

Plin Prof. Obregia

CV 1212

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

6380  
No. 843

Contribuțiuni la studiul clinic

AL

# Cancerului Intestinal



Pentru Doctorat în Medicină și Chirurgie

PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 20 MAI 1906

de

I. PERIEȚIANU

BUCUREȘTI

—  
TIPOGRAFIA „MUNCA”, STR. DOAMNEI, 9

1906



\*440003036\*

Biblioteca UMFST

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

No. 843

Contribuțiuni la studiul clinic

AL

# Cancerului Intestinal

TEZĂ

Pentru Doctorat în Medicină și Chirurgie

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 20 MAIU 1906

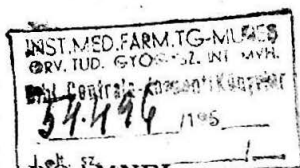
I. PERIEȚIANU

23 MAY 2005

BUCUREȘTI

TIPOGRAFIA „MUNCA”, STR. DOĂMNEI, 9

1906



Decan: D-nu Prof. Dr. N. Măldărescu

**Profesori:**

Chimia medicală . . . . .	D-1 Dr. Athanasescu N.
Anatomia patologică . . . . .	} " " Babeș V.
Bacteriologia și patologia experimentală . . . . .	
Clinica a II-a medicală . . . . .	" " Buiclin Chr.
Medicina experimentală . . . . .	" " Cantacuzino I.
Medicina operatorie . . . . .	" " Demosthene Ath.
Clinica și teoria obstetricală . . . . .	" " Drăghiescu D.
Anatomia topografică . . . . .	} " " Ionescu Th.
Clinica II chirurgicală . . . . .	
Farmacologia și Terapeutica . . . . .	" " Măldărescu N.
Oftalmologia și clinica oftalmologică . . . . .	" " Manolescu N.
Clinica boalelor nervoase . . . . .	" " Marinescu Gh.
Fizica medicală . . . . .	" " Miculescu C.
Medicina legală . . . . .	" " Minovicî M.
Istologia normală și Embriologia . . . . .	" " Obregia Al.
Fiziologia umană . . . . .	" " Paulescu N.
Clinica dermatologică și sifiligrafică . . . . .	" " Petrini-Galatz M.
Anatomia descriptivă . . . . .	" " Petrini Paul.
Patologia chirurgicală, bandaje și aparate de fracturi . . . . .	" " Rômniceanu Gr.
Clinica I-a chirurgicală . . . . .	" " Severeanu C.
Zoologia medicală . . . . .	" " Sihleanu St.
Clinica I-a medicală . . . . .	" " Stoicescu Gh.
Clinica mentală . . . . .	" " Sutz Al.
Patologia generală . . . . .	" " Theodori I.
Clinica infantilă . . . . .	" " Thomescu N. C.
Patologia medicală . . . . .	" " Thomescu I. T.
Botanica medicală . . . . .	" " Vlădescu M.

**Agregați:**

Clinica III-a chirurgicală . . . . .	" " Angelescu C.
Chimia analitică . . . . .	" " Minovicî Șt.
Igiena și poliția sanitară . . . . .	" " Sion V.
Farmacia chimică și galenică . . . . .	" " Georgescu M.

**Agregați provizorii:**

Clinica boalelor oto-rino-laringologice . . . . .	D-1 Dr. Felix Eug.
Anatomia topografică . . . . .	" " Gerota D.

**JURIUL DE PROMOȚIUNE**

Președinte, D-1 Prof. Dr. Stoicescu Gh.

Membrii	}	D-1 Profesor	Dr. Theodori I.
		" "	Buiclin Chr.
		" "	Momescu Mh. I.
		" "	Momescu N. C.

Facultatea consideră opiniunile expuse in această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a exprima, nici aprobare, nici des aprobare.

## Tatălui meu

*O dulce și neștearsă amintire.*

## Mamei mele

*Sacrificiile ce faci pentru copiii  
tei te ridică la înălțimea no-  
țiunii de mamă.*

D-lui D-r Leonte

Chirurg primar al spit. Brâncovenesc, membru în consiliul sanitar superior  
Deputat

*În împrejurări grele prin care  
întâmplarea m'a făcut să trec  
sprejiniul D-voastră influent  
mi-a fost de un extrem folos.  
Ași voi cu vreodată să vă dau  
dovadă de recunoștință și de-  
votamentul meu.*

Unchiului meu



C. Drugăcescu

Primarul orașului Slatina

*Omagii de recunoștință.*

## Domnului Doctor Stoiceseu

Profesor de clinică și medic primar al spitalului Colțea

*Timpul cât am frecventat serviciul D-voastre, în vederea acestei lucrări, mi-a dat prilejul să cunosc pe marele clinician.*

