

Clinica chirurgicală din Tirgu-Mureș (cond.: prof. Z. Pápai)

PERFORAȚIILE ULCERULUI GASTRO-DUODENAL *

(Observații pe 150 de cazuri)

Z. Pápai, E. Bancu, I. Huszár

Dacă din punct de vedere diagnostic ulceralele gastro-duodenale perforate nu mai constituie astăzi greutăți, în literatura chirurgicală problema mai este încă mult controversată în ceea ce privește atitudinea terapeutică. Hotărîrea de a reconsidera materialul clinicii noastre a izvorit din necesitatea ce ni s-a impus — datorită ascendenței masive a curbei cazuistice, care în anul 1961 a devenit de-a dreptul impresionantă. Am făcut acest studiu retrospectiv, pe ultimii 5 ani (1957—1961) pentru a putea vedea realizările, a judeca deficiențele și a trage concluzii atât de domeniul curativ, cît și mai ales în cel profilactic. Vom putea astfel să verificăm eficiența muncii în staționar, pe teren și a roadelor colaborării dintre serviciul chirurgical de urgență și cel de salvare.

Cele 150 de cazuri internate în serviciul de urgență al clinicii chirurgicale se repartizează pe ultimii 5 ani astfel, încît dau cifre apropiate pe 1957, 1959, 1960, între 28—32 cazuri, prezentînd un decalaj simțitor în 1958 (8 cazuri) și o creștere accentuată în 1961 (51 cazuri).

1957	1958	1959	1960	1961	Total
28	8	31	32	51	150

Cercetînd datele din literatură constatăm în majoritatea statisticilor o creștere a numărului bolnavilor între 30 și 40 de ani, o frecvență relativă pentru deceniile 3, 5 și 6 și o scădere simțitoare la vîrstele de sub 20 și peste 60 de ani. Noi am constatat însă frecvența cea mai mare la tineri între 20 și 30 ani, unde am înregistrat 44 de bolnavi. Privind numărul bolnavilor pe grupe de vîrstă, am obținut o curbă, care-și atinge apogeul la 30 de ani scade apoi ușor, ca să se mențină în platou pînă la 60 ani, scăzînd după aceea simțitor, aproape de nivelul de la care a pornit.

Sub 20 ani	20—30	30—40	40—50	50—60	60—70	Total
7	44	27	32	31	9	150

Am considerat vîrsta ca unul din factorii importanți care hotărîsc atitudinea de urmat în tratamentul bolnavilor noștri și în general am ales metode paleative, în speranță reușitei tratamentului medical pentru ca rezecția să nu supună organismele tinere la anumite carențe. Totuși, după cum vom vedea, au fost și cazuri în care a trebuit să fim radicali chiar și la adolescenți.

Avînd în vedere specificul economic al raionului Tg. Mureș, considerăm justă proporția bolnavilor în ceea ce privește ocupația. Cel mai mare număr de bolnavi ni l-a furnizat mediul rural. Am putea adăuga aici, că și cazurile cele mai grave și mai întir-

* Comunicare prezentată la ședința S.Ș.M. filiala Tg.-Mureș, la 1. II. 1962.

ziate tot din mediul rural ne-au parvenit. Am înregistrat proporția de 74 agricultori față de 45 muncitori și 20 funcționari.

Între bolnavii noștri am întâlnit 6 femei ceea ce constituie 4%.

Repartizate pe anotimpuri cazurile noastre prezintă o frecvență mai mare toamna, iarna este anotimpul cu cele mai puține îmbolnăviri. Am observat o afinență mare de bolnavi în perioadele de trecere de la primăvară spre vară și de la vară spre toamnă și aceasta mai ales în mediul rural. Sintem încredințați că acest fapt s-ar datora efortului maxim depus în agricultură în perioadele respective, precum și neglijării alimentației și controlului medical al ulcerosiilor în timpul campaniilor intense agricole.

