ” ” <i>T. Vasiliu</i>

Supleant : Domnul Doc. Dr. *I. Gavrilă*

Părinților Mei

*dedic această lucrare
drept mulțumită pentru jertfele
depuse cu educația mea.*



Domnului Prof. Iuliu Hațieganu

*Voiu păstra veșnic în suflet icoana
acestui adevărat medic și maestru*

Domnului Prof. Ioan Giia

*îi mulțumesc din suflet pentru
ajutorul moral și material dat
la alcătuirea acestei lucrări.*



Domnului Asistent Tiberiu Spârchez

*mulțumiri pentru îndrumările date
în timpul lucrării acestei teze*

INTRODUCERE.

Rezultatele tardive nesatisfăcătoare a tratamentului medical în ulcere, necesitatea prelungirii foarte lung timp a acestui tratament, frecvențele complicațiunii ale ulcerelor în cari tratamentele medicale nu numai că nu dau nici un rezultat, dar continuarea lor duce la compromiterea vieții bolnavului, au dus la ideea încercării unui tratament radical, chirurgical al ulcerului gastro-duodenal.

Acest tratament a evoluat cu diferitele teorii asupra etiologiei și patogeniei ulcerului. Rezultatele sunt considerate bune la începutul erei intervenționiste. Cu timpul însă, internștii au observat că tot mai mulți din acești operați, cari vin cu suferințe noi, produsul modificărilor anatomo-fiziologice aduse stomacului prin diferitele operații, sau rezultând din evoluția boalei primitive, pe care chirurgul n'a înlăturat-o odată cu extirparea porțiunii purtătoare de ulcer.

Discuțiile noi asupra etiologiei și patogeniei ulcerelor gastro-duodenale găsesc insuficiente vechile teorii patogenice pe cari se bazau diferitele procedee operatorii. Deci tratamentul chirurgical nu e un tratament patogenic.

Teoriile noi asupra patogeniei ulcerului gastroduodenal pe de altă parte au introdus în terapeutica medicală a ulcerului o mulțime de medicamente, cari au provocat discuții noi, căutând să se stabilească în mod cât mai precis eficacitatea lor.

S'au făcut numeroase statistici în această privință, s'au făcut statistici comparative în ce privește rezultatele obținute după diferitele tratamente medicale, cât și în ce privește rezultatele tratamenului medical față de cel chirurgical, căutând să se stabilească indicațiile operatorii.

Toți autorii relatează eșecurile frecvente a diferitelor tratamente medicale, observând recidive după o perioadă de timp variabilă de vindecare aparentă. Moutier, într'o statis-

tică pe 628 cazuri notează recidivele frecvente în primii ani, observă însă și recidive după 20—30 și chiar 35 ani de vindecare aparentă. Atribue ineficacitatea tratamentului medical și faptului că mulți bolnavi fac un tratament insuficient.

Goia, Spârchez și Meșianu, într'un studiu complet asupra ulcerului gastro-duodenal, lucrare care va apare în: „Archives des maladies de l'appareille digestive“, caută să stabilească rezultatele tratamentului medical la bolnavii ulceroși cari au fost tratați în clinica medicală din Cluj, în ultimii 12 ani. Numărul foarte mare de cazuri observate un timp relativ lung, mă fac să insist mai mult asupra acestei lucrări.

Numărul cazurilor e de 2.700, 7,71% din totalul bolnavilor și 58,92% din suferințele stomacale. Tratamentul simptomatic — regim, alcaline și antispasmodice — a fost aplicat în 1192 cazuri, obținând vindecări controlate radiologic, abia în 2,7%, ameliorări în 35,8% neputând influența simptomele prin acest tratament în 61,5%. Observă recidivele ulcerului dela 1—10 ani după tratament, atribuindu-le și faptului că acest tratament e rareori finit mai mult de 5—6 luni, bolnavii părăsind după acest timp atât medicația cât și regimul.

După Aktoprotină, aplicată la 363 bolnavi, observă rezultate bune în 21,71%, ameliorări în 46,98%, insuccese în 32,31%. — Remarcă și în aceste cazuri carența terapeutică drept cauză de recidive, bolnavii neobservând prescripția de a repeta tratamentul în sezonul de toamnă și primăvară, când survin de regulă recidivele. Rezultate mai bune au obținut asociind Aktoprotina cu Atropina, procentul vindecărilor ridicându-se până la 40%, cu abia 12,08% insuccese.

După vaccineurină observă 10% vindecări, 40% insuccese și 50% ameliorări. Totalul observațiilor 10.

După injecții cu lapte, pe 21 observații obțin 47,29% dispariția durerilor, 33,33% insuccese și 19,38% ameliorări durabile.

Radioterapia aplicată în 11 cazuri, 7 neinfluențate, 2 ameliorări și 2 vindecate.

Cu paratiroidă, obțin succese momentane în 39,2%, ameliorări 50%, insuccese în 10,8%, tardiv cunoscând starea numai la 7 bolnavi, toți bine de 5—6 ani.

Cu pepsină, rezultatele imediate favorabile în 20% necesită urmărirea tardivă pentru a se putea pronunța; la fel tratamentul cu mucină.

Remarcă de asemenea recidivele tardive după tratamentul cu histidină, gerulcină și larostidină.

În ce privește rezultatele chirurgicale, discuția între chirurghi și interniști a dus la cercetări statistice numeroase. Rezultatele diferă mult de la autor la autor, din cauza modalităților diferite de lucru și din cauza imposibilității de a reexamina toți bolnavii operați, cari nu se prezintă la control, decât în număr foarte redus.

În fața acestor fapte, la sugestia dlui prof. Goia, în colaborare cu dl. Dr. Spârchez, am încercat să utilizez materialul clinicei medicale din Cluj din ultimii 12 ani, studiind foile de observație a acestei clinici cari privesc bolnavii operați reexaminați și în plus am lansat 585 fișe individuale cu un chestionar amănunțit tuturor bolnavilor observați și tratați în acest timp în clinici și transpuși la operație pentru a cunoaște starea lor actuală.



CAP. I.

CONSIDERAȚIUNI GENERALE.

Chirurgia a căutat să aducă aportul ei în tratamentul ulcerelor gastroduodenale, cercând, „să scoată răul“ în sine, sau să creeze condițiuni noi în funcțiunea stomacului cari să ușureze cicatrizarea ulcerelor, scoțându-l de sub influența presupuselor cauze de producere a lui.

Procedeele operatorii au fost multiple, bazate pe diferitele teorii asupra patogenzei ulcerului. Multe din ele au dispărut din practică, datorită faptului că nu aduceau o ameliorare în evoluția maladiei ulceroase, ba în plus favorizau dezvoltarea unui ulcer peptic (pe gura sau ansa anastomotică jejunală), cu evoluție mai gravă, sau a altor complicațiuni tardive. Voi aminti aici doar operațiile cari sunt considerate până în prezent ca cele mai bune metode de tratament chirurgical.

Primele intervențiuni pe stomac în vederea tratării ulcerului gastroduodenal sunt rezecțiile, cea dintâi rezecție fiind făcând de Péan la 1879. Curând, la 1881, Wolfler execută prima gastroenteroanastomoză în acest scop, operație care câștigă progresiv teren în virtutea mortalității imediate minime și a rezultatelor imediat bune.

Cu observarea primelor cazuri de ulcer peptic jejunal după gastroenteroanastomoză, se revine însă tot mai mult la rezecții, cari tind azi să predomine chirurgia gastrică. Bine înțeles că între timp s'au încercat și alte intervenții, ca gastroenteroanastomoză cu excluderea pilorului, rezecția inelară, rezecția în șanț a ulcerului, etc., dar în fața rezultatelor rele a acestor operații, s'a renunțat la ele.

Voi reda foarte scurt principiul operațiilor considerate azi clasice în ulcerul gastroduodenal.

Gastroenteroanastomoza constă în crearea unei căi de derivație a chimului gastric, trecând o ansă jejunală fie prin mezocolon, fie aducând-o pe dinaintea colonului transvers și anastomosându-o cu stomacul în regiunea antrală, cât mai aproape de pilor.

Rezecția Péan-Bilroth I, constă în rezecția pilorului și a unei bune părți din stomac, cu eliminarea ei împreună cu antrul și pilorul. Se suturează apoi porțiunea superioară a bontului stomacal, lăsând în partea inferioară un orificiu, care se anastomozează termino-terminal cu bontul duodenal.

Reichel înfundă bontul duodenal, trece o ansă intestinală transmezocolic și o suturează termino-lateral cu întreaga suprafață de secțiune a bontului stomacal.

În procedeul Hoffmeister-Finsterer se închide bontul duodenal și jumătatea superioară a bontului stomacal, iar cea inferioară se suturează termino-lateral cu o ansă jejunală adusă transmezocolic.

Procedeul Bilroth II constă în înfundarea bontului duodenal și stomacal în totalitate și crearea unei gastro-enteroanastomoze latero-laterală transmezocolică.

Nu voi menționa micile modificări aduse acestor operații, numărul lor fiind foarte mare și principiul operator rămânând același.

CAP. II.

MODIFICĂRILE FIZIOLOGIEI STOMACULUI PRIN DIFERITELE OPERAȚII.

1. Prin gastroenteroanastomoză se creiază o cale de derivație a chimului gastric, prin care chimul acid ajunge mai repede în intestin. Aici e neutralizat de sucii duodenali (Gonzalo-Guriaran). Ulcerul deci e supus foarte scurt timp sau de loc acțiunii chimului, ferit deci de iritație și digestia acido-peptică, e pus în condiții mai bune de cicatrizare.

Gross, studiind radiologic funcțiunea ansei anastomotice, a observat că într'adevăr imediat după operație evacuarea se face rapid. Mai târziu însă evacuarea se regularizează, făcându-se în porțiuni ritmice, indiferent de situația izo- sau anizoperistaltică a ansei.

În ce privește secrețiunea gastrică, Danicico, notează coborîrea constantă a valorilor acide, atribuindu-o derivației reflexului biliar și mai ales, unui reflex umoral. Acest autor a studiat aciditățile imediat după intervenție. Examinând însă gastroenterostomizații vechi, din acest punct de vedere, constată cu surprindere valori iperacide.

La bolnavii noștri, — din 195 au fost examinați din acest punct de vedere 84 — la un interval de timp dela 1—12 ani după operație. Iperaciditate s'a găsit în 10 cazuri, acidități normale în 29 cazuri, ipoaciditate în 21 cazuri, iar în celelalte 24 cazuri s'a găsit anaclorhidride cu aciditate totală foarte scăzută (valori între 2—15).

Secreția s'a găsit mărită în 29 cazuri, normală în 31 și scăzută în celelalte 20 cazuri.

Din acești bolnavi numai 21 au fost examinați din acest punct de vedere atât înainte cât și după operație. Rezultatele sunt următoarele:

Inainte de operație.

Tardiv după operație.

		<i>Secreție:</i>	
Ipersecreție	20	Ipersecreție	9
Secreție normală	1	Secreție normală	9
Iposecreție	—	Iposecreție	3
		<i>Acidități:</i>	
Iperaciditate	10	Iperaciditate	4
Normaciditate	4	Normaciditate	6
Ipoaciditate	6	Ipoaciditate	5
Anaclorhidrie	1	Anaclorhidrie	6

E evidentă scăderea după operație atât a secreției gastrice, cât și a valorilor acide, observând totuși câteva cazuri în cari persistă iperaciditatea. Remarc că toate aceste reexaminări au fost făcute la un interval de timp lung după operație, la operații suferinzi de turburări tardive.

2. *Prin rezecție* se elimină ulcerul, împreună cu antrul, pilorul și o parte din stomac. Prin eliminarea pilorului se obține și aici o evacuare rapidă a chimului gastric, care, ca și la gastroenterostomizați, poate să-și revină până la un punct, nici odată însă nu așa de mult.

Prin rezecție se obține apoi o anaclorhidrie sau ipoclorhidrie cu suprimarea sau diminuarea secreției de pepsină. Această ana- sau ipoclorhidrie s'ar datora — după Leriche, Marx și Delaville — lipsei reflexului acidogen, care în mod normal ar pleca dela mucoasa antrului rezecat. Guillaume o atribuie imposibilității de secreție glandulară, din cauza gastritei post-operatorii.

Această ana- sau ipoclorhidrie nu e definitivă, secreția gastrică își revine cu timpul, rămânând de regulă în limitele ipoacidității.

Gallart-Monès, examinând 22 cazuri din acest punct de vedere, cari au suferit rezecție Bilioth I, Bilioth II, sau Polya, găsește anaclorhidrie în 16 cazuri, ipoclorhidrie în 4 și iperclorhidrie în celelalte 2 cazuri, atribuind iperclorhidria acestora dezvoltării unui ulcer peptic. Toți acești bolnavi erau vechi ulceroși, operați după un timp lung de tratament medical.

Marx și Delaville examinând aciditățile la 16 rezecați, găsesc anaclorhidrie în 11 cazuri, deci 70%, ipoclorhidrie în

4 cazuri, unul singur având valori acide normale. Probele s'au făcut cu histamină, la 14 luni până la 2 ani după operație.

La bolnavii noștri, după rezeecție Reichel au fost examinați 19: iperaciditate 2 cazuri, valori normale 1 caz, ipoaciditate în 4 cazuri și anaclorhidrie în 12 cazuri.

Secreție mărită au prezentat 6 cazuri, normală 3 cazuri și scăzută celelalte 10. Din acești bolnavi 11 au fost examinați atât înainte cât și tardiv după operație. Iată valorile comparative:

Inainte de operație.

Tardiv după operație.

		<i>Secreție:</i>	
Ipersecreție	6	Ipersecreție	1
Secreție normală	4	Secreție normală	3
Iposecreție	1	Iposecreție	6

		<i>Aciditate:</i>	
Iperaciditate	3	Iperaciditate	2
Normaciditate	3	Normaciditate	1
Ipoaciditate	3	Ipoaciditate	3
Anaclorhidrie	2	Anaclorhidrie	5

Deci și aici o scădere atât a secreției, cât și a valorilor acide, observând și câteva cazuri de persistență a acidității peste limita normală.

3. După rezeecție Finsterer au fost reexaminați 6 bolnavi. Ipoaciditate au prezentat 2, anaclorhidrie 4. Secreție normală 2, scăzută în celelalte 4 cazuri. Examinat și înainte și după operație un singur caz, preoperator ipersecreție și iperaciditate, după operație secreție normală și ipoclorhidrie.

4. După rezeecție Bilroth I reexaminați 4, toți anaclorhidrici. Secreție normală 2, iposecreție 2. Examinat și înainte și după operație un caz, înainte ipersecreție și aciditate normală, după operație secreție normală și anaaciditate.

5. După rezeecție Bilroth II reexaminați 3, anaclorhidrici 2, iperaciditate 1. Examinat și înainte și după operație un singur caz, înainte ipersecreție, aciditate normală, după operație secreție normală și anaclorhidrie.

Danicico notează imediat după rezeecție scăderea pronunțată a acidității. A examinat 7 bolnavi, la 6 nu găsește acid

clorhidric liber, unul prezenta acid clorhidric liber, valoarea 4 (după prânzul de probă Boas-Evald). Aciditatea totală ră-mânea în limite scăzute, cea mai ridicată fiind de 30.

Revenirea secreției acide tardiv după operație, s'ar dato-ri reluării funcțiunei excito-secretorii a antrului eliminat de-către bontul stomacal rămas, sau ansa intestinală. Guillaume o atribue cedării inflamației și revenirea la funcțiune nor-mală a glandelor nedistruse de procesul gastric.

Privind în ansamblu secreția și chimismul gastric la toți bolnavii examinați și înainte și după operație, observăm ur-mătoarele:

Înainte de operație.

