

Clinica chirurgicală (cond.: conf. Zoltán Pápai) și Institutul de anatomic patologică (cond.: conf. Ferenc Gyergyay, candidat în științe medicale) din Tg.-Mureș

## PROBLEMELE ACTUALE ALE OPERABILITAȚII CANCERULUI GASTRIC

Zoltán Pápai, Lázár Fazakas, Ferenc Fodor

Frecvența cancerului gastric pe de o parte și răspindirea gastrectomiei totale, a rezecției cardiei, esofagului și capului pancreasului, precum și micșorarea riscului operator, pe de altă parte, au făcut ca revizuirea tratamentului chirurgical al cancerului gastric să devină o problemă actuală.

În ultimii 6 ani numărul bolnavilor cu cancer gastric a crescut considerabil în clinica noastră. (Tabelul nr. 1). Cea mai ridicată proporție o găsim în anul 1956 (73 de cazuri). În primele 8 luni ale anului 1959 am operat 64 de bolnavi cu cancer gastric, astfel încît pare probabil că numărul lor va fi mai mare în anul acesta.

Tabelul nr. 1.

	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959
Nr. cazurilor cu tumoare	32	30	28	56	71	56	73	57	66	64
Nr. laparotomiilor exploratoare	19	13	15	22	25	25	25	24	29	27
Nr. rezecțiilor subtotale	13	17	13	32	37	25	39	28	26	38
Nr. gastrectomiilor totale	0	0	0	2	9	6	9	3	11	4

Studiind materialul nostru clinic, am constatat faptul neașteptat că aplicarea pe scară largă în clinica noastră a gastrectomiei totale nu a influențat în mod esențial numărul cazurilor inoperabile. E adevărat că în 1956 nu a trebuit să renunțăm la executarea operațiilor radicale sau paliative decît în 34,2% a cazurilor, dar în 1958/1959 proporția laparotomiilor exploratoare s-a ridicat din nou în jurul valorii de 43%. Această proporție arată nu numai că în stabilirea precoce a diagnosticului de cancer gastric mai există încă lipsuri serioase, ci indică și faptul că extinderea gastrectomiei totale și micșorarea riscului operator nu au reușit să confirme așteptările scontate de unii autori care au crezut că acest procedeu va aduce soluționarea problemei tratamentului chirurgical al cancerului gastric.

Părerile în legătură cu valoarea și rolul gastrectomiei totale în tratamentul chirurgical al cancerului gastric au fost împărțite încă de la început. În perioada dezvoltării chirurgiei toracice, cînd extirparea totală a stomacului descrisă pentru prima oară în 1897, a devenit o operație larg practică, cei mai mulți chirurghi au aplicat cu însoțire așa-numita gastrectomie totală „simplă”, în cursul căreia au îndepărtat, după necesitate, tot stomacul, dar au lăsat netinse ligamentele din vecinătate. Autorii dispunînd de o vastă experiență, ca de exemplu *Ju I. Jadaev, A. S. Kogan, A. G. Serebriacova, Lahey, Lefevre* și mulți alții au executat această intervenție în toate cazurile de cancer gastric operabil, independent de extinderea și poziția tumorii. Ei au plecat de la principiul că în caz de tumori maligne ale altor organe, trebuie să asociem extirparea radicală cu extirparea totală a organului (mamelă, rect, uter etc.), evident

în măsura în care condițiile fiziologice permit acest lucru. Acești autori au sperat că vor împiedica recidivele cu ajutorul unei gastrectomii totale „principiale”.