Din această cauză în statistica noastră numărul cazurilor înregistrate vara (45) depășesc pe cele de iarnă (15) și primăvară (37) fiind inferioare celor ce apar toamnă (53).

Autorii în general, dau o mare importanță timpului scurs de la perforație pînă la intervenție. Nu se poate contesta acest fapt, însă nici nu poate fi luat izolat în ceea ce privește fixarea prognosticului. Analizînd cazurile noastre, am putea afirma că bolnavii sosiți între 3—6 ore de la perforație și chiar pînă la 9 ore au prezentat starea generală cea mai propice intervenției. Cei sosiți în primele ore (1—3) de obicei prezentau stări de șoc compensat: iritația puternică peritoneală și relexele dureroase pormite de la acest nivel, fiind cauzele declanșării șocului în timp ce reacția de apărare a organismului, nu a avut timp să se manifeste din plin — imediat după accident. Am constatat de asemenea, că la cazurile mortale factorul timp a fost uneori determinant, dar am pierdut și cazuri sosite mai timpuriu sau am putut salva chiar cazuri sosite cu întîrziere (peste 48 ore). De aceea considerăm că pentru aprecierea adecvată a cazurilor, ar trebui să ținem seama nu numai de timpul scurt pînă la operație ci și de rezistența organismului determinată de vîrstă, condiție fizică, reactivitate nervoasă, de virulența infecției peritoneului, de integritatea funcțiilor lui, de condițiile de mediu în care se găsea bolnavul în momentul declanșării perforației și desigur de factorii obiectivi ce încep să acționeze odată cu internarea bolnavului în serviciul chirurgical. Nu putem compara indicii noștri cu ai altor clinici din țară, deoarece statisticile publicate sînt mai vechi, dar putem afirma că în general situația este mult ameliorată, bolnavii ajungînd mult mai de timpuriu la staționar. În statistica noastră sînt consemnați: sosiți în primele 6 ore 55,4% dintre bolnavi, iar după 24 de ore 33% dintre ei, față de Cluj 30,2% sosiți în primele 6 ore și 16,8% după 24 ore. Spitalul Hunedoara (Micu și colab.) dă un procentaj de 68% pentru primele 6 ore și de 7,14% pentru peste 24 ore.

1—3 ore	3—6	7—12	13—18	19—24	peste 24	Total
45	38	43	16	3	5	150
30%	25,4%	28,6%	10%	2%	3,3%	100%

Cele mai întîrziate cazuri au fost la 48 și 72 ore. Ambele au prezentat peritonite grave și chiar vîrste înaintate (peste 60 ani), dar au putut fi salvate după multe zile de spitalizare.

Un fapt deosebit de semnificativ în analiza noastră ne-a părut procentajul *marc al cazurilor fără antecedente ulceroase*.

În timp ce alți autori prezintă o frecvență a cazurilor cu antecedente gastrice în proporție de 80—85%, în statistica noastră numărul celor cu antecedente este de 79 (52%), pe cînd al celor lipsiți de antecedente este de 71 (48%). Dintre bolnavii care au prezentat acuze gastrice 47 se eșalonează pe perioade de la cîteva zile sau săptămîni la 5 ani, iar restul de 32 de bolnavi prezintă antecedente de peste 5 ani. Am cercetat cu luare aminte bolnavii cu antecedente de peste 5 ani și între aceștia am găsit bolnavi mulți cu suferințe de peste 10—15 ani sau chiar 20—30 de ani. Am găsit bolnavi, care prezentaseră odată sau de mai multe ori hematemee și melene sau chiar fenomene pilorice stenozante. Dintre bolnavii cu antecedente ulceroase (79) în 32 de cazuri numai anamneza a fost cea care ne vorbea de suferințe gastrice. La 47 dintre bolnavi existau examinări radiologice și tratamente instituite anterior pe baza unui diagnostic precis.