După operație.

<i>Secreție:</i>			
Ipersecreție	29	Ipersecreție	11
Secreție normală	5	Secreție normală	14
Iposecreție	1	Iposecreție	19
<i>Aciditate:</i>			
Iperaciditate	13	Iperaciditate	6
Normaciditate	10	Normaciditate	7
Ipoaciditate	9	Ipoaciditate	9
Anaclorhidrie	3	Anaclorhidrie	13

Din aceste date comparative se vede, că după operațiile pe stomac, atât secreția cât și aciditatea scade în mod remar-cabil, într'un mare număr de cazuri obținându-se anaclorhi-drie.

Această scădere a secreției și acidității gastrice e datorită mai multor factori.

1. Evacuarea rapidă a masei alimentare prin crearea u-nei căi de derivație lipsită de sfincterul care o regulează în mod normal. Gley atribue mare importanță în mecanismul secreției gastrice, excitației mecanice prin masa alimentară și excitației chimice prin albumoze, rezultând din digestia al-buminoidelor.

2. Gastrita post-operatorie, prin atrofia glandelor stoma-cale. Acestei gastrite trebuie să-i atribuim marele număr de cazuri cu anaclorhidrie și aciditate totală foarte scăzută.

3. Refluxul sucurilor intestinale alcaline în stomac, căruia nu i se mai opune bariera fiziologică formată de pilor, ajută deasemenea la scăderea valorilor acide prin neutralizarea acidului clorhidric.

4. În rezeecție, eliminarea antrului piloric, care în mod normal ar avea un rol excito-secretor important, pe cale reflexă sau umorală, precum și eliminarea unei porțiuni importante din mucoasa gastrică, a cărui rol secretor este incontestabil.

În ce privește cazurile în cari aciditatea persistă urcată, această persistență a ipersecreției și iperacidității s'ar datori normalizării timpului de evacuare prin ipertrofia fibrelor musculare la nivelul gurei anastomotice, reluării funcției excito-secretorii a antrului de bontul stomacal sau ansa anastotică, cedării procesului gastric și revenirea la funcțiune a glandelor stomacale, bineînțeles în cazul când inflamația a fost de mică intensitate și de durată scurtă, fără a produce o atrofie a acestor glande.

Pe lângă aceste cauze, în menținerea iperacidității intervine și un spin iritativ local — ulcer recidivant, ulcer peptic, — și o cauză umorală necunoscută, aceeași care a cauzat ulcerul pentru care s'a intervenit.

În privința funcțiunilor digestive după rezeecție, Gavrilă și Danicico studiind digestia grăsimilor și proteinelor la rezeecați, găsesc alterarea constantă a digestiei grăsimilor, atât din punct de vedere calitativ cât și cantitativ, și alterarea în mai mult de jumătatea cazurilor a digestiei proteinelor. Se atribuie insuficienței pancreatice și hepatice după rezeecție și transitului rapid.

CAP. III.

SUFERINȚELE DUPĂ OPERAȚIILE PENTRU ULCER GASTRO-DUODENAL.

Aceste suferințe sunt datorite mai multor cauze. Clasificarea acestor suferințe variază dela autor la autor. Clasificarea adoptată de școala clujană e cea a dlui prof. I. Hațieganu, pe care voi reda-o.

I. Suferințe datorite intervenției:

- a) Hernie epigastrică;
- b) Eventrație în plagă;
- c) Fistula gastrică;
- d) Aderențe;
- e) Abces perigastric.

II. Suferințe datorite boalei primitive:

- a) Recidiva ulcerului primitiv;
- b) Formarea unui nou ulcer gastric;
- c) Ulcerul peptic.

III. Suferințe datorite modificărilor anatomo-fiziologice a stomacului:

- a) Evacuarea rapidă;
- b) Gastrita;
- c) *Microgastria*;
- d) Achilia pancreatică.

IV. Suferințe datorite turburărilor de evacuare:

- a) Disfuncția ansei;
- b) Stenoza gurei anastomotice;
- c) Pareza post-operatorie a stomacului.

V. Suferințe datorite agastriei:

- a) Anemie Biermeriană;
- b) Urticarie;
- c) Eczemă;
- d) Edem Quinque.

VI. Cancerizare.

În discuția acestor turburări, cele care survin imediat după operație și cari sunt în legătură directă cu intervenția, nu aparțin interniștilor, le observă numai chirurgii. Mă voi ocupa numai cu turburările cari survin tardiv după operație, ca: recidiva ulcerului, stenoza gurei anastomotice, disfuncția ansei și cu turburările datorite insuficienței secretorii a stomacului — internă sau externă — pe cari le voi în-globa în studiul gastritei.

1. *Aderențele.* În etiologia acestei complicații se amintesc peritonizarea rea a suprafețelor, expunerea la aer, sufuziuni sanguine, contactul cu pielea iodată sau cu compresele uscate, ligaturi grosolane, drenajul. Pe lângă acestea se cere și un teren special deseori sifilitic sau tuberculos, cu o ușoară infecție.

Tabloul clinic se caracterizează prin dureri continue sau periodice. Între perioadele dureroase bolnavul nu e fără nici o acuză, ci prezintă semne de dispepsie, hiper- sau ipostenică. Perioadele dureroase sunt însoțite deseori, mai ales la început, de ușoare ascensiuni febrile, rămânând în limitele subfebrilității, semn care pledează în favoarea unui puseu de inflamație peritoneală.

La aceste se adaugă semne de compresiune pe organele învecinate: pe căile biliare, cistite, însoțite de distensiuni a vezicii biliare, choledoc, însoțite de icter. Prin staza biliară, pe care o provoacă, favorizează o infecțiune ascendentă a căilor biliare, dând cholecistite și anghiocholite, cari prezintă toată simptomatologia acestor infecțiuni, dela simplul sindrom dispeptic până la icterul grav.

Prin compresiuni pe intestin, duc la stenoză intestinală cu toate semnele cunoscute.

Atragerea și cudarea unghiului drept a colonului provoacă staza colică dreaptă cu constipație mecanică, evoluând spre sindromul intoxicației cecale sau stenoza unghiului colic drept.

Starea generală puțin atinsă la început, se agravează paralel cu evoluția acestor compresiuni de vecinătate.

Turburările nervoase sunt foarte frecvente, datorită aceluiaș mecanism, sau faptului că bolnavii își văd înșelate spe-

ranțele de vindecare definitivă, pe care o așteptau dela intervenție.

Tabloul final al acestor bolnavi e sombru. Emaciați, suferinzi, neurastenici, medicația îi ajută puțin, iar tratamentul chirurgical rar aduce vindecarea aderențelor, cari de regulă se refac în timp variabil după debridare.

Obiectiv, sensibilitatea în regiunea epigastrică, doudenală sau vezicală, sensibilitate în punctele paraombilicale, care denotă că e afectat și mezenterul. Se poate pune în evidență durerea la mișcări brusce, durere care se calmează în poziție orizontală.

Radiologic, mișcări anormale a stomacului, concomitente cu mișcările diafragmului, deformarea stomacului la palparea unghiului colic drept. Fixitatea anormală a curburilor la palpare, aspectul bilocular în poziție culcată, deformațiile localizate, neregularități a curburilor sau a antrului.

Imagine lacunară cu contururi șterse în jurul gurei anastomotice, largă și rotundă, cu marginile dințate.

În ce privește frecvența acestei complicații, am observat-o ca afecțiune singulară în 17 cazuri din 171 de operații cari au fost examinați cu turburări tardive în clinica medicală, deci 9,91%. Nu acesta este însă procentul real, întrucât majoritatea ulcerelor recidivante și peptice, precum și totalitatea fistulelor gastrocolice sunt însoțite de aderențe. În aceste cazuri însă simptomatologia acestor afecțiuni predomină față de cea a aderențelor, de intensitate mult mai redusă.

Studiind frecvența aderențelor ca singură afecțiune în raport cu diferitele intervenții, găsim după gastroenteroanastomoză 9 cazuri din 120, în rezecție Bilroth I, 1 caz din 6, în rezecție Finsterer 1 caz din 12 și în rezecție Reichel 6 cazuri din 31. Procentul deci e mult mai ridicat în rezecții față de gastroenteroanastomoză.

Aceasta ar ține la traumatismul operator, mult mai pronunțat în rezecții, precum și la predominarea recidivelor ulcerose și a ulcerului peptic în gastroenteroanastomoză, cum vom vedea mai târziu.

OBSERVAȚIA I. Manoilă M. 26 ani, servitoare.

De 13 ani semne de ulcer pe curbură mică. Tratată simptomatic fără rezultat 2 ani. Se indică intervenția, se face gastroenteroanastomoză.

După operație dureri neregulate, la intervale mari. Între perioadele dureroase grețuri, piroze. În timp de 5 ani durerea devine continuă.

Examen: Sensibilitate epigastrică difuză. HCl=neg. A. T.=12.

Radiologic semne directe de aderențe.

Tratament: simptomatic, diatermie. Rezultat bun, durând de 6 ani.

OBSERVAȚIA II. Domide A. 48 ani.

De 13 ani semne de ulcer pe curbură mică. Tratată simptomatic 4 ani fără rezultat, se indică intervenția. Se face gastroenteroanastomoză.

După operație durerile se mențin, la 5 minute după mâncare cu balonări abdominale, vărsături biliocase, inapetență.

Examen: sensibilitate difuză epigastrică, HCl=neg. A. T.=13.

Radiologic semne directe de aderențe.

Tratament: regim, diatermie, antispasmodice. Rezultat bun, care se menține de 6 ani.

OBSERVAȚIA III. Medre I. 50 ani, mecanic.

De 12 ani semne de ulcer duodenal. Tratat simptomatic fără rezultat, după un an e operat.

Se face gastroenteroanastomoză.

Durerile revin la 5 ani, cu vărsături fecaloide. Reoperat pentru fistulă gastrocolică, bine 3 ani.

Durerile revin 3 ani după operația II-a, cu mișcări peristaltice în abdomen, borborigme, apetit redus.

Radiologic semne de aderențe perigastrice.

Tratat simptomatic, cu rezultat bun de 2 ani.

OBSERVAȚIA IV. Kontz A. 60 ani, grefier, Tabagic-alcoolic.

De 24 ani semne de ulcer duodenal.

Tratat simptomatic 1/2 an fără rezultat, se indică intervenția.

Se face gastroenteroanastomoză, după care se simte bine 6 ani.

Durerile revin după 6 ani, iarna, în 1-2 săptămâni, sunt tardive, 4-5 ore după alimentație și noaptea, cu balonări și piroze, grețuri, inapetență.

Examen: rezistență difuză în epigastru, sensibilă la palpate. HCl=60, A. T. 65. Hémiling pozitiv.

Radiologie semne directe de aderențe și gastrită.

Tratament: regim, alcaline, agarol. Rezultat bun de 2 ani.

OBSERVAȚIA V. Lucaci I., 60 ani, plugar.

De 18 ani dureri epigastrice 3-4 h. postalimentar, periodice. Tratat simptomatic 3 ani fără rezultat, e operat.

Operația: gastroenteroanastomoză pentru ulcer pe curbura mică. După operație se mențin durerile, 1—2 ore postalimentar, piroze, vărsături, constipație. La 3 ani după operație e reinternat.

Examen: sensibilitate epigastrică difuză; radiologic aderente gastrocolice.

Tratament: Aktoprotin, cu rezultat imediat bun. Starea actuală necunoscută.

OBSERVAȚIA VI. Siclodi C. 49 ani, frănar CFR.

De 20 ani dureri epigastrice 2—3 ore postalimentar, vărsături, constipație. Tratat simptomatic 12 ani, fără rezultat, e operat.

După operație bine 6 luni, apoi dureri neregulate cu scaune diareice. Operația: Rezecție Reichel pentru ulcer piloric cu aderente.

Examen: HCl neg., A. T.=4 radiologic semne de aderente perigastrice și de colită.

Tratat simptomatic cu rezultat imediat bun. Suferința revine curând, ținând până acum, fără a urma tratament, respectă însă regimul.

OBSERVAȚIA VII. Pahomie T. 36 ani, plugar. Alcoolic.

De 6 ani dureri epigastrice la 2—3 ore postalimentar, cu vărsături. Tratat simptomatic 1 an fără rezultat, e operat.

Operația: Rezecție Reichel pentru ulcer piloric. Durerile revin la 4 (patru) luni neregulate. Radiologic semne de aderente perigastrice.

Tratament: Aktoprotin, cu rezultat bun de 4 ani, afară de cazurile când face greșeli de regim.

OBSERVAȚIA VIII. Alecuci Gh. 25 ani, mecanic. Tabagic-alcoolic.

De 5 ani durere bruscă abdominală, greață, vărsături.

E operat de urgență.

Operația: Rezecție Reichel pentru ulcer gastric perforat.

Durerile revin la 1 an, la 1—2 ore după alimentație, cu piroze, cefalee, inapetență, constipație.

Examen: sensibilitate difuză epigastrică. Acidități: HCl=0, A. T.=15. Radiologic semne de aderente perigastrice. Tratat simptomatic, cu rezultat imediat bun. Starea actuală necunoscută.

OBSERVAȚIA IX. Vajasdi E. 28 ani, servitoare.

De 9 ani dureri epigastrice la 2—3 ore postalimentar, periodice, vărsături. După 2 ani de tratament simptomatic e operată.

Operația: Rezecție Finsterer pentru ulcer duodenal cu aderente.

După operația la 6 săptămâni revin durerile, continue, accentuate după alimentație, însoțite de vărsături.

Examenul radiologic negativ.

Tratată simptomatic, imediat bine. Starea actuală necunoscută.

OBSERVAȚIA X. Fărcaș I. 38 ani, factor poștal.

De 8 ani dureri epigastrice la 2—3 ore postalimentar, constipație, vărsături. Tratat simptomatic 2 ani fără rezultat, e operat.

Operația: rezecție Finsterer pentru ulcer duodenal. După 3 ani revin durerile, continue, accentuate după alimentație, constipație.

Cere reintervenția. La laparotomie aderențe foarte întinse, nu se poate face debridarea.

Tratat simptomatic se ameliorează doi ani, după care durerile devin iar intense, scaune diareice, vărsături, tenesm.

Examen: stare generală rea, sensibilitate periombilical, scaun albicios, lichid, fetid, cu grăsimi, fibre musculare nedigerate, leucocite și ematii.

Tratat simptomatic fără rezultat. Sucombă.

OBSERVAȚIA XI. Coiug A. 31 ani, muncitor. De 15 ani dureri epigastrice 3—4 ore la început periodice, apoi continue. Tratat simptomatic 3 ani fără rezultat, e operat.

Operația: gastroenteroanastomoză pentru ulcer duodenal cu aderențe. Durerile revin la 6 ani cu acelaș caracter, cedează după regim. După 2 ani revin din nou, cu balonări, erucații și vărsături.

Examen: Sensibilitate în epigastru. Acidități: HCL=22, A. T.=41.

Radiologic semne directe de aderențe perigastrice.

Tratament: regim, diatermie. Rezultat bun timp de 2 ani. Actual durerile au revenit la 3—4 ore după masă, continue. Ține regim, nu urmează nici un alt tratament.

2. *Stenoza gurei anastomotice*. Poate fi datorită procesului de gastrojejunită remarcat mai sus, cicatrizării diforme a gurei din cauza unei rele afrontări mucoase, perigastritei, razeori unui ulcer peptic.

În gastroenteroanastomoza fără stenoza pilorului, simptomatologia e a boalei primitive, ulcerul continuând să evolueze ca înainte de operație.