*Imi faceți onoare de a-mi prezida teza și am avut adesea dovadă, măgulitoare pentru mine, de talențurile D-voastre binevoitoare.*

*Imi permit să vă exprim recunoștința mea.*



## Domnului Profesor Buieliu

Medic primar al spital. Brâncovenesc și prof. de clinică

*Oricât timpul ar fi trecut, tot nu uit interesul ce ați pus pentru instrucțiunea mea medicală, și nici eruditele D-voastre lecțiuni clinice.*

Domnilor D-ri Stamatin și Burghel

Medici comunali ai Capitalei

și

Domnului Doctor Țatușescu

Șef de clinică pe lângă Facultatea de medicină

*Prietenia ce mi-ați arătat,  
atrage întreaga mea afeecțiune.*

D-lui Doctor Bardeseu

Chirurg al spitalului Brâncovenesc și Senator



*Sfaturile — pe care de altfel  
le dați totdeauna când e vorba  
de știință — mi-au fost de un  
mare folos în alcătuirea acestei  
teze. Vă exprim grațitudinea  
și mulțumirile mele.*

Domnilor Doctori Bacaloglu

Șef de clinică pe lângă Facultatea de Medicină

și

Reiner

Preparator al Clinicei I medicală

*Mulțumiri pentru ajutorul ce  
mi-au dat în lucrarea acestei  
teze.*



# Țăncușii mei Leff



*Slimă și afecțiune.*



## INTRODUCERE

---

Rezultatele operatorii obținute în ultimii timpî cu vindecări fără recidive, după trecere de ani chiar, au atras atențiunea medicilor asupra cancerului intestinal și s'au întreat, care este mijlocul prin care succesele operatorii se pot înmulți și cum se explica faptul că rezultatele favorabile sunt așa de rari.

Explicația este ușoară: intervenția frecventă făcută atunci când procesul morbid este prea înaintat, când neoplazia este prea mult evoluată și când starea generală a bolnavului este alterată.

Necesitatea dar este un studiu clinic complet, cunoașterea și diagnosticarea boalei în diferitele ei fase evolutive, este lipsa unui curent operator chiar atunci când fasa inițială este insidioasă și nu dă siguranța diagnosticului.

D-l *Prof. Stoicescu* a bine-voit să-mi recomande subiectul tezei acesteia și mi-a atras atenția asupra evoluțiunei acestei boale, care de și destul de înceată, nu se intervine decât atunci când procesul morbid este prea înaintat și deci fără un prea mare succes.

În toți timpîi, această boală a fost cunoscută și

Peyrot în teza sa de agregatiune din 1880 raportează că *Proxagoras* din Cos și *Leonida* din Alexandria practicau intervenții pentru această afecțiune, însă cum remarcă *Lardennois* numai practica autopsiilor permitea de a recunoaște un cancer intestinal.

În tot secolul al XVIII și până la jumătatea celui de al XIX chestiunea este lăsată în desuetudine ca ceva puțin interesant. Anatomicștii și histologicștii se ocupau de ea ca de ceva științific. Ca parte clinică din când în când societățile de medicină primeau observațiuni relative la cancerul intestinal. *Moissenet, Ducros, Péacock, Goquë, Macquet, Gros, Lefevre, Lacaze, Duthiers și Monod.*

Abia dela jumătatea secolului XIX chestiunea a început să cheme serioasă atențiunea medicilor și treptat, treptat să tindă a ocupa un loc definit în cadrul nosologic. Tratamentul mai ales a ocupat în tot timpul pe chirurghi și insuccesele au făcut ca această boală să fie dată uitărei până când cu descoperirea pasteurienă, chirurgia devine agresivă, succesele se înmulțesc; publicațiuni și comunicări la diferite societăți de Chirurgie se succed numeroase și importante. Cele mai multe însă din acele lucrări nu vizează de cât tratamentul operator, vorbesc foarte puțin de partea clinică și de anatomia patologică, așa că nici una nu constituie o lucrare de asociație.

Lipsa de documente într'adevăr este foarte mare, fiindcă dacă asupra cancerului intestinului gros sunt oareși-cari lucrări apoi asupra celui subțire deși există câteva totuși partea clinică nu progresează cu mult.

Consultând diferitele tratate clasice se vor vedea capitole tratând această afecțiune, dar cari nu dau

adevărată înfățișare clinică. Descrie boala dar fără învățăminte practice.