Dacă ținem seama de faptul că, din cei 150 de bolnavi tratați în clinica noastră numai 47 au avut diagnostic sigur de ulcer și că dintre aceștia în 32 de cazuri era

vorba de suferințe datînd între 5 și 30 de ani, trebuie să tragem concluzia asupra indicațiilor operatorii prea restrînse de intervenție chirurgicală în perioada dinaintea perforației. În general acești 32 de bolnavi prezentau ansamblul criteriilor care indică rezecția gastrică, — și dacă ar fi fost operați la timp, ar fi putut evita accidentul grav al perforației. Mai putem observa din numărul mare al ulcerelor mute că acest fapt ar juca un rol de seamă în apariția perforațiilor. Altfel se comportă față de efort și față de alimentație un bolnav care are dureri gastrice sau diagnostic precis de ulcer, decît un ulceros care se simte bine și neglijează anumite reguli de conduită, fiind surprins de durerile violente de perforație — în plină sănătate aparentă.

Din chestionarea bolnavilor am dedus că 80% dintre ei erau fumători și băutori ocazionali, că în 45 de cazuri perforația s-a produs după mese mari, că în 6 cazuri a survenit în timpul efortului fizic, într-un caz după tratament cu reopirină și la un bolnav după examen radiologic baritat. La 48 bolnavi perforația a survenit noaptea, iar la 102 în timpul zilei. Examenul radiologic preoperator al bolnavilor noștri a arătat pneumo-peritoneu în 102 cazuri (68%), față de lipsa radiologică a acestuia la 48 bolnavi (32%). Dintre bolnavii cu pneumo-peritoneu în 6 cazuri am găsit pneumostg. iar în 12 cazuri pneumo-peritoneu bilateral. Examinările de laborator făcute au fost cele de urgență: urina și hemograma, și am recoltat puroi pentru examenul bacteriologic și antibiogramă. Datele furnizate de leucocitoză ne par neconcludente, fiind rezultate pe care nu ne-am bizuit prea mult. Am avut bolnav cu 4.400 leucocite la 15 ore și cu 18.000 la 4 ore. Numărul cel mai ridicat de leucocite a fost de 28.000. Neconcordanța diagnosticului de teren cu acela al clinicii l-am întîlnit în 16 cazuri. Dintre acestea în 11 s-a pus diagnosticul de apendicită acută, 1 cu colecistită acută, 2 cu ileus, 1 cu colică renală și 1 cu tumoră gastrică. Deci 148 bolnavi au beneficiat de diagnosticul de abdomen acut. *Neconcordanța diagnosticului* clinic cu acela intraoperator l-am găsit în 3 cazuri, în care s-a pus diagnosticul de apendicită perforată și s-a intervenit inițial pe apendice, ca apoi să se facă laparotomie mediană. Rezultă că 147 dintre bolnavii noștri au prezentat semne clinice sau radiologice tipice încît diagnosticul nu a întîmpinat greutăți.

Majoritatea autorilor sînt de părere că *ulcerele cu localizare duodenală* sînt acelea care dau cel mai mare procentaj de perforații. *Nana* și *Mircioiu* dau un procentaj de 72,6 % ulcere duodenale față de 13,6% gastrice și 12,5 juxtapiilorice. *Franchini* dă 96,5% ulcere duodenale. În stabilirea locului perforației am ținut seama de punctul de trecere al venei lui *Majo*. A trebuit să ținem seama de existența a foarte multe ulcere juxtapiilorice pe versantul gastric și de aceea, acestea le-am etichetat separat. Am avut în total 73 ulcere duodenale, 55 juxtapiilorice și 22 ulcere gastrice, dintre care 1 caz cu localizare juxtacardială.

Ulc. duod.	Juxta. pil.	Gastr.	Total
73	55	22	150
48,6%	36,8%	14,6%	100%

În afara unui singur caz, toate ulcerile noastre au avut localizarea pe fața anterioară a stomacului sau duodenului. Bolnavul cu excepția a făcut o perforație pe perețele posterior al stomacului.