În gastroenterostomii cu stenoza pilorului sau în gastrectomii tabloul e al stenozei pilorice: vărsături alimentare incoercibile, tardive, însoțite de dureri epigastrice, emaciere progresivă.

Radiologic nu se observă nici o evacuare prin ansa anastomotică, sau, în stenozele incomplete, se evacuează o cantitate foarte mică de bariu în formă de fir. În acest caz ansa anastomotică se desenează sub forma unui traiect strâmt. Stomacul e dilatat, staza gastrică netă.

E o afecțiune puțin frecventă. Am întâlnit această complicație în 2 cazuri din 120 suferinzi după gastroenteroanastomoză și într'un caz din 31 suferinzi după rezecția Reichel.

OBSERVAȚIA I. Sas Gh. 54 ani, muncitor. Tabagic-alcoolic.

De 7 ani dureri 2—3 ore după masă, periodice. Constipație, vărsături alimentare spontane.

Tratament simptomatic fără rezultat doi ani, tratament antiluetic.

Operația: gastroenteroanastomoză pentru ulcer duodenal, stencant. Durerile revin după 2 săptămâni, la 1 oră după masă, cu balonări abdominale, greață, vărsături alimentare abundente.

Examen: acidități HCL neg. A.T.6. Radiologic nu se observă evacuare prin ansă. Prin pilor se evacuează bariu în cantitate mică până la genunchiul inferior, unde stagnează mult.

Refuză orice tratament, părăsește serviciul. Starea actuală necunoscută.

OBSERVAȚIA II. Rusu I. 42 ani, plugar. Alcoolic-tabagic.

De 17 ani dureri epigastrice periodice 1½—2 ore după masă, constipație, piroze.

Tratat simptomatic 10 ani fără rezultat, e operat.

Operația: Rezecție Reichel pentru ulcer pe curbura mică. Durerile reapar la 8 zile după operație, la ½ oră după masă, însoțite de vărsături alimentare abundente, scaune diareice.

Examen: Radiologic nu se vede evacuare, stomacul dilatat. După 6 ore puțin evacuat. După 24 ore evacuat. (*Bolnavul a vărsat*).

Tratament: Reoperație — rezecția ansei cu entero-enteroanastomoză. Starea prezentă necunoscută.

OBSERVAȚIA III. Mantscek C. 56 ani, fabricant. Alcoolic.

De 26 ani dureri epigastrice à jeun, vărsături.

Tratat simptomatic 13 ani fără rezultat, e operat la Sighișoara.

Operația: gastroenteroanastomoză pentru ulcer duodenal. Durerile se mențin după operație continue. E reoperat la Viena (Operația?) tot fără rezultat, continuă să sufere cu intermitențe 6 ani.

Examen: Sensibilitate paraombilical stâng. Ipersecreție, aciditate: HCL=36, A. T.=48. Radiologic nișă pe ansă evacuare retardată, dilatație.

Tratat simptomatic. Se indică reoperația, refuză. Starea prezentă necunoscută.

3. *Disfuncția ansei* nu e decât o stenoză funcțională a gurei de anastomoză. Un spasm, o atonie a ansei eferente împiedică eliminarea chimului gastric spre ileon. Alteori se instalează așa numitul cerc vicios, ansa eferentă nu permite

evacuarea; chimul evacuat prin pilor se reîntoarce în stomac prin anșa aferentă sau stagnează în anșa eferentă.

Simpptomatologia e cea a stenozii gurei de anastomoză: inapetență, greață, vărsături incoercibile, cari în acest caz sunt deseori biliase, emaciere progresivă, colice abdominale.

Radiologic se observă o întârziere în evacuarea stomacului, stază cu ectazia stomacului și a ansei eferente. Uneori se observă o lipsă totală de evacuare prin anșa anastomotică. După antiispasmodice, spălături gastrice și regim, evacuarea se restabilește fără dificultate.

Survine mai frecvent după gastroenteroanastomoză.

În clinica medicală s-au observat 8 cazuri din 120 gastroenterostomizați cari au consultat pentru suferințe tardive deci 6,66 din totalul acestor suferinzi. După rezecție s'a observat un singur caz, operat după procedeul Bilioth II.

OBSERVAȚIA I. Mocan, I. 27 ani, plugar.

De 15 ani dureri epigastrice 2—3 ore după masă, periodice. Constipație, vărsături, ematemeză și melenă.

Tratat simptomatic 10 ani fără rezultat, e operat.

Operația: gastroenteroanastomoză pentru ulcer piloric.

Durerile revin la 10 zile după operație, însoțite de vărsături alimentare.

Examen: radiologic stomac dilatat, evacuare prin pilor, bariul nu se evacuează prin anșa anastomotică.

Tratament: regim, tonice, antispasmodice. Imediat bine, starea actuală necunoscută.

Observația II. Ghițescu N. 39 ani, funcționar. Tabagic.

De 8 ani dureri epigastrice 20—30 min. după masă, periodice, constipat.

Tratat simptomatic fără rezultat, e operat.

Operația: gastroenteroanastomoză pentru ulcer pe curbura mică.

Durerile revin după două luni, continue; mișcări peristaltice vizibile în epigastriu, vărsături. Aceste fenomene se repetă periodic la 1—2 luni, tot mai lungi.

Examen: acidități HCL=15, A. T. 26, radiologic evacuare prin anșă și pilor, stagnare în anșă.

Tratament: alcaline-antispasmodice-pansemente. Imediat bine, starea prezentă necunoscută.

OBSERVAȚIA III. Bordoș P. 57 ani, rotar. Tabagic.

De 27 ani dureri epigastrice a jeun, periodice. Constipație. Tratat simptomatic 23 ani fără rezultat, e operat.

Operația: rezecție Bilioth II pentru ulcer duodenal.

Durerile revin la 6 luni, la 5—6 ore după masă, cu răgăeli, borborisme, inapetență.

Examen: sensibilitate epigastrică: acidități: HCL=18 A. T. 28
Radiologic evacuare grea, stază cu ectazie pronunțată, mișcări de frământare în ansă.

Tratament antispasmodic, regim, diatermie. Imediat bine starea bună se menține de 3 ani, fără tratament și fără regim.

OBSERVAȚIA IV, Mathé I. 51 ani, conductor CFR. Tabagic-alcoolic.

De 21 ani, dureri epigastrice imediat după masă, priroze, constipație. Tratat simptomatic 1 an fără rezultat, e operat.

Operația: gastroenteroanastomoză pentru ulcer pe curbura mică.

Durerile revin la 7 zile după operație, la 10 min. după masă, cu regurgități, amețeli și vărsături. Se repetă lunar 26 ani, în ultimul timp devenind continue, consultă clinică.

Examen: sensibilitate epigastrică, Acidități: HCL=20 A. T.=36. Radiologic evacuare prin ansă, și pilor, ușoară stază. Aerofagie. Tratat simptomatic acasă, starea prezentă necunoscută.

OBSERVAȚIA V. Blonder, A. 50 ani, notar. Tabagic-alcoolic.

De 22 ani dureri epigastrice à jeun, periodice. Constipație, vărsături. Tratat simptomatic 9 ani fără rezultat, e operat.

Operația: gastroenteroanastomoză pentru ulcer duodenal. Durerile revin după 3 luni, neregulate, cu balonări, piroze, eructații, ghiorăituri tardive.

Examen: acidități: HCL=16, A. T.=28. Radiologic evacuare prin ansă și pilor, stagnare în porcoava duodenală dilatată.

Tratament: regim, pansamente, antispasmodice. Starea prezentă necunoscută.

4. *Gastrita.* La intervențiile pentru ulcer se află aproape constant leziuni de gastrită. Gastrita postoperatorie n'ar fi decât persistența gastritei ulceroase. După regim adecuat, aceasta se ameliorează mult sau se vindecă. De aci rezultă că nerespectarea regimului, continuarea întrebuintării de toxice, — alcool, tutun — favorizează întreținerea și progresiunea evoluției acestei gastrite.

Lombardi studiind radiologic funcțiunea gurei anastomotice, constată că mucoasa nu redevine normală nici după 3 luni de regim dela operație.

Alte cauze cari întrețin această gastrită sunt: efectuarea digestiei stomacale în intestin și a celei intestinale în stomac, traumatismul alimentar asupra gurei anastomotice.

Subiectiv se manifestă cu semne dispeptice: Apetit capricios, dureri epigastrice cu senzație de tensiune, mai accentuate la mers, survenind imediat după alimentație sau la scurt timp, deseori cu caracter continuu. Răgâieli și sughii după alimentație, uneori vărsături spontane. Constatăm apoi semne la distanță: dureri de cap, somnolență, stări depresive, senzații de amețeală. Constipație; mai frecvent însă diaree.

Obiectiv: limbă saburală, sensibilitate epigastrică. Prin atrofia mucoasei se menține anaclorhidria și anaclorhidropesia. Această lipsă de secreție are ca urmare digestia defectuoasă, care produce turburări digestive — enterocolită — întreținute și de digestia alterată a proteinelor și grăsimilor, pusă în evidență de Gavrilă și Danicico și care e consecința insuficienței pancreato-hepatice după operațiile pe stomac; precum și de tranzitul rapid.

Rareori gastrita postoperatorie evoluează cu iperaciditate și sindromul iperstenic.

Mucusul e crescut în sucul gastric, însă nu constant. În clinica medicală din Cluj, în mai multe cazuri s'a găsit viteza de filtrație a sucului gastric și reacția lui Henning pozitivă. Am observat însă și cazuri unde aceste semne erau negative, de asemenea examenul radiologic nu ne-a dat relații destul de nete și lotuși, la examenul gastroscopic s'au găsit semne directe de gastrită.

Gastroscopia este o metodă de investigație nouă, care ne dă relațiile cele mai importante pentru diagnosticul gastritei. Gastroscopul nou, flexibil, bine suportat de bolnavi și ușor de mânuit după pregătirea prealabilă bună a pacientului, ne permite să vedem cea mai mare parte a mucoasei gastrice, realizând un adevărat examen anatomopatologic pe viu.

În gastrite, gastroscopia nu numai că ne permite diagnosticul de gastrită, dar prin vederea directă a mucoasei ne permite să stabilim forma acestei afecțiuni precum și gradul de alterare a mucoasei, de care depinde prognosticul.

La gastroscopie, observăm, în gastrita proliferativă, mucoasa iperemiată, cu mucus abundent între plicele îngroșate, proeminente cu suprafața granulată. Uneori are aspect verucos, pseudo-polipos, sau leziunile hipertrofice duc la procese pseudo-tumorale inflamatorii, cari se pot confunda cu cancerul.

În gastrita alterativă, mucoasa iperemică și edemațiată și-a pierdut luciul caracteristic, se observă eroziuni epiteliale de forme și mărimi variate, emoragii mucoase.

În gastrita atrofică se văd plăci mari de mucoasă palidă, subțiată, permițând să vedem prin transparență vasele, alternând cu leziuni ipertrofice sau alterative. În ansamblu mucoasa are un aspect areolat.

Radiologic, în gastrită se observă pliurile mucoase gastro-jejunale îngroșate, neregulate. În restul stomacului se observă aceleași leziuni de ipertrofie, cu pliurile îngroșate și direcția lor normală schimbată.

Dințarea curburei mari e un alt semn caracteristic de gastrită.

Alteori mucoasa apare areolată, pătată, în gastrita atrofică, când plăcile de mucoasă ipertrofiată alternează cu plăci atrofice.

Complicațiile gastritei. Emoragiile mucoase grave sunt rare. Survin mai frecvent la bolnavii cari înainte de operație încă au prezentat emoragii mari din ulcer, cari ar fi predispuși la emoragie.

Complicația cea mai frecventă e enterocolita. Gastrita postoperatorie evoluând în cele mai dese cazuri cu atrofie și achilie, digestia gastrică se face rău și alimentele rău digerate, evacuate în intestin, irită mucoasa acestuia, favorizând infecția lui.

Aceste enterocolite iau de regulă o formă serioasă, predomină diareele grave, cari duc la o slăbire progresivă a bolnavului și retrocedează foarte greu la tratament. Le-am observat mai frecvent după rezecții, decât după gastroenteroanastomoză.

Altă complicație e cholecistita, probabil prin propagare la duoden a inflamației și de aici pe cale ascendentă la vezicula biliară.

Polinevrita se observă mai rar. Prinde în special nervii membrelor superioare și inferioare.

Anemia e o complicație foarte frecventă a gastritei postoperatorii. În majoritatea cazurilor nu e o anemie provocată de emoragii, ci o anemie pe care Marx și Nicolas o atribuie colibacilozei gastrice, pe care au găsit-o la majoritatea rezecțiilor cu anaclorhidrie. Alți autori o atribuie lipsei de secre-

ție a unui ferment anțianemic, secretat de mucoasa gastrică nealterată — fermentul lui Castle.

Această anemie e de diferite grade, după timpul de evoluție. Se observă toate formele de trecere dela formele de anemie ușoară cu scădere mică a numărului globulelor roșii pe mmc., la anemia de tip pernicios, cu ipoglobulie, mergând până la 1.000.000.

Alte complicații a gastritei sunt turburările la distanță: urticarie, eczemă, edem Quinque; turburările endocrine: boala lui Addison, Basedow.

Ca frecvență față de celelalte complicațiuni postoperatorii, gastrita pare să ocupe primul plan. La operații reexaminate în clinica medicală cu suferințe tardive, s'a găsit gastrita ca singură provocatoare a acestor suferințe în 25 cazuri din totalul de 171. Semne de gastrită s'au găsit însă în alte 119 cazuri, cari prezentau în plus o altă afecțiune — ulcer peptic, ulcer recidivant, aderente. Deci gastrita e prezentă în 144 cazuri din 171 suferinzi, fie un procent de 84,21%. Repartizați după felul operațiilor, găsim 99 la 120 gastroenterostomizați, 82,50%; după rezecție Bilioth I, 4 cazuri din 6, 66,66%; după rezecție Bilioth II, 2 din 3 cazuri, 66,66%; după rezecție Finsterer 11 din 12 cazuri, 91,66; după rezecție Reichel 27 din 31 cazuri = 87,09%.

OBSERVAȚIA I. Szabo A. 46 ani, lăcătuș.

De 9 ani dureri epigastrice a jeun, ținând 2 săptămâni, cu acalmie 4—5 luni. Tratat simptomatic 8 ani, fără rezultat, e operat.

Operația: gastroenteroanastomoză pentru ulcer duodenal. După operație suferința continuă: inapetență, balonări, eructații, vărsături.

Examen: Acidități HCL=30, A. T. = 40. Hennig negativ. Radiologic G. E. P. cu funcție bună. Gastroscopic, mucoasa congestionată, edematiată și tumefiată.

Tratat simptomatic fără rezultat, părăsește serviciul.

Tratat acasă cu o serie Aktoprotină și una Larostidină fără rezultat, e reoperat la Miercurea Ciuc.

Reoperația?

Actual e bine dela reoperație, adecă de 6 luni.

OBSERVAȚIA II. Precup I. 41 ani, casier CFR. Tabagic.

De 20 ani dureri epigastrice 2—3 ore după masă, constipație. Tratat simptomatic 3 ani fără rezultat, e operat.

Operația: gastroenteroanastomoză pentru ulcer duodenal.

După operație persistă ușoare dureri neregulate, cu balonări epigastrice, timp de 15 ani, când sunt însoțite de diaree imediat după alimentație. Uneori febră.

Examen: sensibilitate epigastrică. Acidități HCL neg. A. T.=4.

Radiologic, semne directe de gastrită.

Tratat simptomatic cu rezultat mediu. Starea actuală bună de doi ani, cu regim și tratament simptomatic încontinuu.