Ju. M. Paușev, Ju. K. Kvasnin, Reablev, N. Sidorenko, D. Mojaiskii în Uniunea Sovietică, M. Lortat—Jakot, Delannoy și colab., Mouchet și colab. în Franța, Dieck, Vogl în Germania, Tosatti Piccini în Italia, Moreno în America de Sud, Lahey, Brunschwig, Mc Neer și colab., Allison, Marchal, Scott și Longmire în țările anglo-saxone, Nakayama în Japonia — toți acești autori se declară adepții așa-numitei gastrectomii totale „complexe”, preconizând nu numai extirparea stomacului, ci și îndepărtarea concomitentă a marelui epilon, a ligamentului gastro-hepatic și gastro-splenic, a splinei, a tuturor ganglionilor limfatici regionali și a foitei peritoneale din fața pancreasului. O parte din acești autori execută în toate cazurile de cancer gastric gastrectomie complexă, independent de poziția tumorii.

În schimb Decker, Peycelon și colab., Lena și Martin-Laval, Amury-Pachni și Marinoni, Lima-Basto și colab., Chicappa, Ulitsch Dziadek, Wiesner, Wachsmuth și Steingraber precum și alții au adoptat atitudine împotriva gastrectomiei totale. Ei își argumentează punctul de vedere pe următoarele fapte: 1. mortalitatea postoperatorie în gastrectomiile totale e ridicată; 2. gastrectomia totală e urmată, atât mediat după operație, cât și mai târziu, de tulburări de digestie și nutriție destul de grave; 3. durata vieții bolnavilor cărora li s-a aplicat această intervenție nu a crescut și nu a depășit 18 luni, în cazurile în care ganglionii limfatici au prezentat metastaze.

Împotriva gastrectomiei totale principiale a luat poziție și C. Georgescu care a prelucrat materialul obținut în urma observațiilor făcute la 70 de bolnavi cu cancer gastric în spitalul Colțea.

O atitudine similară au adoptat și conducătorii a 22 de institute chirurgicale din R. P. Ungară — așa cum rezultă din referatul Szabó, Bodosi, și Kelemen, iunior — care au fost solicitați să și expună părerea în această problemă.

Argumentele invocate de majoritatea autorilor care au luat poziție împotriva gastrectomiei totale sînt atât de concludente încît resping nu numai valabilitatea aplicării principiale a gastrectomiei totale, ci pun sub semnul îndoielii însăși importanța practică a acestei intervenții. Potrivit părerii lor, atât gastrectomia totală simplă, cât și cea complexă constituie o soluție de necesitate (gastrectomie de necesitate), care se poate practica numai atunci cînd, dată fiind marea extindere a tumorii, chirurgul nu are de ales nici o altă cale.

Cunoscînd aceste două principii extreme, ne-am propus să analizăm valoarea practică a gastrectomiei totale în tratamentul chirurgical al cancerului gastric.

Am studiat datele existente în literatură, referitoare la mortalitatea gastrectomiei simple și a celei totale. Coroborînd aceste date cu propria noastră experiență, am ajuns la convingerea că explicația mării mortalități a intervenției trebuie căutată parțial în atitudinea nejudicioasă a chirurgilor față de gastrectomia totală. Chiar și în zilele noastre, mulți chirurghi consideră că gastrectomia subtotală care se poate efectua mai repede, mai ușor și e însoțită de un traumatism mai puțin riscant, constituie drept cea mai indicată intervenție în cancerul gastric, executînd gastrectomie totală numai în cazuri extreme cînd boala e într-o fază avansată. Potrivit acestei concepții, la stabilirea indicației operatorii chirurghii iau în considerare numai traumatismul și greutatea mai reduse ale gastrectomiei subtotale. Intrucît pregătirile pe care le fac sînt numai în acest sens, ei aleg anestezia, calea de abordare și posibilitățile de reanimare în funcție de executarea cu succes a acestei intervenții. În asemenea condiții, chiar dacă sînt obligați să efectueze o gastrectomie totală pentru extirparea radicală a tumorii, deseori executarea e eronată și complicațiile postoperatorii numeroase, din cauza unei orientări anevoioase, a anesteziei, reanimării și laparotomiei insuficiente. Problema nu se rezolvă nici dacă executăm de la început o deschidere largă, destinată să asigure abordarea toraco-abdominală la bolnavii, în majoritatea cazurilor, vîrstnici care suportă

greu intervenția. De multe ori acești bolnavi ar putea să suporte o rezecție subtotală prin deschiderea abdominală, dar devin victime ale puternicului traumatism operator sau complicațiilor pe care le provoacă intervenția toraco-abdominală. Deschiderea necesară a toracelui limitează sfera indicației operatorii deoarece în multe cazuri starea aparatului cardio-respirator exclude de la început toracotomia.