În tratatele clasice de Medicină *Charcot-Bouchard* și *Brouardel-Gilbert* se face mai mult o descriere a cancerului intestinului gros și nu se face decât o mențiune la cancerul celui subțire. Trece în revistă simptomele, fără a discuta valoarea lor clinică, fără a arăta rapoartele ce există între ele. În articolele concernând boalele intestinului din tratatele de chirurgie *Duplay* și *Reclus* t. IV. p. 426 și *Le Dentu-Delbet* t. VII p. 523, autorii nu fac decât o alusie sumară la oclusia intestinală.

În Germania, în tratatul de patologie publicat sub direcțiunea lui *Nothnagel*, în articolul consacrat boalelor intestinului și peritoneului, se găsesc două articole asupra tumorilor maligne ale intestinului: unul descrie cancerul în general și insistă asupra tumorilor intestinului subțire, iar altul descrie sarcomele tot ale acestui segment intestinal. Asemenea în *Handbuch der praktischen Chirurgie* publicat de *Bergman, Bruns* și *Miculicz*, acesta din urmă scrie un articol foarte complet asupra cancerului primitiv al intestinului.

Ca lucrări importante există în Franța un memoriu de la 1882 al lui *Du Castel* și câte-va tese.

Tesele sunt acele ale lui *Haussman* din 1882, despre cancerul intestinal în general; *Journet* din 1883, despre cancerul intestinului subțire făcută sub inspirația lui *Potain* și *Du Castel*; o alta de *Artus* din 1894 relativă la cancerul cecului. Este însă o teză remarcabilă din 1904 a lui *Lecène*, care tratând despre cancerul intestinului subțire, privește chestiunea din toate punctele de vedere. În fine un studiu complet asupra cancerului intestinului gros publicat în *Revue de chirurgie* datorit lui *R. De Bovis*.

Raritatea afecțiunii, mai ales în ceea ce privește intestinul subțire este unul din motivele tesei acesteia. Să consultăm statisticele: *Leichtenstern* pe 4567 decese de cancer, la spitalul general din Viena, a găsit numai de 178 ori o localizare intestinală, ceea ce reprezintă 3.15 % din întreagă sumă: de 96 ori pe intestinul gros și numai de 4 ori pe cel subțire. *Maydl*, pe 20480 autopsii făcute la Allgemeines Krankenhaus din Viena între 1870 - 1877 găsește 1460 cancere, din care numai 100 au sediul pe traectul intestinal, de 96 de ori pe intestinul gros și numai 4 cancere aparțin intestinului subțire. *Nothnagel* cercetând analele institutului de patologie din Viena de la 1882 până la 1893 găsește pe 21358 autopsii, cancerul reprezentând cifra de 2125 și din această sumă 243 aparțin intestinului, de 232 ori celui gros și numai de 11 ori celui subțire.

Aceste statistici, interesante fiindcă reprezintă un număr considerabil de cazuri, observate în condițiuni identice, arată că cancerul intestinal e rar.

Din studiile ce am întreprins asupra acestei chestiuni am văzut că cancerul intestinal a fost luat de multe ori drept o altă afecțiune abdominală, că în treimea cazurilor, s'a făcut un diagnostic eronat, când cancerul își avea sediul pe intestinul subțire și că deci această afecțiune este mai frecventă în raport cu rezultatele clinice.

În timpul relativ scurt de 5 luni, cât am lucrat la subiectul acestei teze am observat că tumorile abdominale au fost unele cancere intestinale; iar altele cari neputând fi diagnosticate clinicește și neintervenindu-se chirurgical, nu se cunoaște sediul lor și nici nu se poate nega dacă și acelea nu au fost tot neoplazii intestinale.

Cred dar că această afecțiune, mai ales când există tumoră, nu este așa de rară față de alte boale abdominale, mai cu seamă la bărbați, unde tumorile abdominale sunt rari; cancerul intestinal deci trebuie a face un punct principal de atenție.

De aci dar rezultă că trebuie a gândi totdeauna la această afecțiune, chiar când nu avem decât semne de presumpțiune, fiindcă de esitarea, de temporisarea diagnosticului depinde salvarea bolnavului.

În fine greutatea ce întâmpinăm în punerea unui diagnostic în clinică, pretind un studiu amănunțit cu o simptomatologie bine caracterizată și care să înfățișeze diferitele forme ale boalei.

Nu am avut în vedere în studiul ce am întreprins decât partea pur clinică și de aceea am redus descrierea mea la următoarele capitole:

I. *Simptomatologia*. — Am căutat aci să descriu simptomele cu valoarea lor clinică și am insistat mai ales asupra acelor, cari am crezut că presintă o însemnătate, înlesnind diagnosticul.