OBSERVAȚIA III. Kontz A. 60 ani, grădier. Tabagic-alcoolic.

De 24 ani dureri epigastrice 2—3 ore după masă, piroze, vărsături. Tratat simptomatic 6 luni fără rezultat, e operat.

Operația: gastroenteroanastomoză pentru ulcer piloric.

Durerile revin după 6 ani, periodice. Are de trei ori melenă la intervale de 1 an, după cari persistă dureri periodice, balonare, eructații, piroze, inapetență.

Examen: Sensibilitate epigastrică. Acidități: HCL=60. A. T.=63. Henning pozitiv. Radiologic semne directe de gastrită.

Tratat simptomatic cu rezultat bun. Cu regim și medicație simptomatică se simte bine de 2 ani. Persistă constipația.

OBSERVAȚIA IV. Câmpcean V. 59 ani, plugar. Tabagic-alcoolic.

De 16 ani dureri epigastrice 1—2 ore după masă, piroze. Tratat simptomatic un an fără rezultat, e operat.

Operația: gastroenteroanastomoză pentru ulcer gastric.

Durerile revin după 14 ani, la $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ ore după masă, cu cefalee, parestezii în membrele superioare, scaune diareice.

Examen: acidități HCL neg. A.T.=16. Henning pozitiv. Radiologic semne directe de gastrită.

Tratat simptomatic, imediat bine. Starea actuală necunoscută.

OBSERVAȚIA V. Cărbulea S. 38 ani, funcționar.

De 7 ani dureri epigastrice tardive și à jeun, vărsături, ematemeză și melenă. Tratat cu Angioxil fără rezultat. E operat, la 4 luni.

Operația: Rezecție Reichel pentru ulcer duodenal.

După operație se simte slăbit, anemic. Tratat simptomatic fără rezultat. Melenă după operație.

Examen: Hb=42%, globule roșii 3.700.000, val. glob. 0.7.

Tratament: Regim, transfuzie de sânge. Tonică. Rezultat imediat bun, starea prezentă necunoscută.

OBSERVAȚIA VI. Lucacs E. 52 ani, casnică.

De 17 ani dureri epigastrice $\frac{1}{2}$ —1 oră după alimentație, periodice, regurgitări acide, piroze. Tratată simptomatic 10 ani fără rezultat, e operată.

Operația : Rezecție Finsterer pentru ulcer pe curbura mică perforant.

Durerile revin la 2 ani, imediat după masă, febră, diaree.

Examen: sensibilitate epigastrică. HCl=neg. A.T.=9. Scaun neomogen, lienterie. Radiologic evacuare rapidă, fără semne de gastrită. Tratament simptomatic cu rezultat bun de 4 ani (fără regim).

OBSERVAȚIA VII. Rus I. 41 ani, casnică.

De 13 ani, dureri epigastrice toamna, exagerate la 1—2 ore după alimentație, vărsături, ematemeză.

Trtatată simptomatic 6 ani fără rezultat, e operată.

Operația: Rezecție Reichel pentru ulcer a curburii mici.

Bine doi ani, apoi balonare, tensiune epigastrică, slăbire. In ultimul timp diarei.

Examen: Hepato splenomegalie. HCl=neg. A.T.=10 H. b—20%. Ematii 2.000.000, v. gl. 0,60. Ematii nucleate 1%. Scaun păstos, acid, digestie rea.

Tratament simptomatic, imediat bine.

OBSERVAȚIA VIII. Mara I. 28 ani, muncitor.

De 2 ani dureri epigastrice. E operat cu dgn. ulcer gastric.

Operația: Rezecție Reichel.

Durerile revin la 2 luni, 1/2 oră după masă, cu balonări epigastrice, piroze, vărsături, diaree.

Examen: sensibilitate epigastrică. HCl=neg. A. T.=8 Henning+
Tratament = acid clorhidric + pepsin. Imediat bine, tardiv necunoscut.

OBSERVAȚIA IX. Popa V. 35 ani, lăcătuș CFR. Tabagic-alcoolic.

De 10 ani dureri epigastrice imediat după masă, periodice. Vărsături, piroze. Tratat simptomatic un an fără rezultat, e operat.

Operația = gastroenteroanastomoză pentru ulcer gastric.

Durerile revin după 7 ani, continue, exacerbate la 3—4 ore după masă. Scaune diareice; vărsături 1/2—1 oră după masă.

Examen: sensibilitate epigastrică. HCl=neg., A. T.=9. Henning negativ. Radiologic semne directe de gastrită.

Tratat simptomatic, imediat se simte bine.

OBSERVAȚIA X. Heller M. 42 ani, comerciant. Alcoolic.

De 7 ani dureri epigastrice 2—3 ore după masă, periodice. Melenă. După un an de tratament medical, e operat.

Operația: gastroenteroanastomoză pentru ulcer duodenal.

Bine 6 luni, apoi durerile revin, melenă. Tratat medical 2 ani. Reoperație: Rezecție Roux pentru ulcer peptic. Suferința continuă după operație, vărsături alimentare.

Operat a 3-a oară: Debridare; aderente perigastrice.

Suferința continuă cu dot regimul și tratamentul urmat.

Operat a 4-a oară, rezecție largă Braun.

Bine 1 an, apoi dureri epigastrice, balonări la 1 oră după masă, greață, vărsături.

Examen: sensibilitate epigastrică. HCl=14. A. T.=24 Hb.=32% Ematii 3.400.000, val. glob. 0,58. Henning pozitiv. Gastroscopie. = mucoasoa atrofiată insular (gastrită).

Tratament: Simptomatic. Rezultat imediat: ameliorare.

Tardiv: continuă să sufere de un an, dureri la $\frac{1}{2}$ ore post. al. zilnice, țino regimul fără medicație.

OBSERVAȚIA XI. Nemetz C. 54 ani, notar. Tabagic.

Bolnav de 10 ani, debut bruscat cu scaune frecvente dezinteriforme. Tratat cu ser antidizenteric, are erupții cutanate și tumefierea articulațiilor mici, greață, sughiț și vărsături. Acidități: HCL=20, A. T.=50. Radiologic nișă pe curbura mică. Tratat cu o serie Aktoprotin și una Aktoprotin + Atropin la intervale de doi ani, e bine 2 ani, după fiecare serie. Ematemază și melenă. Transfuzii sanguine, remontare. Operat la rece.

Operația: gastroenteroanastomoză pentru ulcer piloro duodenal.

După operație suferința continuă. Radiologic desen de gastrită. Tratat simptomatic fără rezultat, părăsește clinica, suferind. Sucom-bă scurt timp după plecarea din serviciu.

5. *Ulcerul recidivant.* Etiologia acestei complicații e aceeași ca a ulcerului primitiv. Nu voi mai expune cauzele care produc ulcerul, atât de mult discutate și neprecizate încă de inițiu, amintesc doar că în ultimul timp majoritatea autorilor interpretează ulcerul ca o leziune locală, rezultatul unei turburări generale, umorale.

Cert e că operațiile pe stomac nu sunt patogenice, lucru recunoscut atât de interniști cât și de chirurghi. Ele modifică starea locală, sau extirpă ulcerul, fără a acționa direct asupra cauzei umorale care l-a produs.

Ca timp de apariție a durerilor, în ulcerul recidivant după tratament medical, Spârchez-Goia-Meșianu — observă procentul cel mai ridicat în luna Ianuarie, numărul descrește spre luna Aprilie, crescând brusc în Maiu. Urmează o nouă fază de descreștere până în Septembrie, când ascensiunea e vertiginosă.

Din cele 26 cazuri de ulcer recidivant după operație, au fost internați în plină fază dureroasă: în Ianuarie 5, în Februarie 1, Martie 2, Aprilie 1, Maiu 6, Iunie 2, Octombrie 4, Noiembrie 4. E izbitoare asemănarea cu datele autorilor mai sus citați, afară de sezonul de toamnă, la operații recidivele mai frecvente survenind nu în Septembrie, ci în Octombrie și Noiembrie.

Mecanismul apariției durerilor în anumite luni ar fi datorit — după autorii suscitați — probabil labilității sistemului vegetativ în anumite luni a anului, ducând la modificarea chimismului sânguin în sensul unei hiperacidități.

Dau apoi mare importanță răcelei, precum și schimbării brusce de regim care se face la noi în țară în Ianuarie după postul lung al Crăciunului, iunul sever de țărani noștri, care explică frecvența recidivelor în Ianuarie la noi, neobservate în alte părți.

Recidivele survin la timp variabil după operație, majoritatea în primul an. Din cei 26 observați, 6 continuau să sufere după operație, în 8 cazuri ulcerul a recidivat în primele 3 luni, în alte 4 cazuri la 5 (2) și 6 (2) luni. Între 6 luni și un an 2 recidive, între 1 și 2 ani 3, la 6 ani 1 și la 10 ani după operație 2 recidive.

Rezultă din aceste date că în unele cazuri intervenția nu oprește evoluția ulcerului primitiv și că o recidivă a acestui ulcer e posibilă și după un timp lung dela operație.

Frecvența față de alte afecțiuni postoperatorii a acestor recidive nu e mult discutată în literatură, deseori înglobându-se sub numele de recidive atât recidiva ulcerului gastro-duodenal, cât și ulcerul format pe gura anastomotică gastro-jejunală. Voiu reda deosebit aceste afecțiuni, căci diferă foarte mult atât ca frecvență, cât și ca simptomatologie și prognostic.

Iată rezumate într'un tablou recidivele observate în clinica medicală:

Tabloul 1

	G. Ex P.	Rez. Retchel	Rez. Finsterer	Rez. Bjilroth I.	Rez. Bjilroth II.	Total	%
Ulcer pe c. mică	4	1	1	—	—	6	10,52
" duodenal	16	1	1	—	—	18	19,35
" piloric	1	—	1	—	—	2	15,38
Total	21	2	3	—	—	26	—
%	17,50%	6,45%	25%	—	—	—	—

Ulcerul deci a recidivat în 26 cazuri din 171 observații cu turburări tardive, deci 15,20%. Din tabloul alăturat se vede că frecvența cea mai mare la recidive se observă după rezecție Finsterer urmează gastroenteroanastomoza, rămânând rezecția Reichel cu un procent foarte scăzut de recidive față de celelalte operații. Numărul mic de cazuri observate după rezecția Bilroth I și Bilroth II nu-mi permit să afirm că după aceste operații n'ar surveni recidive.

După localizarea ulcerului, cel mai mare procent de recidive se observă după ulcerul duodenal. Urmează ca frecvență recidivele după operații pentru ulcer piloric, cele mai puține recidive survenind după ulcerul curburii mici.

Controlul secreției și acidităților gastrice în aceste cazuri ne arată următoarele:

<i>Secreție:</i>	<i>Aciditate:</i>	
Iposecreție	6 Iperaciditate	1
Secreție normală	7 Normaciditate	5
Ipersecreție	1 Ipoaciditate	6
	Anaclorhidrie	2

Ceilalți bolnavi n'au fost examinați din acest punct de vedere.

Recidiva deci nu a produs o urcare evidentă nici a secreției, nici a acidității, un singur caz prezentând valori mai ridicate decât normal. Se observă în două din 14 cazuri recidive cu anaclorhidrie și 6 din 14 cazuri recidive cu ipoaciditate.

Melenă s'a observat în 4 cazuri, deci 15,38%, din aceste recidive, deci un procent mai mic de emoragii decât în ulcerul primitiv, neoperat, în care Goia-Spârchez și Mețianu găsesc emoragia în 20,25%.

Din aceste 4 cazuri cu emoragie gravă provocată de ulcerul recidivant, unul a fost observat înainte de operație în clinica medicală, prezentând și înainte ematemeză și melenă. Ceilalți 3 bolnavi au fost tratați și operați în alte servicii, așa că nu pot afirma sau nega emoragia înainte de intervenție, un alt caz, tratat la noi cu emoragie înainte de intervenție, după intervenție recidivează ulcerul fără sângerare.

OBSERVAȚIA I. Pușcaș R. 38 ani casnică.

De 8 ani dureri epigastrice periodice la $\frac{1}{2}$ —1 oră după masă, piroze. Tratăta simptomatic 2 ani, fără rezultat, e operată.

Operația: gastroenteroanastomoză pentru ulcer pe curbura mică.

Durerile revin la 2 ani, continue, cu vărsături. Melenă.

Examen: HCl=22, A. T.=40. Sensibilitate epigastrică. Radiologic semne directe de ulcer pe curbură mică.

Tratament: Antispasmodice, regim pansamente. Lapte i. m. Transfuzie de sânge. Sucombă.

OBSERVAȚIA II. Bușlup St. 47 ani, inspector CFR. Alcoolic.

Înainte cu un an operat pentru ulcer duodenal cu periduodenită. Gastroenteroanastomoză.

Durerile revin după 6 luni, neregulat. Balonări epigastrice, răgâieli. Tratat simptomatic, prezintă ematemeză și melenă.

Examen: Scaun de melenă, gregerzen intens pozitiv.

Tratament: repaos, regim absolut, calciu. Transfuzie. Imediat bine. Starea actuală necunoscută.

OBSERVAȚIA III. Medrea I. 65 ani, învățător. Tabagic-alcoolic.

De 29 ani dureri epigastrice periodice, piroze, vărsături, Tratat simptomatic 19 ani fără rezultat, e operat.

Operația: gastroenteroanastomoză pentru ulcer duodenal.

Durerile reapar după 6 săptămâni, cu perioade de acalmie mai scurte. Tratat cu o serie de Aktoprotin se simte bine 5 ani, având în fiecare an dureri 1—2 luni.

Examen: sensibilitate epigastrică. HCl=neg., A. T.=14. Radiologic semne directe de ulcer duodenal.

Tratament: regim, actoprotină. Imediat bine, starea prezentă necunoscută.

OBSERVAȚIA IV. Lucaci I. 60 ani, plugar.

De 18 ani dureri 2—3 ore postalimentar, piroze, vărsături. Tratat simptomatic 3 ani, fără rezultat, se operează.

Operația: gastroenteroanastomoză pentru ulcer pe curbură mică.

Durerile revin după 3 ani, la 1—2 ore după masă, cu piroze, vărsături spontane.

Examen: sensibilitate epigastrică. Radiologic semne indirecte de ulcer pe curbură mică.

Tratament: Aktoprotină 1 serie. Imediat bine, starea prezentă necunoscută.

OBSERVAȚIA V. Poitra G. 55 ani, plugar, Tabagic-alcoolic.

De 8 ani dureri 2—3 ore după masă, piroze, vărsături, ematemeză și melenă. În primul an de boală e operat.

Operația: gastroenteroanastomoză pentru ulcer piloric.

Durerile revin după 2 ani, imediat după masă. Ematemeză, melenă.

Tratat simptomatic fără rezultat, e reoperat.

Reoperația?

Durerile revin la 2 ani, 2—3 ore după masă. Vărsături, ematemeză și melenă.

Examen: Sensibilitate epigastrică. HCl=72, A. T.=88. Radiologic semne directe de aderențe și gastrită, indirecte de ulcer. Tratat simptomatic. Imediat ameliorat. Starea prezentă necunoscută.

OBSERVAȚIA VI. Dragoste A. 48 ani plugar. Tabagic.

De 10 ani dureri epigastrice 3—4 ore după masă toamna și vara.

După 9 ani e operat: gastroenterostomie pentru ulcer duodenal stenozant.

Durerile revin la 10 luni, 3—4 ore după masă, inapetență.

Acidități: HCl=24, A. T.=40. Henning +. Radiologic semne directe de ulcer duodenal.

Tratament simptomatic cu rezultat bun de o lună.