Cei 150 bolnavi au fost spitalizați 1500 zile, prezentînd o medie de 10,5 zile spitalizare. Numărul redus al mediei zilelor de spitalizare se datorește faptului că 85 bolnavi au fost spitalizați mai puțin de 10 zile, iar la cazurile pierdute, spitalizarea a fost de numai cîteva zile. Cea mai lungă spitalizare a fost de 26 zile la 2 bolnavi care au prezentat complicații deosebite postoperatorii.

Vom insista mai cu seamă asupra tacticii și tehnicii chirurgicale ce am urmat-o în cazurile noastre, avînd în vedere că acestea sînt problemele de bază în rezolvarea perforațiilor ulcerose. Din atitudinea care se ia față de ulcerile gastro-duodenale perforate rezultă conform datelor literaturii 2 metode de urmat: tratamentul medical — prin aspirație continuă — și tratamentul chirurgical, care poate fi

paleativ și radical. După ce *H. Taylor* în 1946 face cunoscută aspirația continuă și după publicarea celor 555 de cazuri cu o mortalitate de 7,9%, reacția diferitelor centre chirurgicale a fost suficient de promptă și mai ales rezervată. Rezerva a izvorit din faptul că metoda cere un diagnostic sigur, că ulcerul uneori nu se descoperă (*Swynghedaun — Legrand*) iar intervențiile făcute ulterior ar fi mai riscante. Aspirația continuă cere un personal suplimentar, care să supravegheze în permanență bolnavul. Acestea ar fi motivele pentru care majoritatea autorilor combat procedeul sau îl folosesc în cazuri restrânse. Sînt interesante rezultatele lui *Fontaine* și colab., care practică metoda pe 45 și 46 de cazuri în două servicii de chirurgie diferite. Din 45 bolnavi obțin 38 vindecări (85%) și 2 morți (4,4%) în restul cazurilor au intervenit. Reușesc astfel să scadă mortalitatea de la 9,5% la 4,4%. În celălalt serviciu chirurgical pe un lot de 46 cazuri au obținut doar 23 vindecări — în rest s-a intervenit — mortalitatea crescînd de la 7,4—9,5%. Noi am rezervat metoda aspirației continue numai fazei tratamentului pre- sau postoperator al bolnavilor. Preoperator am folosit-o la bolnavii șocați, sosiți imediat după perforație sau la cei cu șocuri mai avansate, care necesitau deșocări preoperatorii. Am mai folosit aspirația postoperator ca metodă îndreptată contra distensiei stomacului, pentru protejarea unei suturi sau anastomoze. Nu avem încrederea necesară în aspirație pentru a o folosi ca metodă exclusivă de tratament.