II. *Evoluția*. — Un studiu clinic, nu poate fi lipsit de acest capitol și iată de ce: înfățișând afecțiunea sub toate modalitățile clinice, prezentând diferitele ei faze și caracterele în toate stadiile, arătând timpul ce pune între prima manifestare morbidă și cele cari se succed până la evoluția complectă, facem cunoscut clinicianului la ce se poate aștepta și care e conduita profesională.

III. *Diagnosticul*. — Aci am arătat posibilitatea clinică de a diagnostica afecțiunea.

IV. *Un diagnostic diferențial de localizare pe intestin, și în fine*

V. *Un diagnostic* cu tumorile celelalte abdominale.

Am lăsat în afară părțile acelea, cari nu ajută scopul lucrării acesteia.

Ar fi trebuit poate să spun ceva despre prognostic, însă nu ași fi putut aduce nimic nou și mai ales nu ași fi putut confirma afirmațiunile mele.

Sigur este însă în această privință, că prin intervenție, prognosticul se schimbă și o intervenție la timp îl face chiar benign.





## SIMPTOMATOLOGIA

---

Descripțiunea clinică a cancerului după o formă bine definită este dificilă, fiindcă simptomele ce anunță și însoțesc această afecțiune sunt dintre cele mai variate, ca aparițiune și intensitate și fiindcă în evoluția ei ne apare sub diferite modalități.

În adevăr, sunt cancere ce debută cu oareși-care regularitate, ce prezintă o trăsură de continuitate între început și diferitele faze evolutive, încât s'ar crede că boala se poate împărți în stadii, că fiecare din stadii are o simptomatologie bine definită, după care s'ar putea spune cât e de înaintat procesul morbid și cât putem ajuta bolnavului.

Sunt alte forme însă în care boala e asimptomatică. Faza premonitoare e așa de neînsemnată încât, o tumoră sau ocluzie intestinală acută nedă posibilitatea unui diagnostic; sau în fine forma așa zisă cachectică, în care deși mersul simptomatic nu prezintă gravitatea datorită turburărilor funcționale, dar bolnavul, independent de suferința, lui se cachectizează și terminațiunea fatală e datorită în acest caz intoxicațiunei can-

ceroase. A distinge perioade netede și a prinde începutul boalei e greu în această formă. Bolnavul slăbește de obicei, este palid, acuză digestiuni penibile, greutate la stomac, colici și o durere vagă abdominală. Starea lui generală rea, depresiune funcțională, trăsurile feței marcate, mers leneș. Ajunge înfine la ultima perioadă, fără ca să aibă cunoștința altei boale în afară de turburările gastro-intestinale.

Care-i explicațiunea acestor manifestațiuni canceroase, care-i cauza că într'un caz boala apare și evoluiază cu multă regularitate, de ce într'unul prima manifestațiune este tumora și de ce într'altul fără să avem vie o turburare funcțională care să amenințe organismul, bolnavul se cachectizează? Anatomia patologică ajută puțin în elucidarea chestiunii.

Din această cauză diagnosticul clinic e dificil uneori, câte odată imposibil.

Voiu analiza în parte pe fiecare simptom, care ne conduce la stabilirea acestei afecțiuni, voiu păstra pe cât e posibil ordinea de aparițiune și voiu discuta în acelaș timp valoarea clinică. Incep cu *durerea*.

Deși acest simptom după cumi remarcă foarte bine *Du Castel* nu constituie un semn sigur, fiind-că de multe ori atât de atenuată în cât trece neobservată de bolnav, fiind-că câte odată lipsește chiar, dar atunci când există ea formează un simptom, și—deși se poate confunda cu tot felul de dureri abdominale—ea e: aceia care atrage atențiunea bolnavului, ea îl silește să consulte un medic. În formele așa zise cu mers definit, în care se observă o diferențiare evolutivă, ea constituie un simptom inițial, figurează cu manifestațiune canceroasă printre cele d'ântâiu.

În forma rapidă, ea nu are mare importanță, fiind-că concomitent apar alte simptome, cari au o mai mare valoare clinică. Nu apare de loc sau nu atinge nici măcar scopul de a deștepta atențiunea bolnavului, în forma cachectică. Se socotește mai mult consecința turburărilor gastro-intestinale ce însoțesc această formă.

Câte odată durerea apare fără intensitate și sediu precis, la intervale mai mari sau mai mici. Mersul ei este progresiv, ajunge la o intensitate ce exasperează pe bolnav, sau rămâne la stadiul de la început. Bolnavul suferă puțin, poate să-și continue ocupațiunile sale și trebuie să intervie un alt simptom, care să turbure starea bolnavului.