OBSERVAȚIA VII. Kezdi K. 49 ani, șef de tren. Tabagic-alcoolic.

De 7 ani dureri epigastrice 3—4 ore după masă, constipație, piroze. Tratat simptomatic 1 an fără rezultat, e operat.

Operația: Rezecție Finsterer pentru ulcer duodenal.

Durerile revin la 6 luni, neregulat. Radiologic semne directe de ulcer duodenal. Reoperat. (?)

Durerile revin după un an, neregulate cu ematemeză și melenă.

Radiologic semne directe de ulcer duodenal. Tratat simptomatic cu rezultat imediat bun. Starea actuală necunoscută.

OBSERVAȚIA VIII. Cocis 53 ani, acar CFR. Tabagic-alcoolic.

De 6 ani dureri epigastrice noaptea și 1—2 ore după masă, periodic. Piroze, constipație, melenă. (?)

Tratament simptomatic și 1 serie Aktoprotin, fără rezultat.

E operat după 5 ani de boală, rezecție Finsterer pentru ulcer piloric.

Durerile revin la 6 luni, 2—3 ore după masă, regurgități acide.

Examen: HCl=2 A. T.=8. Radiologic semne indirecte de ulcer duodenal.

Tratament simptomatic, continuă să sufere, fără perioade de acalmie.

6. *Ulcerul peptic sau ulcerul format după operație pe gura anastomotică sau gura jejunală* e o altă complicațiune postoperatorie, datorită continuării evoluției boalei ulceroase. Prin diversele operații se modifică doar condițiile locale, fără a se influența prea mult cauza generală care a produs ulcerul.

Ulcerul peptic e datorit aceleași cauze care a produs ulcerul primitiv, fiind tot așa de puțin cunoscută. Se notează drept cauze favorizante: gastrojejunita postoperatorie, infecția liniei de sutură, traumatismul operator, hemostaza rea, aderențe cu stagnare în ansă, firele nerezorabile care ar înlesni filtrarea sucului gastric în țesuturi.

În privința timpului dela operație până la apariția ulcerului peptic, Mayo (cit. de Gutmann) îl semnaleză din primele săptămâni, Gutmann și alții îl notează din luna a 3-a până la mai mult de 10 ani, chiar la 23 ani după operație.

În clinica medicală din Cluj, cele mai precoce ulcere peptice s'au observat în prima săptămână (2 cazuri) și a doua săptămână (1 caz) după operație, prezentând semne radiologice indirecte. Au fost tratate medical și apoi pierdute din vedere, deci confirmarea nu s'a făcut. În alte 5 cazuri bolnavii continuau să sufere imediat după operație. La aceștia suferința se pune pe seama aderențelor și gastritei operatorii, neputându-se preciza data apariției ulcerului peptic.

Frecvența cea mai mare se observă în primul an — 36 cazuri din 62 după gastroenteroanastomoză și 9 din 17 după rezecție, înglobând aici și cele 5 cazuri la cari suferința continua dela data operației. Aici încă prima jumătate dă numărul cel mai mare de cazuri — 24 după gastroenteroanastomoză și 6 după rezecție, predominând luna I și a doua (Gutmann notează numărul cel mai mare în luna a 3-a după operație).

Între 2 și 5 ani găsim 19 cazuri după gastroenteroanastomoză și 5 după rezecție, între 5 și 10 ani 5 cazuri după gastroenterostomie și două după rezecție. Apariția cea mai tardivă la bolnavii observați în clinica medicală din Cluj a fost la 15 și 14 ani — câte un caz — ambele cazuri prezentând semne radiologice indirecte însă confirmate operator. Starea lor prezintă necunoscută (operați în anul 1933).

Frecvența după diferitele intervenții e notată de 3,10% după gastroenterostomie de către Moutier, de 1,5—5% de către Gosset-Leriche. Gosset și Petit-Dutaillis găsesc 3% după gastroentero, 1% după rezecții; Hațieganu 20—30% după gastroenterostomie pentru ulcer duodenal, 0,3—1% după rezecțiile gastrice. Toți autorii sunt de acord că frecvența e mult mai mică după rezecții, diferența între statistici e însă mare în ce privește frecvența după gastroenterostomie.

Bolnavii transpuși la operație dela clinica medicală nu au putut fi controlați tardiv, decât într'un număr mic de cazuri. După răspunsurile date anchetei ce am întreprins-o nu se poate stabili un diagnostic, deci voi renunța la încercarea de a da o statistică a frecvenței ulcerului peptic după di-

feritele intervenții — care ar risca să fie inexactă — mărginindu-mă să notez frecvența ulcerului peptic față de alte suferințe tardive. Iată datele concretizate într'un tablou:

Tabloul 2.

	Gastro entero	Rez. Reichel	Rez. Finster er	Rez. Bilroth I.	Rez. Bilroth II.	Total	%	Total exam
Ulcer duod.	27	4	3	—	—	34	35,40	6
Ulcer curb. mică	31	5	2	1	1	40	4,51	62
Ulcer piloric	4	1	—	—	—	5	38,46	13
Total	62	10	5	1	1	79	46,19	—
%	51,61	32,25	41,61	16,66	50	—	—	—
Totalul examin	120	31	12	6	2	—	—	171

Din acestea se vede că *ulcerul peptic formează aproape jumătate din suferințele tardive cari cosultă spitalul*. Survine mai des după operațiile pentru ulcer al curburii mici, frecvența mai mică observându-se după intervențiile pentru ulcer duodenal. Ulcerul peptic constituie o cauză de suferință tardivă într'un procent destul de ridicat și după rezecțiile gastrice, mai mare după rezecțiile tip Finsterer decât după cele tip Reichel. După rezecția Bilroth II fiind reexaminați abia 2 bolnavi, e greu să acceptăm bun procentul de 50%.

Procentul ulcerelor peptice observate în clinica medicală din Cluij, față de totalul ulcerelor în ultimii 12 ani e de 2,92%. Din totalul bolnavilor cari au fost operați în acest timp 4,43% au revenit cu ulcer peptic după intervenție.

Frecvența aceasta ridicată a ulcerului peptic față de alte afecțiuni după operațiile pe stomac poate ține și la faptul că ulcerul peptic fiind o complicație mult mai gravă, evoluând cu dureri mai mari și incapacitate de muncă, bolnavii suferinzi de ulcer peptic consultă în număr mai mare serviciile spitalicești decât cei cu gastrite ușoare sau aderențe puțin înținse, cu suferințe reduse.

Simptomatologia — în puținele cazuri necomplicate — e asemănătoare cu a ulcerului primitiv.

Durerea epigastrică e foarte violentă, până la a sili bolnavii să ia poziții forțate, iradiind în spate și lombe. Survine ipertardiv, la 4—5 ore după alimentație, după Gutmann. În majoritatea cazurilor observate în clinica medicală însă, durerile se prezentau imediat după alimentație, ori semitardiv la 2—3 ore după masă. E de regulă mai jos situată decât în ulcerul gastric, paraombilical, mai ales la stânga ombilicului, rar la dreapta.

Ritmul durerii există și aici în cazurile necomplicate, durerile țin câteva zile — 1 lună, pentru a fi urmate de perioade de acalmie variabile. Perioadele de acalmie devin tot mai scurte cele dureroase tot mai lungi, durerile tinzând spre timpul continuu, semn care are aceeași semnificație ca în ulcerul primitiv, adică marchează o complicație.

Emoragia, în special emoragia ocultă, e frecventă. Nu lipsește nici emoragia gravă, sub formă de ematemeză sau melenă. În cazurile noastre e prezentă de 8 ori din 79 cazuri deci 10,12%.

Vomismențele se pot observa mai ales în ulcerele peptice, după rezecție de stomac și după gastroentero-anastomoza cu stenoza pilorului. Sunt datorite unui spasm la nivelul gurei de anastomoză, într'un singur caz am găsit stenoza gurei anastomotice prin ulcer peptic.

Obiectiv sensibilitatea localizată la nivelul gurei anastomotice, — mai des paraombilical stâng — e un semn important. De asemenea palparea unui plastron la acest nivel sau a unei împăstări. Totuși examenul clinic ne face doar să bănuim, nu să afirmăm ulcerul peptic.

Examenul radiologic ne furnizează date importante. Semn patognomic e nișa pe gura anastomotică. E evidențiabilă la radioscopie, Gutmann și Arnous consiliază totdeauna clișee în serie pentru a evidenția o leziune mică. Notează imagini stelare prin convergența pliurilor mucoase inflamate, spre o leziune incipientă. Sensibilitatea pe ansă localizată, e un semn indirect important, mai ales când mijloacele nu permit radiografii seriate.

Complicații. Complicația cea mai de temut a ulcerului peptic e perforarea în peritoneul liber, cu peritonită genera-

lizată, prezentând simptomatologia cunoscută a peritonitelor prin perforarea unui organ abdominal cavităar. Mai frecventă e perforarea într'un bloc de aderențe cari unesc gura anastomotică cu colonul, ducând la fistula gastro-jejuno-colică, pe care voiu trata-o aparte. Alte ori perforația se face într'un bloc aderent la peretele abdominal provocând un abces al peretelui și consecutiv o fistulă gastrică, prin care se scurg lichidele ingerate la exterior.

Aderențele abdominale întinse, cu toată simptomatologia lor — descrisă anterior — sunt — cred, complicația cea mai frecventă a ulcerului peptic.

OBSERVAȚIA I. Roșu L. 55 ani, muncitor. Tabagic-alcoolic.

De 22 ani dureri epigastrice postalimentare, balonări, constipație. Operat în primul an de boală.

Operația: gastroenterostomie pentru ulcer duodenal.

Durerile revin după 2 ani cu acalmie de 2—3 luni.

Reoperat la Viena. Operația? Durerile persistă.

Radiologic gastroenteroanastomoză, semne directe de ulcer peptic și duodenal.

Tratament simptomatic, fără rezultat. Refuză intervenția. De prezent continuă să sufere cu regim și tratament.

OBSERVAȚIA II. Rätz G. 43 ani, plugar.

De 11 ani dureri epigastrice la 2—3 ore după masă, periodice. Tratat simptomatic 2 ani, e operat.

Operația: gastroenteroanastomoză pentru ulcer a curburei mici. Durerile revin la o lună, 2½—3 ore după masă.

Tratament: o serie de Aktoprotin, fără rezultat.

Examen: HCl=neg., A. T.=8. Radiologic semne indirecte de ulcer peptic.

Tratament: Aktoprotin (seria II-a) ameliorare.

Durerile revenind, e reoperat.

Operația II?

Continuă să sufere, ținând regim și tratament simptomatic.

OBSERVAȚIA III. Szabo V. 32 ani, plugar.

De 18 ani dureri epigastrice à jeun și noaptea. Constipație. Tratat simptomatic fără rezultat, e operat în 1-ul an de boală.

Operația: gastroenterostomie pentru ulcer duodenal.

Durerile revin la 2 luni, ½—1 oră după masă, ținând 4—5 ore. Vărsături provocate. Melenă.

Radiologic semne indirecte de ulcer peptic. HCl=neg. A.T.=42.

Reoperat: laparotomie, se află ulcer peptic calos cu noduli albi dispersați în peritoneu. Se reface plaga fără a se interveni. Tratament simptomatic, fără rezultat.

Starea prezentă necunoscută.

OBSERVAȚIA IV. Cosma A. 57 ani, casnică.

De 26 ani dureri epigastrice 1—2 ore după masă, toamna și primăvara, piroze, constipație. Tratată simptomatic 14 ani fără rezultat, e operată. Durerile revin la 3 ani, 2—3 ore după masă. Operația: gastroenterostomie pentru ulcer gastric.

Acidități: HCl=40, A. T.=65. Radiologic semne indirecte de ulcer peptic.

Tratament: Aktroprotin 1 serie. Bine de 8 ani.

OBSERVAȚIA V. Novak G. 43 ani. Mecanic, Tabagic.

De 9 ani dureri epigastrice continue, piroze și vărsături. Tratat simptomatic 1 an fără rezultat, operat.

Operația: gastroenterostomie pentru ulcer duodenal cu aderențe.

Durerile se mențin după operație, la 2—3 ore după masă. Vărsături.

Examen: HCl=32. A. T.=46. Radiologic semne indirecte de ulcer peptic.

Tratament: Aktoprotin o serie, fără rezultat. Larostidin 1 serie; bine de 8 ani, fără a respecta regimul.

OBSERVAȚIA VI. Păcurariu Al. 40 ani, mecanic. Tabagic.

De 14 ani dureri epigastrice à jeun, periodice. Constipație.

Tratat simptomatic fără rezultat 2 ani, e operat.

Operația: Rezecție Reichel pentru ulcer duodenal perforant.

Durerile revin 2 luni după operație la 3 ore după masă. Vărsături. Radiologie semne directe de ulcer peptic.

Tratament: Aktoprotină 2 serii, bine 9 ani.

Durerile revin cu aceleași caractere.

Examen: HCl =neg., A. T.=5. Radiologic nișa de pe gura anastomotică nu se mai observă.

Tratat simptomatic: Bine de un an.

OBSERVAȚIA VII. Lazar I. 46 ani, funcționar. Tabagic.

De 27 ani dureri epigastrice 2—3 ore după masă, periodice. Constipație. Tratat simptomatic. Bine de 7 ani, recidivă.

Operat la 20 ani dela debutul boalei.

Operația: rezecția Finsterer pentru ulcer duodenal cu aderențe.

Durerea revine după 5 ani, la 2 ore după masă, iradiantă în spate.

Examen: HCl=8, A. T.=15. Radiologic semne indirecte de ulcer peptic. —

Tratament: Aktoprotin + Atropin. Bine de 7 ani.

OBSERVAȚIA VIII. Demeter I. 56 ani. Lucrător. Tabagic-alcoolic.

De 8 ani dureri epigastrice 1/2—1 oră după masă, piroze.

Tratat simptomatic un an fără rezultat, operat. Operația: Rezecție Finsterer pentru ulcer gastric. Durerile reapar la 2 luni, 15' după alimentație.

Examen: HCl=neg., A. T. 13. Gregerzen +. Radiologic semne indirecte de ulcer peptic.

Tratat simptomatic, imediat ameliorat. Starea prezentă necunoscută.

OBSERVAȚIA IX. Șogor C. 42 ani, muncitor. Tabagic.

De 13 ani dureri epigastrice 1—2 ore după masă periodice, piroze. Tratat simptomatic 3 ani fără rezultat. Operat.

Operația: gastroenterostomie pentru ulcer duodenal.

Durerile revin 2 ani după operație, noaptea, periombilical, zilnic.

Ipersecreție și hiperaciditate, fără semne radiologice de ulcer.

Tratat simptomatic 3 ani fără rezultat. Reoperat. Operația II-a rezecție Bilroth II pentru ulcer peptic.

Durerile revin la 4 săptămâni, foarte intense, continue.

Examen: apărare musculară paraombilical la stânga. Radiologic semne directe de ulcer peptic perforat în peretele abdominal. Transpus pentru a III-a operație.

Starea prezentă necunoscută.

OBSERVAȚIA X. Weis N. 35 ani, tinichigiu. Tabagic.

De 12 ani dureri epigastrice la $\frac{1}{2}$ oră după masă, piroze. Perioadele dureroase 1—2 luni, odată pe an. Vărsături.

La 8 și 9 ani după debut ematemează și melenă.

Tratat simptomatic fără rezultat, operat.

Operația: Rezecție Bilroth I pentru ulcer gastric.

Durerile revin la 10 luni, sub ipocondrul stâng, iradiante, după alimentație, zilnic; vărsături. Cefalee, amețeli.