Inciziile abdominale care pot fi completate la nevoie cu toracotomia nu au dat în practică rezultatele așteptate. Rămâne mereu deschisă problema anesteziei, a reanimării, a capacității bolnavului de a suporta operația și a așezării lui pe masa de operație. Din acest punct de vedere secționarea longitudinală a diafragmului, practicată de *Savinich*, a deschis un drum nou, deoarece deși intervenția e abdominală, oferă posibilitatea mobilizării părții inferioare a esofagului.

Condițiile favorabile ale gastrectomiei totale se pot realiza mai bine dacă necesitatea acestei intervenții se stabilește înainte de operație. De aceea ne-am străduit ca folosind toate examenele preoperatorii să putem lămurii problema operabilității probabile, încercând să stabilim dacă e necesară o rezecție parțială, subtotală sau o gastrectomie totală. În acest scop am comparat la 30 de bolnavi rezultatele examenului radiologic cu observațiile făcute intra-operator. Experiența pe care am dobândit-o ne-a convins că în cazurile avansate există unele semne radiologice (încetarea mobilității stomacului, fixitatea părții de stomac infiltrate, rigide etc.) pe baza cărora se poate prevedea cu mare probabilitate posibilitatea inoperabilității locale. În cazurile limită însă nu ne putem baza pe examenul radiologic. Apoi stăruie dificultatea că în multe cazuri diagnosticul de cancer gastric nu se poate stabili cu certitudine nici chiar în urma celui mai minuțios examen radiologic. Diagnosticul e deosebit de greu la tumorile mici și ulcerate care se pot confunda mai ales cu boala ulceroasă. Astfel, în 8 cazuri examenul radiologic a stabilit diagnosticul de ulcer, iar la intervenție s-a găsit un cancer gastric primar; în 2 cazuri examenul radiologic, pe lângă diagnosticul de ulcer, a atras atenția asupra eventualității unei tumori maligne; în 3 cazuri examenul radiologic a stabilit un diagnostic de tumoare, dar examenul histopatologic efectuat după operație a pus în evidență un ulcer.

Am comparat limita cranială a tumorii stabilită radiologic cu observațiile făcute la laparotomie. În scopul acestei comparații am căutat: 1. limita superioară vizibilă a tumorii; 2. limita superioară palpabilă a tumorii și 3. limita cranială a tumorii după secționarea în straturi a peretelui stomacal.

În aceste cazuri am efectuat examene histopatologice din părțile stomacului păstrat, adică socotit sănătos, și din cele ale esofagului. Comparând datele obținute, am constatat că în ceea ce privește extinderea în perete a tumorii trebuie să ne buizim mai degrabă pe palpare decât pe modificările vizibile. Infiltrația submucoasei care în majoritatea cazurilor e cea mai extinsă se poate pune în evidență mai degrabă prin palpare. În 17 cazuri examenul radiologic a putut să precizeze locul de pornire a tumorii (antru, cardiac, corpus), dar nu a determinat extinderea ei tisulară. În general, macroscopic extinderea tumorii s-a dovedit a fi mai mare decât la examenul radiologic. În cursul examinărilor comparative ale cazurilor noastre, am ajuns la concluzia că examenul radiologic semnalează ea fiind intact numai acel teritoriu în care țesutul tumoral atinge toate straturile peretelui stomacal sau cea mai mare parte a acestora. Dar examenul radiologic nu arată că sînt alterate acele teritorii în care țesutul tumoral pătrunde în submucoasa laxă fără a face rigid peretele stomacal. În materialul nostru clinic acest fenomen a fost observat în 50% a cazurilor. De asemenea examenul radiologic nu a semnalat nici extinderea în esofag a tumorii, fapt care în 4 cazuri a fost dovedit la examenul macroscopic și microscopic.