Metodele chirurgicale folosite de noi după laparotomie au acționat fie asupra ulcerului (sătură, înfundare obturație) fie asupra stomacului — practicînd rezecție. Noi nu am făcut nici o gastroenterostemie asociată suturii. Concepția clinicii noastre în alegerea tacticii chirurgicale este electrică. Credem în faptul că gastrectomia trebuie să cîștige teren față de sutură și viitorul o va demonstra cu și mai multă convingere. Credem de asemenea că în zilele noastre „sutura trăiește numai din contraindicațiile rezecției”. Atît timp însă cît constatăm ulcere la vîrste tot mai tinere (sub 20 de ani), cît apar tot mai multe ulcere mute, care nu pot beneficia de un tratament medical, chiar dacă acesta ar avea rezultate terapeutice de 100%, — credem că metoda suturii va dăinui. De dorit ar fi ca în tratamentul perforațiilor ulceroase suturile să fie acelea care să deschidă calea unui tratament medical eficient, care în viitor să vindece cu siguranță îmbolnăvirea. Nu putem fi de acord cu autorii care pretind că procentajul mortalității la rezecții ar fi mai mic decît la suturați, punînd aceasta pe seama metodei chirurgicale alese. Alegînd bine cazurile desigur mortalitatea în rezecții va fi mai mică, deoarece cazurile suturate sînt de obicei mai grave. Din experiența clinicii noastre nu putem fi de acord nici cu faptul susținut de unii autori, că în gastrectomiile secundare suturii mortalitatea ar fi de 10—15%. Noi nu am avut o mortalitate mai mare la reintervenție decît la intervențiile obișnuite de gastrectomie. În baza celor afirmate trebuie să tragem concluzia că alegerea metodei operatorii între sutură și rezecție nu poate fi făcută în baza procentajului mortalității la suturați și rezecați. Din diferitele statistici constatăm cifre variabile ale mortalității în suturi și a vindecărilor după acest procedeu: *A. Höyer* (Oslo) pe 2.224 de cazuri culese din centrele chirurgicale scandinave nu constată diferențe între procentajul mortalității la rezecați și suturați. Numai 44% din suturați au trebuit să fie reoperați. *C. A. Müller* pe 238 de cazuri tratate prin sutură are 8,8% mortalitate. Din cei 217 bolnavi rămași în viață — 16 (7,4%) fac a doua perforație cu 2 decese. Din cei 14 supraviețuitori 2 fac a treia perforație cu un deced. Au fost gastrectomizați secundar 50 bolnavi cu 3 morți. *Thörmer și Weber*: trebuie să reintervină în 71 de cazuri din 102 tratate prin sutură. *C. A. Luer*: pe 102 cazuri suturate are 21,6% vindecări și 78,4% semne de activitate a ulcerului. *E. C. Hamilton*: pe 68 suturi are un deced, 25% vindecări, 50% tratament medical și 17% reintervenții. *Blomquist și Fock* 10,5% mortalitate pe 227 suturi ce reprezintă 95% dintre intervențiile practicate. Este interesantă constatarea lui *Bogossian*, care asociază în 6 cazuri vagotomia suturii. Staza gastrică instalată îl face să reintervină în 3 cazuri, părăsind astfel metoda. Din cele relatate și din alte date literare cercetate se poate conchide că procentul vindecării după suturi ar fi de 20—30% și că cei care n-au avut antecedente de

ulcer, au de trei ori mai multe șanse de vindecare (*Luer*). Dacă în ultimul timp mortalitatea după gastrectomie este tot mai mică, acolo unde s-au ameliorat factorii care dau creșterea mortalității în peritonite, și procentajul mortalității la suturați a scăzut (*Judin* 5,2%). De fapt, aici trebuie căutată scăderea mortalității, care în viitor va fi tot mai mică.

În ceea ce privește rezecțiile, statistici mai vechi dau diferite procentaje de frecvență și mortalitate. *Danicico* face 82,8% rezecții cu 2 morți (73 cazuri) *Nana-Mircioiu* 74,5% rezecții cu 16,6% mortalitate. *Judin* (1946) în 154 rezecții are 1,3% mortalitate. *Franchini* (Bologna) nu are mortalitate pe 96 gastrectomii. *A. Garcia-Baron* 698 cazuri cu 31% rezecții și 13% mortalitate. *I. Micu* și colab. 55% rezecții fără mortalitate pe 114 cazuri.