În alte cazuri simptomul *durere* apare brusc, bolnavul în plină sănătate și fără cauză apreciabilă este luat de dureri exasperante în pân-tece, dureri ce nu se calmează prin nimic și, ori care ar fi pozițiunea ce ar lua bolnavul în acest scop ele rămân tot așa de intense.

Aceste dureri în fine pot să apară prin traumatisme pe abdomen și nu dispar neie odată complet. În cazul lui *Kraussold* 1891 bolnavul primește o lovitură pe abdomen în fosa iliacă dreaptă, durerea persistă 6 ani cu remisiuni și dispăre cu stabilirea unei fistule stercorale.

Sediul lor la început este nedefinit: dureri în pân-tece. Mai târziu se localizează, au un sediu bine precis, sediu ce va corespunde sau corespunde chiar cu apariția sau prezența unei tumori după sediul localizării.

Aceste dureri se iradiază în tot abdomenul, spre rinichi, vesică și gambe. Este o strânsă legătură între formele canceroase obliterante și acest simptom. Probabil iritațiunea pe care o întreține stagnarea materiilor fecale mărește durerea

și *Artus* în tesa sa asupra cancerului cecului relatează casuri, când ea augmenta în raport cu starea de plenitudine intestinală și dispărea în urma scaunelor abundente.

Ca timp de apariție în raport cu cele alte manifestațiuni, ea apare uneori concomitent cu alte simptome alte ori le precede. În cursul boalei vine la intervale regulate, ține cam același timp în toate accesele și dispăre pentru ași urma periodicitatea lor. Alte ori presintă multă neregularitate și ca formă și ca intensitate, ca durată și ca timp de apariție. În fine trebuie să reamintesc că sunt redeșteptate de cea mai neînsemnată cauză cum de exemplu: Du Castel raportează, ca examenul chiar la un bolnav redeștepta acele dureri, extensiunea piciorului, schimbarea de pozițiune, etc.

Trec la un alt simptom, care numai având în vedere studiul clinic pe care'l întreprind, îl trec în al doilea rând. Într'un capitol de Patologie ar ocupa întâiul loc, fiind-că de cele mai multe ori îl găsim neobservat de bolnav ca prim simptom morbid: *Constipație* sau *alternative de constipație și diaree*. Într'adevăr, atunci când există, întrebând bolnavul, îl găsim totdeauna ca prima manifestațiune morbidă, apare cu câțiva ani chiar înaintea celor alte simptome și în perioada premonitoare a cancerului intestinal, el este câte o dată singurul care ne conduce la diagnostic. Se măreșe în intensitate în cursul boalei, ia caracterul datorit procesului neoplasic. Nu se arată totdeauna și uneori poate lipsi la început fără ca să apară în cursul boalei, alte ori avem constipație sau numai diaree. Aceasta depinde bine înțeles de care formă de cancer este vorba. Dacă vom avea o tumoră cu tendința spre scleroză, cum un epiteliom, un schir, atunci de sigur

o strâmtoare a intestinului se operează și de aci constipația și diarea se accentuează în raport cu înaintarea procesului. Witehead relatează un caz în care diarea a durat șase săptămâni. Obstrucțiunea poate fi pasageră, adesea natura învinge. Și atunci avem scaunele acelea abundente; alte ori e definitivă și intervenția indicată.

Este un simptom de mare valoare clinică, care mai ales când îmbracă forma de constipațiuni opiniatre cu scaune abundente consecutive, după care se observă o ameliorare în starea bolnavului. Ne conduce la stabilirea unui diagnostic aproape sigur. Lucrul nu se petrece astfel, în clinică poate lipsi dela început și în toată evoluția boalei și când există, să nu aibă forma pe care am descris-o. Într'adevăr, dacă în intestinul gros se observă aproape constant, în intestinul subțire nu se observă decât foarte rar, atunci când tumora este un epiteliom și excepțional în sarcomele acestui segment intestinal. *Lecène* în teza sa nu-l observă decât foarte rar.

În observațiunile mele se găsește frecvent în cancerele intestinului gros și *de trei ori* în acele ale intestinului subțire.

Produsul diareei nu prezintă de altfel nimic particular, deși câte odată se găsește puroi și sânge.

Cu aceste alternative de constipație și diaree se asociază colici intestinale violente, ce deyin foarte intense din cauza contracțiunilor spastice ce încearcă intestinul pentru a învinge obstacolul. Ele ating maximul de intensitate, când intestinul se obstruiază complet.

Tot în perioada inițială, *greața, vărsăturile, inapetența, digestiunile dificile* fac totalitatea, ce constituie turburările gastro-intestinale.