Examen: sensibilitate paraombilical. HCl=neg., A. T.=8 Henning negativ. Radiologic semne indirecte de ulcer peptic. Tratament: diatermie; 1 serie Aktoprolin + Atropin fără rezultat. Radioterapie și 1 serie larostidin. Durerile persistă. Se recomandă încă o serie de larostidin. Starea prezentă necunoscută:

7. *Fistulă gastrocolică*, poate fi precedată de o perioadă variabilă de timp de semne de ulcer peptic, asupra cărora nu mai revin. Deseori însă această perioadă e latentă, fără dureri, sau cu turburări minime când fistula gastrocolică se instalează brusc, cu simptomatologia ei.

Instalarea fistulei gastrocolice se poate face dramatic: bolnavul acuză dureri mari, vărsături, sughiț, anxietate, ca într-o peritonită acută. Aceste simptome însă se calmează curând, bolnavul se liniștește și se instalează semnele de fistulă gastrocolică cronică. În alte cazuri instalarea fistulei gastrocolice se face lent, fără semne de reacție peritoneală.

În perioada de stare bolnavul prezintă diaree, scaune inomogene, apetit redus. Eructațiile fetide sunt constante și deranjează mult bolnavii. Uneori se observă vărsături fecaloide.

Durerea în epigastru sau paraombilical stâng, mergând spre hipogastru e un semn important.

În plus bolnavul prezintă cefalei, starea generală alterată, o slăbire progresivă în greutate, mergând până la emacierea completă.

Obiectiv se observă starea generală alterată, diminuarea țesutului celular subcutanat până la emaciere completă, tegumentele uscate. Limba încărcată, uscată.

Examen local: la inspecție abdomenul apare ușor balonat, meioric, fără a prezenta caractere deosebite.

La palpare sensibilitate mai pronunțată în epigastru și hipogastru.

Scaunul inomogen cu multe resturi alimentare, de aspect spumos. Microscopic, deficit digestiv foarte pronunțat.

Examenul radiologic e un mijloc prețios de investigație în aceste cazuri, însă nu infalibil. La pasajul cu Bariu, uneori se observă trecerea bariului direct din stomac în colon, alteori pasajul se face normal, comunicarea gastrocolică observându-se numai la examenul radiologic prin retroumplere. Examenul radiologic după clisma cu bariu e, prin urmare, necesar acolo unde se bănuiește fistula gastrocolică fără să se observe la radiosopia după Bariu per os.

Un alt mijloc prețios de investigație e clisma cu o substanță colorată, urmată de sondaj gastric cu sonda lui EINHORN la 10—15 minute după clismă. Scoaterea colorantului, introdus prin clismă, din stomac, e un semn patognomic de fistulă gastrocolică. În clinica medicală din Cluj, acest examen se face cu albastru de metilen.

Ca timp de apariție în clinica medicală din Cluj frecvența cea mai mare s'a observat în primul an (3 cazuri), și al 5-lea an (3 cazuri) dela operație. În alte două cazuri fistula gastrocolică a apărut la 7 și 10 ani dela operație.

Frecvența față de celelalte complicații tardive e de 8 la 171 cazuri, deci 4, 67%.

După felul operației, majoritatea fistulelor gastrocolice se observă după gastroenterostomii. În cazurile noastre 7 din 8

cazuri; după rezecție am observat un singur gaz (rezecție tip Reichel). Operațiile pentru ulcer duodenal sunt mai des urmate de fistulă gastrocolică: 5 din 8 cazuri. După operații pentru ulcer piloric am observat un caz, celelalte două au survenit după operațiile pentru ulcer piloric. Aceasta ține la numărul mai mare a ulcerelor duodenale, operate, totuși procentul relativ e mai ridicat după ulcerul duodenal (5 din 96) decât după ulcer gastric și piloric (3 din 75) în procente 5,20% față de 4%.

OBSERVAȚIA I. Șandor P. 39 ani, plugar.

De 19 ani dureri epigastrice à jeun, periodice. Constipație. Tratat simptomatic fără ameliorare, e operat în primul an. Operația: Gastroenterostomie pentru ulcer duodenal. Durerile revin la 5 ani, 1—2 ore după masă, vărsături. Cefalee, scaune lichide, spumoase, emaciere.

Examen: dureri epi- și hipo-gastrice. Radiologic neg. Clismă cu albastru de metilen. Colorantul e scos prin sondaj gastric cu sonda Einhorn.

Reoperat. Starea prezentă necunoscută.

OBSERVAȚIA II. Pop R. 57 ani, contabil. Tabagic.

De 35 ani dureri epigastrice periodice; piroze, vărsături. Tratat simptomatic 29 ani, fără rezultat, e operat.

Operația: gastroenteroanastomoză pentru ulcer piloric.

Durerile revin la 1 an, neregulate. Tratat medical, ameliorat 5 ani, cât își continuă ocupația.

După 5 ani, diaree, vărsături, fecaloide, inapetență, emaciere.

Examen: foarte emaciat. Stare generală rea. Clismă cu albastru de metilen. vomează colorantul.

Starea generală rea, nu se poate interveni. Părăsește serviciul.

OBSERVAȚIA III. Buc T. 45 ani, plugar. Tabagic-alcoolic.

De 22 ani dureri epigastrice la 1—2 ore după masă și à jeun, periodice. Vărsături, constipație.

Tratat simptomatic 2 ani fără rezultat, operat.

Durerile revin la 7 ani, 1/2 oră după masă, scaune lichide cu resturi alimentare, uneori sânge rutilant.

Examen: suc gastric cu miros fecaloid. HCl=7, A. T.=17.

Radiologic după 2 ore parte din Ba în ileon parte în descendent. Clismă cu albastru de metilen, sondaj la 10'. Colorantul e scos din stomac.

Reoperat: Starea prezentă necunoscută.

OBSERVAȚIA IV. Cib N. 59 ani, plugar. Tabagic-alcoolic.

De 14 ani dureri epigastrice 1 oră după masă. Vărsături. Tratat simptomatic 4 ani, operat.

Operația: gastroenterostomie pentru ulcer gastric.
Durerile continuă după operație. Ernii epigastrică. Reoperat.
după 2 ani. Ernii recidivează, durerile și vărsăturile se mențin.

La reinternare: scaune diareice, vărsături fecaloide, inapetență.
Emaciare progresivă.

Examen: Sub ipocondrul stâng tumoră dură, sensibilă. HCl=34.
A. T.=44. Radiologic semne directe de fistulă gastrocolică.

Reoperat. Starea prezentă necunoscută.

OBSERVAȚIA V. Borza V. 27 ani, muncitor. Tabagic.

De 8 ani semne de ulcer duodenal.

Tratat simptomatic timp de 7 ani, în ultimul an o serie de Aktoprotină fără rezultat. Se indică operația.

Se face rezecție Reichel.

Durerile revin la 1 an, 1½ ore după masă și noaptea. Diaree și vărsături, eructații fetide. Slăbire progresivă.

Examen: suc gastric fecaloid. HCl=neg., A. T.=16. Radiologic ansa cu funcție bună.

E tratat simptomatic fără rezultat 3 luni.

Reinternat, se face clismă cu bariu, bolnavul varsă bariul la 10'.

Starea generală rea, emaciat, varsă fecaloid.

Sucombă.

8. *Cancerizarea.* În literatură se citează și cazuri de cancerizare ca o complicație după operațiile pentru ulcer gastro-duodenal.

La clinica medicală din Cluj, în ultimii 12 ani s'au prezentat 6 bolnavi, la cari s'a indicat intervenția pentru ulcer gastroduodenal cu suferințe tardive provocate de un cancer gastric. În 4 din aceste cazuri însă la intervenție s'a găsit un ulcero-cancer. În alt caz cu ulcer pe curbura mică, chirurgul, părându-i-se suspect acest ulcer, a făcut o rezecție Bilioth I, trimițând piesa la anatomia patologică pentru examen. Microscopic și acest caz era tot un ulcer cancerizat.

Intr'un singur caz, la laparotomie nu s'a bănuie procesul malign, s'a făcut gastroenteroanastomoză. Acest caz însă începe să sufere la 3 săptămâni după operație, după 3 luni de suferință se reinternează. La examen se găsește o tumoră gastrică mare, inoperabilă.

În aceste cazuri deci nu poate fi vorba de cancerizarea după operație, ci de o recidivă a cancerului gastric după rezecție și o continuare a evoluției cancerului format pe baza unui vechiu ulcer înainte însă de a se face intervenția, la bolnavul la care s'a făcut gastroentéroanastomoză.

În fața acestor cazuri îmi pun întrebarea, dacă nu cumva și cazurile publicate până acum drept cancere survenite după operație, nu au fost tot recidive a cancerelor preformate și nediagnosticsate nici la intervenție.

Nu voiu insista asupra simptomatologiei acestei afecțiuni, bine studiată și bine descrisă în orice tratat de medicină internă, pentru a nu depăși cadrul acestei teze.

Ca timp de apariție în cazul unde s'a făcut gastroenteroanastomoza, suferința revine după 3 săptămâni dela operație. În cazul operat după Reichel, unde ulcero-cancerul a fost diagnosticat numai microscopic, suferința revine după 3 ani. În celelalte cazuri, durerile revin la 2—2½ și 3½ ani. O bolnavă continuă să sufere după operație. În acest caz, suferința trebuie s'o atribuim altei complicații, recidiva survenind mai târziu, pentru că această bolnavă a fost reexaminată abia după 6 ani, timp mult mai lung decât durata unei recidive maligne.

Ca frecvență după diferitele intervenții, toți autorii îl notează mai frecvent după gastroenterostomie. Din cele 6 cazuri observate în clinica medicală, unul singur a survenit după gastroenterostomie, celelalte: 3 cazuri după rezecție Reichel și 2 după rezecție Péan-Bilroth I. Remarc însă că la 4 din acești rezecați la intervenție s'a găsit ulcer cancerizat cu ganglionii învecinați prinși așa că e foarte greu a trage concluzii din aceste date.

OBSERVAȚIA I. Sauciu N. 48 ani. Muncitor. Tabagic-alcoolic.

De 7 ani dureri epigastrice primăvara și toamna, la 1½ ore după masă, periodice. Piroze și eructații. De 2 ani continue. Tratat: simptomatic 6 ani, fără rezultat. Operat.

Operația: Gastroenterostomie pentru ulcer gastric.

Durerile revin la 2—3 săptămâni, transfixiante, la 3—4 ore după masă și noaptea, zilnice. Slăbește 15 kgr. Apetit bun.

Examen: Tumoră epigastrică sensibilă. HCl=34. A. T.=54. Acid lactic negativ. Henning negativ. Radiologic semne directe de cancer gastric.

Tratament: Radioterapie 9 ședințe. Bine o lună. Acum suferă de un an, fără alt tratament, dureri continue.

OBSERVAȚIA II. Heinrich T. 57 ani, casnică.

De 28 ani dureri epigastrice la 1—2 ore după masă. Periodice. Tratată simptomatic 22 ani fără rezultat e operată.

Operația: Rezecție Reichel pentru ulcero-cancer gastric.

După operație continuă suferința, la o oră după masă eructații zigomotoase, slăbește 23 kgr. inapetență.

Examen: adenopatie inguinală. Sensibilitate epigastrică. Tumorete sensibile în flancul stâng și triunghiul lui Scarpa. Gregerzen +, la sondaj sânge coagulat. Radiologic semne directe de cancer gastric.

Tratament: Radioterapie, fără ameliorare. Starea prezentă necunoscută.

OBSERVAȚIA III. Ignatz B. 53 ani, comerciant.

De 20 ani dureri epigastrice 2—3 ore după masă, vărsături, piroze. Tratat simptomatic 18 ani, operat.

Operația: Rezecție Reichel pentru ulcero-cancer gastric.

După operație durerea revine la 2 ani, iradiind în lombe. Greafă, vărsături ca drojdia de cafea, scaun negru. Inapetență.

Examen: tumoră epigastrică de mărimea pumnului, dură neregulată, sensibilă. Ficat mărit. Suc gastric negru-brun. HCl=neg., A. T.=10, acid lactic +. Radiologic cancer gastric. Tratament: Tonice, campolon, glucoză.

Continuă să sufere de 5 luni.

OBSERVAȚIA IV. Fazakas A. 60 ani, învățător. Tabagic-alcoolic.

De 16 ani dureri epigastrice 1—2 ore după masă, vărsături, constipație. Tratat simptomatic 6 ani fără rezultat, e operat.

Operația: Rezecție Péan-Bilroth I pentru ulcer gastric. (Examen histologic = cancer).

Durerile revin după 3 ani, imediat după masă, vărsături.

Examen: Tumoră epigastrică neregulată, sensibilă. Ganglionii cervicali și inguinali măriți, duri, insensibili. Radiologic semne directe de cancer gastric, metastaze rectale.

Tratament: Radioterapie, acidol-pepsin. Pierdut din vedere de 3 ani.

OBSERVAȚIA V. Bângean V. 51 ani, plugar. Tabagic.

De 18 ani dureri epigastrice 3—4 ore după masă, periodice. Vărsături. Tratat simptomatic 8 ani fără rezultat, e operat.

Operația: Rezecție Péan-Bilroth I pentru cancer gastric.

Durerile revin la 3½ ani, vărsături, piroze, râgâeli.

Examen: sensibilitate epigastrică à jeun HCl=neg. A. T.=50, după dejun HCl=neg., A. T.=10 Acid lactic pozitiv. Radiologic semne directe de cancer gastric.

Tratament: Radioterapie. Pierdut din vedere de 6 ani.

CAP. IV.

REZULTATELE TARDIVE DUPĂ DIFERITELE INTERVENȚII.

S'a discutat mult chestiunea: care dintre intervenții dă cele mai bune rezultate în ce privește vindecarea tardivă.

S'au făcut numeroase cercetări statistice în această privință și s'au găsit rezultate variabile după autori. Variațiile sunt destul de mari. Iată câteva date:

Soupault notează 82% vindecări după gastroenterostomie, 92% după gastrectomii. Ca mortalitate operatorie 7% după gastroenterostomii, 20% după rezecții, 4,5% mortalitate tardivă după gastroenterostomii. Charrier 78% după gastroenterostomii vindecați; după gastrectomii 89,5%. Moutier notează după gastroenterostomie 5,42% mortalitate operatorie 51,16% vindecări tardive. După gastrectomie mortalitatea operatorie 30%, vindecări 60% datând de 3—5 și 6 ani.

Gallart-Monés notează după gastroenterostomie 3,6% mortalitate tardivă, 37,5% vindecări. După rezecție 20,4% mortalitate imediată, 4% mortalitate tardivă, 66% vindecări.

După diferitele categorii de ulcere, Charrier dă următoarele procente de vindecați: *ulcer a curburii mici* 60% *ulcer piloric* 80%, *Ulcer duodenal* 80%.

În fața acestor diferențe mari dela un autor la altul în privința vindecărilor tardive, am adunat materialul clinice medicale din Cluj, de pe ultimii 12 ani spre a-l coordona și a stabili procentul celor suferinzi și a celor vindecați.

Din 2700 ulceroși în clinica medicală în acest timp 519 au fost supuși intervenției operatorii. Procentul operațiilor e de 19,77% din totalul ulceroșilor.

Din acești operați, 230 cazuri sunt pierdute din vedere. Statistica mea cuprinde deci 289 cazuri, dintre cari 73 au fost reexaminați cu suferințe tardive, iar restul de 216 au răspuns:

unui chestionar amănunțit, trimis individual fiecărui bolnav la care s'a indicat intervenția. La aceștia am mai adăugat încă 98 cazuri, bolnavi cari au consultat clinica cu suferințe tardive după operație, indicația și intervenția fiind făcute în alte servicii, în total deci 387 cazuri.