Pe cele 150 de cazuri tratate în clinica noastră am practicat sutura în 112 cazuri și rezecția în 38 cazuri. Din cele 112 cazuri suture în 85 s-a făcut sutura ulcerului și epiploonoplastie și în 27 din ele s-a făcut obturația perforației cu epiplon după procedeul *Oppel*. În cazurile suturilor ne-am condus după principiul că „foarte binele este adversarul binelui” și de aceea nu am practicat în general suturi în prea multe straturi pentru a ne feri de stenoză sau de dehiscenta firelor. Acolo unde perforațiile erau de mărime obișnuită și nu existau fenomene inflamatorii prea puternice, am făcut infundare. Unde perforațiile erau mai mari, am practicat fie obturații cu epiplon (*Oppel*), fie suturi în două planuri de următoarea manieră: un plan total care să apropie marginile perforației și un plan sero-seros la care firele se legau direct pe un lambou epiploic dinainte pregătit. În ceea ce privește rezecțiile acestea s-au făcut la toate cazurile bine alese și la toate categoriile de vîrstă. Acolo unde indicația a fost absolută, s-a făcut și la adolescenți și la bătrîni. Din 38 de rezecții 25 au fost practicate la bolnavi peste 30 de ani și mai ales la vîrsta în jur de 40 de ani. S-au făcut 13 rezecții la bolnavi sub 30 ani și 2 rezecții la bolnavi sub 20 ani. Aceștia prezentau ulcere vechi caloase cu tendințe stenozante încît rezecția s-a impus necondiționat. După tipul rezecției în 35 de cazuri s-au făcut operații *Billroth II*, cu 29 anastomozes după *Polya—Rachel* și după procedeul *Hoffmeister—Finsterer*. În 3 cazuri s-au făcut rezecții *Billroth I*. În clinica noastră se practică aceste trei tipuri de intervenții, dîndu-se încă preferință procedeului *Polya—Rachel*. Din analiza cazurilor noastre am putea trage următoarele concluzii în ceea ce privește felul intervenției (sutura sau rezecție):

1. — Am preferat sutura:

— Unde perforațiile erau mai vechi de 12 ore și vîrsta starea generală și aspectul local și intraperitoneal erau defavorabile.

— La obezi și tarați organici.

— Acolo unde cantitatea și calitatea revărsatului peritoneal erau defavorabile.

— La tineri și mai ales la cei cu ulcere mute.

— La ulcere sus situate.

2. — Am preferat rezecția:

— Acolo unde perforațiile erau recente, la bolnavii de vîrstă medie, cu stare generală bună, cu condiții locale și peritoneale favorabile.

— La perforații mari cu inflamații locale în care sutura era riscantă sau amenința stenoza.

La ulcere vechi complicate (hemoragii, stenoze), indiferent de vîrsta bolnavului.

Avînd în vedere condițiile mai sus amintite, reiese clar, de ce numărul suturilor a depășit cu atît pe cel al rezecțiilor (112 la 38). Printre bolnavii noștri am avut 48% internați cu ulcere mute în perioada dinaintea perforației, iar repartizați pe grupe de vîrstă cel mai mare număr ni l-a furnizat decada a III-a (44 bolnavi). Rămînem credincioși aforismului lui *Pauchet* „preferăm mai multe intervenții unei morți”. De altfel studiul rezultatelor tardive ne va permite să tragem concluziile cele mai juste. În prezent, comparînd rezultatele imediate ale clinicii noastre cu cele din literatură putem afirma că indicațiile operatorii au fost bine puse și cazurile au fost bine selecționate. Am avut o mortalitate generală de 3,3%. Pe 112

suturi am avut 5 morți, deci un procentaj de 4,4%, iar pe 38 de rezecții nu am avut nici un deced.

Nr. bol. sudur.	Nr. bol. rezec.	Total
112—5 dec.	38—00	150—5 decese.