Inăpetența, care câte odată ajunge până la refuzul oricărei alimentații și desgustul de carne contribuie la slăbirea forțelor suferindului. Vărsăturile constituie unul din simptomele cele mai grave, ele pot lua caracterul de incoercibilitate, cum relatează *Du Castel* în obs. IV a. thesei lui *Artus*, alte-ori acompaniază constipația cum relatează *Czerni* (1882).

Ca conținut ele sunt: uneori mucoase, bilioase și alimentare, alteori sunt fecaloide. Acest fel din urmă se observă mai ales când avem semne de obstrucție intestinală (obs. VI-X și XVII). Ele apar și încetează spontan. *Mattakowski* citează un caz când aceste vărsături au apărut un an înainte de a diagnostica tumora. Sunt unele cari lasă bolnavului gustul de vărsături fecaloide, fără ca conținutul să fie materii fecale, și după *Deprès* acest fel de vărsături trebuie să ne impue diagnosticul de cancer intestinal. Oricum ar fi aceste vărsături, oricare ar fi conținutul lor, ele singure nu pot conduce la diagnosticul de cancer, pot fi însă un prețios indiciu, asociat mai ales cu alte turburări funcționale.

*Cachexia*. — Fără cauză cunoscută, de la început chiar unii bolnavi slăbesc, perd forțele și starea lor morală se deprimă. Une-ori această stare e rapidă și devine considerabilă, pelea ia culoarea caracteristică galben ca paiul (obs. I), alte-ori se observă numai o stare de slăbiciune considerabilă. Și în observațiunea noastră II, bolnavul era într-o stare de slăbiciune înaintată, scheletul descarnat, pelea lipsită de elasticitatea sa normală, însă nu prezenta colorațiunea caneroasă caracteristică.

*Febra* apare și ea foarte rar în simptomologia cancerului intestinal. *Baltzer*, *Mac-Burney*, *Wal-lenberg* citează casuri în care temperatura varia-

între 38 și 39 în cancerul intestinului subțire. În fine într'o observațiune unică, *Booth* arată cum temperatura s'a menținut ridicată 6 săptămâni, așa că s'a crezut a fi o febră tifoidă (*Lecène*). Explicația acestei febre se datorește ulceratiunilor tumorilor—constatate la necropsie—sau re-sorbițiunei produselor toxice fabricate de țesutul neoplasic.

Un alt simptom ce face mare lumină în această afecțiune, care ușurează mult diagnosticul, este emoragia intestinală, *hematemesa și melaena*. Este un simptom inconstant, chiar pentru casurile identice. Se observă mai frecvent în afecțiunile intestinului gros, foarte rar în acele ale intestinului subțire. *Lecène* pe 54 observațiuni nu citează de cât o singură dată melaena. În teza noastră îl constatăm în observ. a II, III, VI și XVIII, în casuri de cancer ale intestinului subțire. Într'u cât e vorba de intestinul gros, el apare destul de frecvent și'l semnalăm în multe din observațiunile noastre.

În observațiunea I s'a făcut examenul microscopic al scaunelor și s'au găsit urme de hemoragii. Acesta constituie un bun mijloc de investigație clinică, care poate constata mai frecvent acest simptom.

Ca valoare clinică acest simptom e de o însemnătate incontestabilă, când apare în cortejul simptomatic. El ajută în punerea diagnosticului.

Și acum după ce am enumerat simptomele așa zise funcționale și cari formează stadiul prim al cancerului intestinal,—cu alte cuvinte un diagnostic numai după aceste simptome dă bune rezultate ca prognostic—să trec la *aparitia tumorei*, la simptomul care atunci când parvenim la afirmațiunea că depinde de intestin putem cu puțină aproximație să afirmăm că este cancer.

Greutatea însă este localizarea intestinală și din nenorocire, atunci când putem afirma că există tumoră și depinde de intestin, diagnosticul este tardiv și ajutorul, ce se dă bolnavului, este paleativ.

Tumora este un simptom constant și aproape în totdeauna prezența ei e constatată. Sunt cazuri însă când e inapreciabilă deși există, ea nu a putut fi constatată de cât prin intervenția operatorie, din cauză că obstrucțiunea a fost aceea ce a alarmat pe bolnav sau când din cauza revărsărilor abdominale, ascită și oedemuri, ne găsim în imposibilitate de a o simți, însă în urma evitărilor ea apare simțurilor noastre.

În majoritatea cazurilor există una singură superficială sau profundă, ce apare lesne tactului abdominal și care prezintă caracterele ce depind de natura tumorii, de localizarea ei pe organ, de evoluție și de rapoartele în care se găsește cu organele învecinate.