Ca sex, majoritatea sunt bărbați, 335 cazuri din 387, femeile fiind reprezentate printr'un procent de 13,43%, procent aproximativ corespunzător cu cel al frecvenței ulcerului la femei față de bărbați.

Din cei 335 bărbați examinați, 287 sunt muncitori, în procente 80,84, abia, 48 funcționari.

Ca tratament preoperator, din cele 387 cazuri observate, 31 au fost tratați cu Aktoprotină, 6 cu aktoprotină+atropină, 5 cu vaccineurină, 3 cu pepsină, 4 cu injecții de lapte, unul cu angioxil și 3 cu postlobină; restul au urmat înainte de operație tratament simptomatic (cu alcaline, antispasmodice, pansamente gastrice), un interval de timp variabil dela 3 luni la 29 ani.

În cele ce urmează voi reda rezultatele obținute la acești bolnavi, după genul intervenției și localizarea ulcerului.

1. Gastroenteroanastomoza.

A fost aplicată în 208 cazuri, 53,74% din totalul observațiilor, dintre cari 185 bărbați —88,94% și 23 femei, 11,06%. Operația a fost executată pentru ulcer gastirc în 63 cazuri. 30,28% pentru ulcer duodenal în 117 cazuri, 56,49% pentru ulcer piloric în 28 cazuri, deci 13,46%.

Datele amănunțite ale acestor bolnavi sunt concretizate în tabloul de mai jos.

Tabloul 3

	Ulc gastr.	Ulc duod.	Ulc piloric	T o ț a l	Observații
Vârsta operațiilor — 40	34	57	13	104	
+ 40	9	10	15	104	
Morți la operație	4	4	3	11=5,28%	
Morți tardiv	5	11	1	17=8,17%	9 cu acuze gast. 4 af. int.
Se simt bine	9	34	12	5=2,44%	6 necun.
Operații fiind de: 1-3 ani	3	12	4	19	
3-5 ani	—	5	1	6	
5-7 ani	—	1	1	2	
7-12 ani	6	16	6	28	
S u f e r ă	49	73	12	134=44,20%	
Durerile revin: 0-1 an	32	46	8	86	
1-3 ani	8	13	3	24	
3-5 ani	2	5	—	7	
5-12 ani	7	9	1	17	
Durerile vin la 0-1/2 oră	23	30	7	60	
după mâncare 1/2-1 oră	2	2	2	6	
1-2 ore	6	—	2	15	
2-3 ore	4	8	1	13	
după 3 ore	5	9	—	14	
neregulat	9	17	—	26	
Durerile sunt continue	25	44	5	74	
Durerile sunt periodice	24	29	7	60	
R e o p e r a ț i	12	15	1	28	

Mortalitatea operatorie a fost de 5,28%. Mortalitatea tardivă 8,17%, însă din acești morți tardiv, cu suferințe gastrice au murit 9, în afecțiuni intercurrente 4 și la ceilalți 6 nu cunosc cauza morții. Vindecări 26,44%, deci procentul vindecărilor e sensibil mai mic decât cel dat de alți autori. Remarc procentul ridicat de suferinzi tardiv după operație și faptul că la un număr destul de ridicat din acești suferinzi, durerile au revenit la un interval de timp relativ lung dela operație și procentul ridicat — 21,19% din suferinzi tardiv, — cari au fost reoperați pentru afecțiunea lor gastrică, procent mai ridicat decât cel al operațiilor față de totalul ulceroșilor observați în acest interval de 12 ani.

După diferitele categorii de ulcere, mortalitatea tardivă cea mai ridicată se abservă după operațiile pentru ulcer gastric, urmează ca frecvență ulcerul duodenal și în ultimul loc ulcerul piloric.

Vindecări tardive găsim 42,89% în ulcerul piloric, 29,05% în ulcerul duodenal și 14,28% în ulcerul gastric, deci rezultate mult mai bune în ulcerul piloric decât în celelalte localizări, în ulcerul duodenal observându-se totuși un procent dublu de vindecați față de ulcerul gastric. Am văzut de altfel la studiul ulcerului peptic că această complicație survine mult mai frecvent după gastroenterostomiile pentru ulcer gastric, decât după cele pentru ulcer piloric sau duodenal.

Din aceste date rezultă că gastroenterostomia dă un procent mic de vindecări durabile, majoritatea bolnavilor prezentând suferințe tardiv, după un timp variabil dela operație.

Rezultatele cele mai bune se obțin în ulcerul piloric și duodenal.

2. Rezecția cu anastomoză Reichel.

S'a aplicat în 103 cazuri, fie 26,61% din totalul operațiilor. Din acești operați, 85 au fost bărbați 82,52% și 18 femei 17,48%. Ca vârstă majoritatea 59,22% au fost operați înainte de 40 ani, 40,78% au fost operați după 40 ani. Iată datele concretizate într'un tablou.

Tabloul 4.

	Ulc gastr.	Ulc duod.	Ulc piloric	Total	Observații
Vârsta operațiilor — 40	21	33	7	61	
+ 40	13	24	5	42	
Morți la operație	1	10	—	11=10,67%	
Morți tardiv	3	9	—	11	6 cu acuze gastr. 2 af. in'
Se simt bine	13	24	6	44=42,71%	4 cauze necu- noscute
operații fiind de 1-3 ani	4	2	—	6	
3-5 ani	2	4	—	6	
5-7 ani	2	3	5	10	
7-12 ani	5	16	1	22	
S u f e r ă	17	14	6	37=35,92%	
Durerile survin la 0-1 an	10	6	4	20	
1-3 ani	5	6	1	12	
3-5 ani	1	1	1	3	
după operație 5-12 ani	1	1	—	2	
Durerile vin după mâncare la 0-1/2 oră	9	8	2	19	
1/2-1 oră	2	1	—	3	
1-2 ore	2	2	1	5	
2-3 ore	1	1	1	3	
după 3 ore	—	—	—	—	
neregulat	4	2	2	8	
Durerile sunt continue	9	9	3	21	
Durerile sunt period.	8	5	3	16	
R e o p e r a ți	2	1	—	3=8,00%	

Mortalitatea operatorie 10,67%, mortalitatea tardivă 10,67%. Din cei 11 morți tardiv, 6 au sucombat cu suferințe gastrice, 2 în afecțiuni intercurrente, la ceilalți patru nu cunosc cauza morții.

Mortalitatea tardivă 15,78% după intervenție pentru ulcer duodenal, 8,82% după intervenție pentru ulcer gastric, deci sensibil mai ridicată în rezecția pentru ulcer duodenal (vezi tabloul).

Procentul vindecaților e de 42,71%, față de 35,92% suferinzi, statistica mea apropiindu-se de cea a lui Charrier, dacă aș îngloba în procentul vindecaților și bolnavii la cari suferința gastrică a revenit după 6 ani, ținând seamă de faptul că Charrier dă rezultatele la bolnavii observați 6 ani după operație.

Studiind tabloul, observăm încă o deosebire față de rezultatele după gastroenteroanastomoză; la acești operați, numărul cel mai mare a suferinzilor nu se ameliorează de loc după operație, ori durerile revin în primii 3 ani, fiind foarte mic numărul bolnavilor la cari durerile revin după o perioadă de vindecare aparentă mai mare de 3 ani. Remarc încă procentul ridicat a durerilor continue la acești suferinzi față de durerile periodice, pe când la gastroenterostomizați această diferență e mai mică.

Ca rezultate după localizarea ulcerului, în rezecția pentru ulcer piloric se obține cel mai mare procent de vindecări 50%, urmează ulcerul duodenal cu 42,10%, cele mai puține vindecări obținându-se în rezecția pentru ulcer gastric 35,29%; date net concordante cu cele obținute după gastroenteroanastomoză pe aceste categorii de ulcere.

Rezultă din aceste date că procentul vindecărilor după rezecția tip Reichel, e aproape dublu procentului vindecărilor după gastroenteroanastomoză.

3. Rezecția cu anastomoză Finsterer.

A fost aplicată în 57 cazuri, 14,72% din totalul observațiilor. Din acești operați 49 au fost bărbați, 85,96%, iar restul de 8 femei, fie 14,04%. Cei mai mulți au fost operați la o vârstă peste 40 ani: 38 bolnavi, 66,66% restul de 19 bolnavi 33,33% la vârsta sub 40 ani.

Redau tabloul de mai jos cu datele amănunțite asupra rezultatelor tardive.

Tabloul 5.

	Ulcer gastr.	Ulcer duod.	Ulcer piloric	Total	Observații
Vârsta operațiilor — 40	3	13	3	19	
+ 40	7	28	3	38	
Morți la operație	—	5	—	5=8,77%	
Morți tardiv	1	1	—	2	1 af. gastr. cauză necunoscută
Se simt bine	3	20	4	27=47,36%	
operați fiind de 1-3 ani	—	3	1	4	
3-5 ani	2	5	1	8	
5-7 ani	—	4	1	5	
7-12 ani	1	8	1	10	
S u f e r ă	6	15	2	23=40,35%	
Durerile revin fa 0-1 ani	4	10	2	16	
1-3 ani	2	1	—	3	
3-5 ani	—	2	—	2	
după operație 5-12 ani	—	2	—	2	
Durerile vin după mâncare la 11-1/2 oră	3	2	—	5	
1/2-1 oră	—	—	—	—	
1-2 oră	—	—	—	—	
2-3 ore	—	4	1	5	
după 3 ore	—	1	—	1	
neregulat	3	3	1	7	
Durerile sunt continui	5	10	—	15	
Durerile sunt periodice	1	5	2	8	
Reoperați	—	1	—	1=1,75%	

Mortalitatea operatorie 8,77%, mortalitatea tardivă 3,50%. Mortalitatea tardivă pare a fi mult scăzută față de celelalte intervenții, însă numărul mult mai mic de cazuri mă împiedică de a afirma categoric acest lucru.

Vindecări am observat în 47,36% cazuri, un procent ceva mai ridicat decât după rezecțiile de tip Reichel, mare număr din cei vindecați fiind operați de 7—12 ani. Remarc și aici ca și la rezecțiile după procedeul Reichel procentul relativ mic al bolnavilor la cari suferința revine după o perioadă de vindecare de mai mult de 5 ani. De asemenea e de remarcat procentul mare a suferinzilor la cari durerile sunt continue, față de cei cari au dureri periodice.

Rezultatele tardive după diferitele categorii de ulcere sunt următoarele: *vindecări* după *ulcer gastric* 30%, *vindecări* după *ulcer duodenal* 48,78%, *vindecări* după *ulcer piloric* 66,66%.

Deci și după rezecțiile de tip Finsterer, cele mai bune rezultate se obțin în intervenția pentru ulcer piloric, cele mai rele în intervenția pentru ulcer gastric, ca și după celelalte intervenții.

Procentul vindecărilor obținute după rezecții Finsterer e mult mai mare decât după gastroenteroanastomoză, întrecând puțin procentul vindecărilor după rezecția tip Reichel.

4. Rezecția cu anastomoză Bilroth I și II.

Rezecția Bilroth I s'a aplicat în 12 cazuri, 3,10 la sută din totalul observațiilor, cu o mortalitate operatorie de 8,33%, mortalitatea tardivă 16,17%. Vindecări am observat în 4 cazuri 33,33%, toate datând de mai mult de 5 ani, rezultate rele în 42,17% din cazuri, deci rezultatul pare a fi intermediar între gastroenterostomie și rezecțiile Reichel și Finsterer.

Numărul mic de cazuri nu-mi permit să insist mai mult asupra datelor obținute, le rezum într'un tablou fără a le mai discuta.

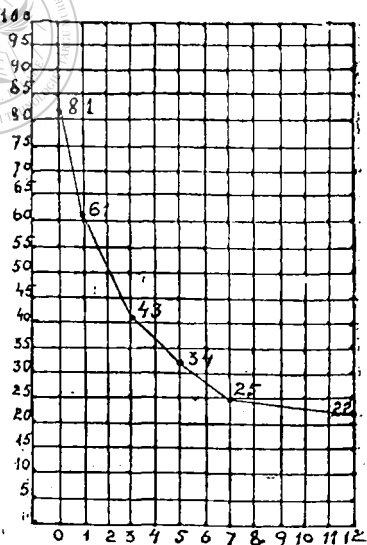
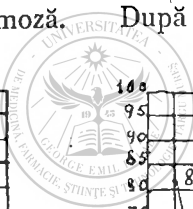
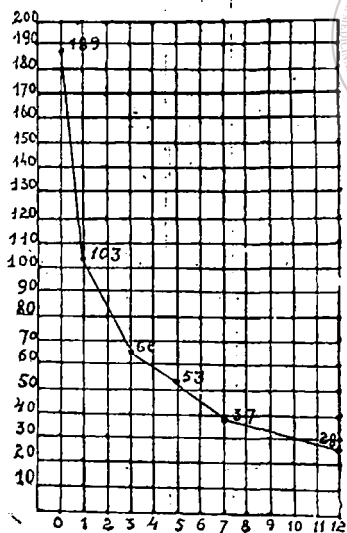
Remarc că ambele cazuri pierdute au sucombat în afecțiuni intercurrente, fără acuze gastrice.

Cât despre rezecția după procedeul Bilroth II, aplicată abia la 7 din bolnavii observați, deci abia în 1,80% din cazuri, e și mai greu a trage vreo concluzie. Trec și datele acestor bolnavi în același tablou, fără a le mai discuta.

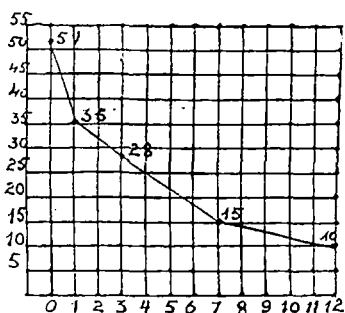
Inscriind grafic comparativ datele obținute la diferite intervale de timp dela operație în cele 3 intervenții reprezentate printr'un număr destul de mare de cazuri pentru a putea trage unele concluzii, vedem că numărul operațiilor fără acuze, foarte mare imediat după operație, scade progresiv în anii următori. Această scădere e mult mai pronunțată în primii trei ani, când curba coboară brusc. Dela 3 la 12 ani coborîrea se face mult mai lent și cu atât mai lent, cu cât ne găsim la un timp mai îndelungat dela operație.

După gastroenteroanastomoză.

După rezecția Reichel.



După rezecția Finsterer.



Privind comparativ cele 3 curbe, mai observăm coborîrea mai bruscă și mai importantă a curbei vindecașilor după gastroenteroanastomoză față de rezecțiile Reichel și Finsterer. Deosebirea e evidentă în primii 33 ani, mai puțin evidentă între 5 și 12 ani.



CAP. V.

TRATAMENTUL MEDICAL AL AFECȚIUNILOR TARDIVE DUPĂ OPERAȚIILE PE STOMAC

În tratamentul medical a acestor turburări, un loc important e regimul. Nu voi insista asupra regimului, fiind comun în toate aceste afecțiuni și identic cu regimul de ulcer, magistral expus în tratatul d-lor prof. Hațieganu—Goia. Remarc numai importanța continuării acestui regim cât mai mult după operație, în prevenirea complicațiilor tardive.

Ca medicație, tratamentul variază cu fiecare complicație aparte.

1. În aderențe, medicamentele întrebuințate sunt antispasmodicele, pansamentele gastrice și absorbantele ca mijloace de tratament simptomatic. Ca tratament praspacific, proeinoterapia — sub formă de injecții cu lapte sau aktoprotină — și vaccineurina.

Importanță mai mare se dă tratamentului fizioterapic: diatermia, singură sau alternând cu iradiații cu lampa de cuarț, mai mult razele ultrascurte.