În 10 cazuri am dorit să stabilim cu ajutorul gastroscopiei ce intervenție urmează să executăm. Experiența noastră ne îndreptățește să afirmăm că, în ciuda cunoscutelor ei avantaje, gastroscopia nu poate oferi un punct de sprijin important nici în problema

operabilității tumorilor gastrice și nici în aceea a necesității sau posibilității gastrectomiei totale.

Despre valoarea laparoscopiei care se execută sporadic nu putem să formulăm o părere definitivă în acest domeniu, deoarece lipsa de precizie a aparatului utilizat a făcut ca examinările să fie nesigure. Pe baza numărului mic al cazurilor noastre am constatat că nici laparoscopia nu e capabilă să furnizeze date cu privire la operabilitatea locală. La aceeași constatare a ajuns, în studiul său, și D. *Mojański*.

În ceea ce privește tipul de operație ce trebuie ales, e nevoie să ținem seama de extinderea teritoriului alterat din peretele stomacal. E greșit însă dacă apreciem operabilitatea locală și alegerea intervenției exclusiv din acest punct de vedere. Necesitatea gastrectomiei totale e determinată de extinderea locală a tumorii, iar posibilitatea ei, în marea majoritate a cazurilor, de alterarea ganglionilor limfatici din vecinătatea arterei gastrice stângi. În caz de metastază acești ganglioni aderă de artera și de peretele trunchiului arterial atât de puternic încât mobilizarea lor periclitează integritatea peretelui vascular. Ganglionii limfatici cu metastază scurtează repede ligamentul gastro-hepatic și trăgând mica curbură a stomacului fixează puternic stomacul de peretele abdominal posterior. În cazul alterării celorlalte 3 grupe de ganglioni limfatici colectori, gastrectomia totală s-a putut executa fiind complectată prin extirparea splinei, rezecția parțială a pancreasului (4 cazuri), prin îndepărtarea parțială a colonului transversal (6 cazuri), și prin rezecția părților alterate ale ficatului (4 cazuri). Dar în cazul alterării ganglionilor limfatici din vecinătatea arterei gastrice stângi, îndepărtarea ganglionilor limfatici tumoralii, împreună cu extirparea stomacului, a fost de cele mai multe ori nerealizabilă. În asemenea cazuri, chiar o simplă încercare e riscantă din cauza hemoragiilor profuze. Prinderea ganglionilor limfatici e foarte frecventă. Din 25 de cazuri, în care tumoarea a avut drept punct de plecare fundul stomacului, sau l-a infiltrat, 14 bolnavi au prezentat metastază în ganglionii limfatici.

Cercetările noastre arată că tumorile care pleacă din fundul stomacului și din împrejurimile cardiei, sau le cuprind și pe acestea, se extind de obicei asupra părților inferioare ale esofagului și asupra ganglionilor limfatici paraesofagieni. Nu am găsit nici o corelație între structura tisulară a cancerului gastric și frecvența prinderii esofagului. Toate tumorile pe care le-am analizat au corespuns adenocarcinoamelor. În 80% a cazurilor am întâlnit o tumoare care pătrundea în sus în stratul submucoasei esofagiene și, în același timp, trebuie să amintim că nu am găsit nici o formație tumorală pe mucoasă. Din aceste observații rezultă că la tumorile stomacului situate cranial, trebuie să conștientăm pe prinderea esofagului, așa încât acestea nu pot fi rezolvate radical decât prin extirparea parțială a esofagului. Nu ne putem baza pe esofagoscopie, așa cum recomandă unii autori, deoarece faptul că mucoasa e intactă nu înseamnă implicit că și peretele esofagului e intact.

În concordanță cu cele relevate în literatură, nu am avut nici un caz în care tumoarea să se fi extins asupra duodenului.