Când această tumoră depinde de intestinul subțire, având în vedere că este direct în contact cu peretele abdominal, în același timp forma anatomo-patologică frecventă fiind sarcomul cu o evoluție rapidă, va fi posibil ca chiar dela început să o simțim cu dimensiunile ei, dacă însă depinde de intestinul gros, diagnosticul afecțiunii e posibil, însă în acest caz boala e mai înaintată în evoluția ei, forma anatomo-patologică a tumorii fiind de acele ce evoluiază încet, ce au tendința la scleroză, mai mult, nu trebuie să punem mare preț pe acest simptom, și turburările funcționale trebuie să facă diagnosticul. Sunt excepții însă, când chiar rapoartele anatomice anormale ne fac accesibilitatea dificilă. Interpozițiunea anșelor intestinale sau ptosele



organice maschează tumora sau poate să-i dea o interpretare falsă.

Ca mărime, ca întindere, prezintă dimensiunile cele mai variate. Incepând dela mărimi abia apreciabile, unor simțuri bine educate și în condițiuni de examinare favorabilă, poate ajunge la proporțiuni ca o portocală, un cap de fetus, 2 pumni, etc. Este dură și câte o dată bine circumscrișă, avem posibilitatea să delimităm contururile ei, alte ori se termină fără limite bine determinate. Se poate însă ca tumora să fie fluctuantă (König). Suprafața ei este de obicei baselată, cu ridicături și șanțuri, sau formează o singură tumoră cu acest aspect sau poate să fie formată din mai multe tumori lobulate, așa că dă impresiunea de cartofi; arareori e netedă. Câte odată este indolora la palpat, alteori cum relatează *Du Castel* este extrem de dureroasă. La percuțiune este mată, când avem însă interpozițiunea unei anse intestinale dă un sunet timpanic. Mobilitatea tumorii constituie unul din caracterele esențiale, fiindcă ea e așezată pe unul din organele cele mai mobile, totuși când capătă aderențe ea devine fixă. Mobilitatea nu are mare importanță ca prognostic, fiindcă în obs. I, deși tumora avea o mobilitate exagerată, se plimba în toate direcțiunile în abdomen, totuși intervenindu-se s'au găsit aderențe considerabile.

Situațiunea depinde de porțiunea intestinală unde este localizată; așa că tumora poate fi supra ombilicală, periombilicală în ipochondrul drept sau stâng, în fosa iliacă dreaptă sau stângă și poate câte odată descinde chiar în pelvis—și nu odată s'au confundat tumorile ovariene sau anexiale cu aceste cancere.

Ca număr tumora e unică, se simte o singură masă, cel mult un corp care e format din mai multe mici tumori.

Sunt cazuri în care se simt mai multe și Lecène în lucrarea sa asupra tumorilor intestinelui subțire relatează observațiunile lui *Bessel-Hagen, Kraus, Liebman, Hammer* și *Brault* în care s'au putut simți mai multe tumori.

În observațiunea III culeasă în serviciul d-lui *Prof. Stoicescu* și a IV-a luată din serviciul d-lui *Dr. Leonte* s'au simțit de asemenea mai multe tumori intestinale. În această din urmă observațiune însă s'au găsit 2 cancere ce erau localizat pe porțiuni diferite ale tubului intestinal și la distanță destul de mare. O tumoră la îmbucătura ileonului cu cecul, a doua pe porțiunea inițială a colonului descendent. În observațiunile date de Lecène erau însă tumori cu aceeași localizare, era cea ce se cheamă un cancer difus. Relatarea lui Lecène este în tot cazul importantă, căci ne dă proba că forma circunscrisă și forma difusă descrisă în anatomia patologică sunt forme clinice diagnosticabile. Chestiunea este de o valoare capitală din punct de vedere chirurgical, fiind-că dacă în forma circunscrisă intervențiunea operatoare dă oare și cari rezultate, apoi în forma difusă nu trebuie a încerca operațiunea. Tumora numai în cazuri rari, (*Liebman, Lange, Hammer, Engström*) apare ca simptom singur; altfel întotdeauna este însoțită de alte simptome. Durerea sub formă de colici este asociată cu prezența tumorii, sau constipație, diarea sau și una și alta, vărsături, melaena, etc. Un caracter important al ei, și care are necontestată valoare clinică este mărirea și micșorarea în raport cu starea de plenitudine și vacuitate intestinală.

Intr'adevăr, ea apare simțurilor examinatorului, când bolnavul este constipat și se micșorează considerabil sau dispare complet în urma scaunelor abundente.