În observațiile mele, au fost tratate simptomatic 7 cazuri. Unul a sucombat în timpul tratamentului. Doi continuând să sufere au fost reoperați; pierduți din vedere. Unul ameliorat imediat, suferința revine scurt timp, actual are dureri intermitente. Unul singur se simte bine.

Aktoprotina s'a aplicat în 3 cazuri, unul continuă să sufere, celelalte două pierdute din vedere.

Laptele s'a aplicat într'un caz, e bine de 5 ani.

Vaccineurina aplicată într'un caz, cotinuând să sufere, e reoperat. Starea actuală necunoscută.

Diatermia, singură sau asociată cu iradiații de cuarț, a fost aplicată în 4 cazuri. Unul nu se ameliorează, ceilalți trei se simt bine, unul de o lună, doi de 6 ani.

Numărul mic de cazuri nu ne permite discuții ample privind la rezultatele acestui tratament. Totuși se pare că cele mai bune rezultate sunt obținute prin fizioterapie.

2. Stenoza gurei anastomotice. Fiind o turburare mecanică în evacuarea stomacului, singurul tratament logic e intervenția chirurgicală, care reface tranzitul digestiv turburat.

Din cei trei bolnavi observați în clinica medicală, unul singur a fost operat, ceilalți refuzând intervenția. Starea lor actuală necunoscută, nerăspunzând achetei mele.

3. Disfuncția ansei, numită de alți autori și stenoză transitorie benignă a gurei anastomotice, e datorită unei gastrojejunite asociată cu un spasm local. Cedează rapid la regim și la antispasmodice.

În clinica medicală, cele 9 cazuri observate au fost tratate cu regim, atropină sau novatropină, pansamente gastrice. Toate au cedat după acest tratament. Starea tardivă a acestor bolnavi o cunosc numai în două cazuri, unul de 3 ani se simte bine, celălalt e bine 6 luni, apoi face un ulcer recidivant.

4. Gastrita. În afară de regim, se dau pansamente gastrice, antispasmodice. În gastrita cu iperaciditate se dau alcaline, în anaciditate acid clorhidric cu pepsină, sub formă magistrală, sau preparate originale (acidol-pepsin).

În caz de gastrită cu anemie și polinevrite, se recurge la tot arsenalul terapiei antianemice. Un rol important revine fierului, asociat cu acid clorhidric și pepsină, preparate injectabile de ficat sau stomac. Hațieganu-Spârchez au experimentat fierul în gastrita pelagroasă, care e știut că evoluează cu anaclorhidrie. Rezultatele au fost bune, se constată creșterea importantă a emoglobinei și a numărului ematiilor, precum și reducerea celorlalte fenomene pelagroase. Explică aceste rezultate prin utilizarea deficitară a fierului în caz de agastrie, utilizare care nu devine suficientă prin administrarea acidului clorhidric pe cale bucală, de unde necesitatea administrării unei cantități mai mari de fier.

În gastrita cu enterocolită tratamentul gastritei trebuie să fie combinat cu cel al colitei. Nu voi insista, tratamentul colitelor găsindu-se în orice tratat de interne.

În cazurile observate, 11 prezentau gastrită simplă. Cu tratament simptomatic, 9 se ameliorează imediat, tardiv unul bine de doi ani, ceilalți pierduți din vedere. Doi continuă să sufere;

unul mort scurt timp după părăsirea clinicei, celălalt e reoperat, după intervenție se simte bine.

Gastrită cu anemie gravă au prezentat doi, ambii se ameliorează mult după acid clorhidric și pepsină, fier, injecții de heparat. La unul i s'a făcut la intrare și o transfuzie de sânge. Starea tardivă necunoscută.

Gastrită cu enterocolită am observat 11 cazuri, toți se ameliorează după tratament. Tardiv doi bine de 3 și 7 ani, unul continuă să sufere. Ceilalți pierduți din vedere.

Gastrită cu polinevrite am observat un caz, se ameliorează rapid după tratament simptomatic și acid clorhidric cu pepsină. Starea tardivă necunoscută.

5. Ulcerul recidivant. Tratamentul ulcerului recidivant e identic cu tratamentul ulcerelor gastroduodenale neoperate. Nu voi insista, fiind bine cunoscute. Notez că tratamentul cu alcaline, antispasmodice și pansamente gastrice e considerat ca simptomatic. Prin lapte, aktoprotină, vaccineurină, postlobină, gerulcină, larostidină, pepsină, se încearcă o modificare umorală, deci un tratament patogenic al ulcerului.

În observațiile mele, simptomatic au fost tratate 15 ulcere recidivante. Din aceste 5 se simt bine, 3 de o lună, unul de 4 ani și unul de 9 ani. În 7 cazuri nu s'a putut obține o ameliorare, doi sucombă în cursul tratamentului, ceilalți 5 sunt reopeși; starea tardivă a celorlalți 3 e necunoscută.

Aktoprotina aplicată în 9 cazuri: doi morți, unul într'o afecțiune intercurentă, celălalt din cauză necunoscută; 4 continuă să sufere (doi fiind reopeși); starea celorlalți necunoscută.

Vaccineurina aplicată într'un caz, bine de 12 ani.

Postlobina aplicată într'un caz, mort în tratament.

Din aceste date se observă marele număr de recidive cari ajung la operație: din 15 tratați simptomatic, 5 (deci 33,33%), iar din 9 tratați cu aktoprotină 2 (deci 22,22%). Din acești 7 opeși, 4 sunt pierduți din vedere. Restul, 2 se simt bine de un an, unul face ulcer peptic la un an după operație.

6. Ulcerul peptic. Tratamentul medical identic cu al ulcerului primitiv și recidivant. Nu voi reveni.

Ca rezultate tardive a acestui tratament, am observat următoarele.

a) simptomatic au fost tratate 34 cazuri, din cari 14 sunt pierdute din vedere. Din ceilalți 20, 4 se simt bine de 1—2—3 și 10 ani. Doi sucombă în afecțiuni intercurrente. Reoperați 14 deci 70% din totalul bolnavilor cari au putut fi controlați tardiv.

Din acești reoperați, sucombă doi la operație (14,29%), sunt pierduți din vedere 6, restul continuă să sufere, la 3 indicându-se a 3-a intervenție, iar unul fiind operat a 4-a oară.

Cu aktoprotină au fost tratați 38 cazuri. Pierduți din vedere 20. Bine 10 cazuri: 3 de 1 lună, 2 de 1 an, 1 de 3 luni și 2 de 9 ani. Continuă să sufere 8 cazuri; unul mort într'o afecțiune intercurrentă, 2 reoperați. Starea tardivă a reoperațiilor necunoscută.

Larostidina aplicată în 3 cazuri. Unul bine de 1 an, restul pierduți din vedere.

Lapte s'a dat în 2 cazuri, ambele pierdute din vedere.

Vaccineurină în 3 cazuri, doi pierduți din vedere, unul mort într'o afecțiune intercurrentă.

Din aceste date se vede marele număr de ulcere peptice în cari tratamentul medical nu dă rezultate, necesitând o a doua intervenție, mai ales după tratamentul simptomatic. Tratamentul cu aktoprotină pare a da rezultate mai bune, nici aici însă nu putem lua de bun procentul de 55,55% vindecați, dat fiind că majoritatea acestor vindecați sunt bine abia de 1 lună—1 an, ori ulcerul peptic încă poate recidiva după un timp mai îndelungat.

În ce privește celelalte mijloace terapeutice; numărul mic de observații nu ne permite comentarii.

7. Fistula gastrocolică. Tratamentul ei e chirurgical. Tratamentul medical se reduce la regim absolut, clisme alimentare, injecții cu glucoză, ser fiziologic, tonice ca tratament pregătitor pentru intervenție.

8. Cancerizarea. În cazurile noastre, cancerul recidivant după operație era inextirpabil. S'a recurs la radioterapie, care a ameliorat simțitor simptomele subiective în toate cazurile. Cât despre viitorul acestor bolnavi, nu e discutabil, prognosticul cancerului inextirpabil fiind cunoscut.



CONCLUZII.

1. Tratamentul chirurgical nu rezolvă definitiv terapia ulcerului gastroduodenal.

2. Prin tratamentul medical se modifică fiziologia stomacului, în sensul unei evacuări mai rapide a chimului gastric, scăderii secreției gastrice și scăderii sau dispariției acidului clorhidric. Tardiv se observă totuși unele cazuri de perzistența ipersecreției și iperacidității, într'un procent ceva mai mare după gastroenteroanastomoză. (Ipersecreție 34,52%, iperaciditate: 11,90%) decât după rezecții (după Reichel, ipersecreție 31,57%, iperaciditate 10,52%).

3. Anaclorhidria se observă în 23,56% după gastroenteroanastomoză, 63,15% după rezecție Reichel și 66,66% după rezecție Finsterer.

4. Bolnavii operați, cari suferă mai departe, consultă spitalul pentru următoarele afecțiuni:

a) Aderențe, ca afecțiune predominantă 9,94%;

b) Stenoza gurei anastomotice 1,75%;

c) Disfuncția ansei 5,26%;

d) Gastrita post-operatorie ca singura afecțiune 5,26%, semne de gastrită găsim însă la 84,21% din suferinzii reexaminați;

e) Ulcer recidivant 15,20%;

f) Ulcer peptic 46,19%;

g) Fistulă gastrocolică 4,67%.

5. Cancerizarea după operație e discutabilă. În cele 6 cazuri observate de noi, a fost vorba de a recidivă după ulcerocancer.

6. Rezultatele tardive ale gastroenteroanastomozei sunt nesatisfăcătoare, reprezentate printr'un procent de 26,44% vindecări.

7. În rezecții rezultatele tardive sunt mult mai superioare gastroenteroanastomozei. Procentul vindecărilor e de

42,71% după rezecția Reichel; 47,36% după rezecția Finsterer.

8. Rezultatele tardive cele mai bune se obțin după intervențiile pentru ulcer piloric și duodenal.

9. Ulcerul peptic survine mai frecvent după gastroenteroanastomoză executată în cazurile de ulcere localizate pe stomac.

10. Ulcerul peptic survine mai frecvent în primul an după operație, observându-se însă și la 15 ani după operație.

11. În stenoza gurei anastomotice și fistula gastrocolică tratamentul e numai chirurgical.

12. În aderențe, se indică fizioterapie.

13. În gastrită postoperatorie, tratamentul medical ameliorează mult starea bolnavilor. Rezultate bune se obțin prin terapia cu fier, asociat cu acid clorhidric, pepsină și extracte de ficat, mai ales în forme cu anemie gravă.

14. În ulcerul recidivant și ulcerul peptic, tratamentul simptomatic în majoritatea cazurilor nu dă rezultate.

Tratamentul cu Aktoprotină dă rezultate imediate mult mai bune.

Văzută și bună de imprimat.

Președinte:

Prof. Dr. I. HAȚIEGANU

Decan:

Prof. Dr. D. MICHAIL

BIBLIOGRAPHIE

Gley: Traité de physiologie.

G. H. Roger et L'Bindet: Traité de physiologie normale et pathologique.

B. Stuber: Klinische physiologie.

E. Bordier: L'estomac.

Hatieganu-Goia: Tratat elementar de semiologie și patologie medicală.

R. Gutmann: Les syndromes douloureux épigastriques.

Gonzalo Guriaran: La preuve acide dans gastropathologie (Arch. des mal. de l'app. digest. 1934).

I. Gavrița et I. Danicico: La digestion des graisses et des protéines après la résection gastrique. (Arch. des mal. de l'app. digest. 1929).

I. Danicico: Le bilan nutritif après les résections gastriques. (Arch. des mal. de l'app. digest. 1930).

E. Brenckmann: Contribution à l'étude de la topographie des régions élaboratrices de l'HCl, dans l'estomac. (Arch. des mal. de l'app. dig. 1929).

Rahoveanu: Funcțiunea gastrică a stomacului operat. Clujul medical 1925.

I. Danicico: Contribuțiuni la studiul funcțiunii tubului digestiv după gastroenteroanastomoză și după rezecții gastrice. Clujul medical 1927.

L. Leriche: Reflexions sur l'évolution, la nature et le traitement des ulcères de l'estomac et duodénum.

Iacobovici: Rezecția în tratamentul ulcerului gastroduodenal. Clujul medical 1927.

Ch. Marx et G. Delaville: A propos de la secretion gastriques après gastrectomie pour ulcères gastroduodénaux. (Arch. des mal. dig. 1935).

Gallart-Monés: Encore quelques cas d'ulcus gastrique en apparence chirurgicaux guéris par le traitement médical. Résultats de traitement chirurgical chez les ulcéreux. (Arch. mal. digest. 1929).

M. I. Charrier: Résultats éloignés du traitement chirurgical de 104 ulcéreux de l'estomac. (Arch. des mal. dig. 1931).

M. Desmarest: A propos du traitement chirurgical des ulcères gastroduodénaux. (Arch. des mal. dig. 1931).

Robineau-Levi-Galley: Les résultats éloignés du traitement chirurgical des ulcères gastro duodénaux. (Arch. des mal. dig. 1931).

Bergeret et Caroli: Les suites éloignées du traitement médico-chirurgical des ulcères gastroduodénaux. (Arch. des mal. dig. 1931).

Gulmann et R. Jahiel: Les sténoses transitives bénignes des bouches de gastroenterostomie. (Arch. des mal. dig. 1931).

Bergeret et Caroli: Les résultats de la gastrectomie et de la gastroenterostomie dans le traitement de l'ulcère. Presse Med. 1931.

Gosset et Leriche: L'ulcère peptique postopératoire. (pathogenie et traitement). Presse méd. 1931.

Lombardi: Recherche histologique sur la bouche anastomotique dans la resection gastrique.

Delore et Mounier: L'insuffisance de la gastroenterostomie dans le traitement de l'ulcus gastroduodenal. Presse méd. 1932.

M. C. Gross: L'estomac opéré. Etude radiologique. (Arch. des mal. de l'app. dig. 1935).

I. Danicico: Funcțiunea tubului intestinal după rezecțiile de stomac. Clujul medical 1927.

M. R. Gulmann: A propos du diagnostique entre l'ulcère gastric et le cancer. (Arch. des mal. dig. 1935).

F. Charrier: La jejunostomie utilisée come traitement des troubles du transit alimentaire après gastrectomie.

F. Gatellier: Ulcus peptique et agstroentérostomie. (Arch. des mal. 1935).

Pocreanu: Profilaxia ulcerului peptic. Clujul medical 1934.

Hillemand: A propos des ulcères peptiques du jejunum. (Arch. des mal. dig. 1935).

Fr. Moutier: L'évolution de l'ulcère gastroduodenal d'après 628 cas personnels. (Arch. des mal. de l'app. digest. 1932).

I. Meșianu: Considerațiuni asupra tratamentului medical în ulcerul agstic și duodenal. Teză de doctorat, lucrată în clinica medicală din Cluj.

B. Desplas: A propos des ulcères peptiques du jejunum. (Arch. des mal. de l'app. dig. 1929).

R. Soupault: Communications a propos du traitement chirurgical de l'ulcère de la petit courbure. (Arch. des mal. de l'app. dig. 1929).

Marx et Nicolas: La flore microbienne gastroduodénale après gastrectomie. Arch. des maladies de l'appar. dig. 1935).

Goia-Spârchez-Meșianu: Considerațiuni clinice și terapeutice asupra ulcerului gastroduodenal în legătură cu 2700 cazuri. Va apăre în Archive des mal. de l'app. dig.

Hățeganu-Spârchez: Considerațiuni noi în terapeutica pelagrei. Clujul medical 1936.