Pentru restabilirea continuității canalului gastro-intestinal am aplicat în toate cazurile metoda așa-numită „sandwich” a lui *Lefevre*, modificându-mă mai târziu, în sensul că nu am întrerupt continuitatea dintre ansele aferente și eferente, ci cu un fragment de intestin corespunzător am învelit în chip de fular anastomoza esofago-intestinală. Insuficiențele de sutură, destul de frecvent semnalate după operație, le-am putut evita prin faptul că pe peretele posterior al ansei eferente am preparat un lambou seromuscular corespunzător mărimii fragmentului din esofag ce trebuie fixat, și în plaga musculară astfel formată am fixat peretele posterior al bontului esofagian prin 4 rinduri de sutură paralele. (fig. nr. 1—2). În felul acesta ajung în contact 2 țesuturi omogene, stratul muscular al esofagului și stratul muscular al intestinului subțire, iar ca urmare a acestui fapt aderența se face mai rapid și e mai rezistentă. De asemenea am

ameliorat rezultatele noastre prin aceea că sutura mucoasei esofago-enterostomice am executat-o sub seroasa situată la marginea inferioară a lamboului și după prepararea ei am acoperit-o mai întâi cu stratul intact al seroasei. (Fig. nr. 3 și 4).

Experiența noastră arată că printr-o pregătire operatorie corespunzătoare și o reanimare intraoperatorie, traumatismul operator al gastrectomiei totale poate fi atenuat în mod considerabil. Cu modificările menționate am redus la minimum riscul esofago-enterostomiei. De aceea noi considerăm că gastrectomia totală e o metodă foarte importantă în tratamentul chirurgical al cancerului gastric. Nu sîntem adepții gastrectomiei „principiale”, dar nu împărtășim nici concepția potrivit căreia această intervenție trebuie executată numai în cazuri extreme cînd, dată fiind starea alterată, cașectică a organismului, nu se poate aștepta un rezultat favorabil nici în urma operației. După aprecierea minuțioasă a stării generale a bolnavului și în cazurile în care se urmărește excluderea metastazelor îndepărtate, factorii care determină stabilirea indicației în această intervenție sînt extinderea locală a tumorii și mai ales prinderea ganglionilor limfatici din vecinătatea arterei gastrice stîngi. Dacă ținem seama de toate cele de mai sus, rezultatele pot fi satisfăcătoare. E adevărat că lipsa completă a stomacului necesită multă vreme un tratament de substituție permanent, dar bolnavii îl suportă bine. Observațiile noastre arată că unele suferințe consecutive gastrectomiei totale sînt mai degrabă consecințe ale maladiei canceroase decît ale lipsei stomacului.

Intrucît cancerul este o îmbolnăvire generală al cărei punct de plecare îl constituie tumoarea primară, noi executăm gastrectomie totală, evident dacă ne permit condițiile locale, și în cazuri de metastaze nu prea avansate, și dacă vindecarea plăgii fără complicații pare foarte probabilă. Gastrectomia totală o executăm de preferință atunci cînd nu avem posibilitatea să înlăturăm pe altă cale suferințele mai mari ale bolnavului (tulburări de pasaj, hemoragii masive etc.). Astfel, și tratamentul de completare (administrare de hormoni și de substanțe citostatice etc.) s-a dovedit a fi eficace.