O altă problemă controversată este aceea a drenajului. Din datele literaturii se observă o tendință tot mai mare la restringerea cazurilor drenate. În marele război pentru apărarea patriei — chirurgii sovietici au drenat în 35% din cazuri în primul an pe cînd în ultimul an au drenat doar în 6,7%. Alți autori sînt de părere, că avînd în vedere faptul că perforațiile se pot trata și prin aspirație continuă, aceasta ar pleda împotriva drenajului. Alți autori spun că după 12, 24 de ore drenajul este izolat de cavitatea peritoneală (*Danicico*), dar fac drenaj pentru a se asigura în cazul suturilor dificile sau a infundărilor greoaie de bonturi duodenale — ori știm că aceste insuficiențe de suturi apar mai tardiv de 24 de ore. Și în această chestiune clinica noastră are o atitudine eclectică. În cazurile recente și puțin grave nu drenăm, dar în cazurile grave drenăm și încă drenăm mult. Cu toate acestea numărul cazurilor nedrenate este mai mare. Din 150 de bolnavi nu au fost drenați 85 (56,6%) și au fost drenați 65 de bolnavi (43,4%). Din cei drenați în 43 de cazuri s-a pus drenaj simplu — în 22 de cazuri s-a drenat și Douglasul, dintre care la 5 bolnavi s-a drenat după procedeul *Murphy*. În 5 cazuri grave s-au făcut spălături ale cavității peritoneale cu perfuzii de antibiotice în ser fiziologic cu rezultate bune. În ceea ce privește timpul de menținere a drenului, acesta este variabil de la 24 de ore la 7—8 zile. Atît timp, cît un tub drenează, nu-l mobilizăm. Cînd nu mai drenează îl luxăm și dacă nici atunci nu drenează îl îndepărtăm, dacă nu există pericolul de insuficiență a suturilor.

Din cei 150 bolnavi operați în 15 cazuri au survenit complicații după cum urmează: în 4 cazuri pneumonii sau bronhopneumonii în 5 cazuri peritonită localizată (2 abcese în Douglas și 3 abcese subhepice, în două cazuri supurații prelungite. Am remarcat o fistulă gastrică, una duodenală și o parotidită septică. Dintre bolnavii cu complicații am pierdut unul singur (cel cu fistulă gastrică). De remarcat că, nu am observat concordanță între peritonitele localizate și gravitatea infecției, 3 cazuri au fost drenate, iar 2 nu.

Analizînd cele 5 decese, constatăm următoarele:

1. D. M. 48 ani, internat după 12 ore cu antecedente clinice și radiologice de 12 ani. I se face laparotomie. Ulcer gastric, peritonită gravă. Se practică sutură. Se drenează subhepatic și Douglasul. În ziua 5-a face o fistulă gastrică decedat la 11 zile după operație.

2. K. R. 70 ani internată după 20 ore, antecedente de un an fără examen radiologic. Sută, dren subhepatic și în Douglas. Moare în șoc a 2-a zi.

3. M. M. 62 ani, internat după 12 ore. Fără antecedente. Ulcer pe curbura mică în peretele posterior. Sută, drenaj subhepatic. Decedat la 5 zile prin peritonită.

4. Z. I. 29 ani diabetic. Internat după 12 ore. Antecedente de 4 ani cu examen radiologic. Laparotomie. Ulcer prepiloric, sutură fără drenaj. Decedat la 4 zile prin insuficiență circulatorie.

5. Sz. D. 45 ani. Internat după 7 ore. Antecedente de 10 ani cu rtg. Laparotomie. Ulcer pe curbura mică, sutură, fără drenaj. Decedat a 4-a zi prin embolie în arterele pulmonare.

Concluzii.

Pe baza analizei celor 150 de cazuri de perforații ulceroase se pot trage următoarele concluzii:

1. Clinica noastră are o atitudine eclectică în ceea ce privește interpretarea acestor îmbolnăviri.

2. Avem o atitudine eclectică față de tactica chirurgicală de urmat.

3. Nu avem preferință față de metodele paleative sau radicale de tratament, folosindu-le prin alegerea judicioasă a cazurilor.

4. Am constatat pe materialul nostru multe ulcere fără antecedente, fapt determinant uneori în producerea accidentului de perforație.

5. Am constatat prea multe ulcere vechi la care s-a întârziat cu indicația operatorie.

6. Mortalitatea de 3,3% este asemănătoare cu cifrele ce apar în literatura chirurgicală recentă.

Sosit la redacție : 23 martie 1962.

Bibliografia la autori.