Dacă toate eforturile depuse în vederea stabilirii anteoperatorii a necesității și posibilității gastrectomiei totale sau a celei subtotale nu au dus la o constatare concludentă, atunci fiecare bolnav cu cancer gastric va fi pregătit pentru eventualitatea unei gastrectomii totale, firește cu condiția ca starea generală a bolnavului să permită această intervenție, iar metastazele avansate să nu constituie o contraindicație. În acest scop, după ce am făcut cea mai meticuloasă pregătire, utilizînd toate procedeele de reanimare, intervenim printr-o incizie pornind pe linia mediană de la peretele toracic și înaintînd sub rebordul costal stîng. Executăm operația sub anestezie locală potențializată printr-o infiltrație selectivă în nervii intercostali stîngi, sau sub narcoză de oxigen-protoxil de azot-eter prin intubație după o inducție de evipan-curare. După îndepărtarea parțială a procesului xifoid și a rebordului costal cartilagos stîng, deschiderea asigură o bună orientare. După depistarea metastazelor abdominale, secționînd ligamentul triangular și fibroasa hepatică a apendicelui, mobilizăm lobul stîng al ficatului. Astfel limita cranială a tumorii devine bine palpabilă. Printr-un examen histopatologic intraoperator se poate pune ușor în evidență extinderea tumorii în perete și prinderea ganglionilor limfatici. Dintre aceștia acordăm o importanță deosebită ganglionilor limfatici din vecinătatea arterei gastrice stîngi. Corespunzător relațiilor locale, executăm o gastrectomie extinsă, completă, parțială, subtotală sau totală. Intervenția se completează, după necesitate, prin extirparea părții inferioare a esofagului, a părții infiltrate din ficat, a capului pancreasului și a fragmentelor corespunzătoare din colonul transversal.

Pentru mobilizarea părții inferioare a esofagului dilatăm prudent hiatul esofagian sau secționăm diafragma după metoda aplicată de *Savinich*. De cele mai multe ori această cale e suficientă dacă examenul radiologic nu a arătat

că esofagul toracal e dilatat. Extirparea parțială a organului e ușurată de faptul că deseori tumoarea situată pe mica curbură, fiind un proces retracil, scurtează partea prinsă a stomacului, astfel încît treimea inferioară a esofagului atras în jos devine mai accesibilă.

Pentru micșorarea numărului anemiilor consecutive gastrectomiilor totale extirpăm în toate cazurile și splina. Terminăm intervenția printr-o entero-enteroanastomoză de tip *Braun*. În scopul restabilirii rapide a echilibrului hidric introducem în timpul operației o sondă în porțiunea inițială de sub anastomoză, aceasta sondă avînd rostul ca imediat după operație bolnavul să poată fi alimentat cu cantitatea necesară de lichide.

În condițiile relevate mai sus, gastrectomia totală constituie un factor valoros în tratamentul chirurgical al cancerului gastric, fiind în cazul indicațiilor determinate intervenția optimă în această boala. În tratamentul acestei maladii care provoacă adevărate ravagii, putem aștepta obținerea unor rezultate favorabile numai în cazurile diagnosticate precoce, dar nu încapă îndoială că gastrectomia totală, dacă bolnavul e bine pregătit și se execută după o matură chibzuință, îmbunătățește perspectivele tratamentului chirurgical al cancerului gastric.

*Sosit la redacție: 7 octombrie 1959.*

#### *Bibliografie*

1. FĂGARAȘANU I., S. DAN, I. POPA: *Chirurgia V.* 1 p. 110 (1955); 2. C. GEORGESCU: *Chirurgia V.* 1 p. 53 (1958); 3. I. JU. JUDAEV, A. S. KOGAN: *Voprosi onkologii* 5, 1 p. 65—69 (1959); 4. I. JURAVA: *Chirurgia v.* 1 p. 115. (1955); 5. MOJAIISKII D.: *Vestnik Hirurgii V.* 8 p. 21 (1959); 6. C. MONTEIRO, G. T. PACK: *Rev. brasil cir.* 2, 181, (1956), *Ref. Zbl. für. Ch. V.* 48, p. 2000 (1957); 7. GUTGEMANN: *Chirurg* 23 p. 474—482 (1952); 8. MC NEER, W. LAYRANCE: *Surgery* 43, 6, p. 879—886 (1958); *Ref. Med. Ref. Jor.* 2, p. 62 (1959); 9. NAKAYAMA K.: *Chirurg* 26 p. 277 (1955); 10. PAUTISEV JU. M., E. W. KVASNIN: *Vestnik Hirurgii V.* 2 p. 28—33 (1959); 11. LASZLO POKA, ANTAL TOTH: *O. H.* 24, p. 63 (1957); 12. C. POPOVICI, P. TONITZA, GH. CONSTANTINESCU: *Lyon Chirurgical V.* 54 Nr. 4 p. 577 (1958); 13. V. RAPANT: *Rozhl. chir.* 34 p. 321 (1955) *Ref. Zbl. für. Gh.* 19 (1956); 14. V. G. REAPTEV: *Hirurgica V.* 6 n. 106 (1959); 15. REGENSBURGER: *Zbl. für. Gh. V.* 28, p. 1177 (1956); 16. SEREBRIKOVA A. G.: *Vestnik Hirurgii V.* 2 p. 33—38 (1959); 17. SIDORENKO N.: *Vestnik Hirurgii V.* 8, 30 (1959); 18. SZABO BELA, MIHALY BODOSI, jun. ENDRE KLEMEN: *Magyar Sebészet V.* VII p. 241 (1954); 19. C. I. WELCH, E. W. WILKINS: *Ann. Surgery* 148, 4 p. 666—681 (1958), *Ref. Med. Ref. Jor.* V 4 p. 74 (1959)

#### СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ОПЕРАБИЛЬНОСТИ РАКА ЖЕЛУДКА

Папай Золтан, Фазакан Лазар, Фодор Ференц

Резиция оперативного лечения рака желудка стала современной ввиду увеличения числа раковых больных, а в частности ввиду широкого распространения тотальной резекции желудка и для уменьшения риска во время операции.

Определили, что число иноперабельных больных за последние годы не уменьшилось, хотя желудочная хирургия и развилась. Указывают на значение инструментальных и пероператорических исследований желудка для определения операбельности и выбора операции. Сравнивали предоперационные данные пероператорическими и гистологическими наблюдениями.

Указывают на то, что тотальная гастроэктомия имеет определенные показания и при умелом выборе может дать хороший результат.



Fig. nr. 1.



Fig. nr. 2.



Fig. nr. 3.



Fig. nr. 4.

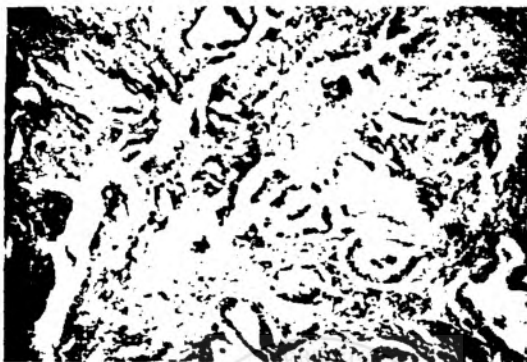


Fig. Nr. 1. - Țesut tumoral în țesutul conjunctiv subepitelial al stomacului. Oc. 10 x, ob. 20 H. E.



Fig. Nr. 2. - Țesut tumoral în țesutul conjunctiv subepitelial al esofagului. Oc. 10 x, ob. 20 H. E.



## PROBLEMES ACTUELS DE L'OPÉRABILITÉ DU CANCER GASTRIQUE

*Z. Pápai, L. Fazakas, F. Fodor*

Le problème de la révision du traitement chirurgical du cancer gastrique est devenu actuel, d'une part à cause de la croissance du nombre des malades et d'autre part à la suite de l'extension des gastrectomies totales et de la diminution du risque opératoire. Les auteurs rélevont qu'au cours de ces dernières années, le nombre des cas inopérables n'a pas diminué, bien que la chirurgie stomacale soit en plein essor. Ils soulignent l'importance de l'examen instrumental de l'estomac et celle des examens tissulaires préopératoires pour pouvoir établir la possibilité d'intervention et le type de l'opération. On compare les résultats obtenus avant l'opération aux observations acquises pendant l'intervention et après l'examen histologique.

Les auteurs soulignent que la gastrectomie totale a des indications bien déterminées qui deviennent un facteur thérapeutique précieux dans le cas où on les prend en considération.