*Ascita* este un simptom destul de rar observat și pe a cărui existență nu se poate conta pentru stabilirea unui diagnostic. Coexistența anunță un prognostic destul de grav, din cauză că ea nu s'a observat decât în cazurile acelea, când tumora era destul de înaintată în evoluția ei, aderentă, comprimând vasele abdominale sau cu generalizațiuni peritoneale. *Haas, Kraus, Baltzer, Lecène* citează prezența unei mici cantități de lichid și observațiunea II-a din tesa noastră se adaogă la observațiunile citate mai sus.

Se remarcă de asemenea foarte rar oedemul membrilor inferioare, datorit compresiunii vaselor de reântoarcere, prin tumoră.

În afară de aceste simptome, cari se observă unele mai mult decât altele în cursul cancerului intestinal și după care un diagnostic timpuriu este posibil, s'au mai făcut și alte investigațiuni, unele în scop de a determina localizarea, altele pentru a specifica natura tumorii sau în fine de a o diferenția de alte afecțiuni.

Insuflațiunea colonului după procedeul lui *von Ziemssen* dă bune rezultate, când diagnosticul este esitant, între cancerile intestinale și între tumorile stomacului, splinei sau altele abdominale. Este un mijloc de investigațiune bun din acest punct de vedere, fiindcă pe lângă că face ca tumora să apară simțurilor noastre, dar încă poate da indicii asupra permeabilității sau obstrucțiunii intestinale. În observațiunea I s'a experimentat acest procedeu și s'a observat o oprire a gazului în regiunea bolnavă; tumora apare mai evidentă, și apoi o distensiune în porțiunea intestinală ce o precede până la cec.

Prezența indicanelor în urină a fost semnalat de *Jaffé*, ca semn de oprire sau de încetățneală a materiilor fecale în intestin. *Ellinger și Prütz*

au insistat asupra importanței acestui fapt, în stenoza intestinului subțire. Se știe că putrefacția materiilor fecale în acest segment intestinal dă naștere la diverși produși ciclici și indol, care reluat de organism este eliminat prin urină în stare de indoxilsulfat alcalin sau indican și poate fi dozat sub formă de indigo. De aci rezultă că cu cât stagnarea materiilor și putrefacția lor va fi mai mare, cu atât va fi mai mult indican în urină. *Iaffé* este primul care relevă acest fapt și *Ellinger* și *Pritz* confirmă. În observațiunea VII din serviciul d-lui dr. *Leonte* am observat prezența indicanului în exces pe un cancer ileo-cecal, care prezenta semne de constipație opiniatră. — Nu a fost observată nici o dată însă în neoplasiile intestinului gros, și destul de rar în ale celui subțire și aci numai când se găsesc și fenomene de stenoza intestinală. Este un semn clinic facil de căutat și care poate ajuta la punerea unui diagnostic de localizare.

*Examenul sângelui* a fost făcut de *Krauss*, *Smoler*, *Smidt*, *Schiller*, *Boot* și *Haas*. Cercetările lor nu au ajuns la nici un rezultat, nici din punctul de vedere al diagnosticului, nici al speciei tumorei.

Un examen clinic important este acela al scaunelor diareice. Căutarea bacilului Koch, când e vorba de a esita între o tuberculoză intestinală și cancer, acest examen constituie un bun mijloc de diferențiere.

Prezența sau absența bacilului tuberculozei poate afirma diagnosticul. *Krauss* a căutat și a găsit în 26 cazuri de tuberculoză intestinală confirmate prin autopsie prezența bacilului. Acest autor și *Smoler* nu l'au găsit însă în nici un caz de cancer intestinal. *Nothnagel* confirmă spu-

sele acestor autori și într'o observațiune, citată de *Lecène* în teza sa, de cancer intestinal nu a constatat prezența bacilului de și bolnavul prezenta și leziuni de ftisie pulmonară înaintată și deci clinicește se putea gândi mai mult la o tuberculoză intestinală.

*Complicațiuni.*—Bolnavii atinși de cancere intestinale sunt expuși la o sumă de complicațiuni, unele datorite propagațiunii procesului morbid ca urmare a rapoartelor în care se găsește această afecțiune cu diferite organe sau ca consecință a evoluărei chiar a procesului morbid; altele legate de leziunea intestinală, produse de ea, explicate foarte bine și recunoscând ca cauză această leziune—sunt însă datorite unei acțiuni mecanice.

Primele se datoresc generalizațiunii neoplazmului fie direct, fie la distanță.

Neoplazia în evoluțiunea ei se dezvoltă, rapoartele cu peretele abdominal sau cu cele alte splacne devin din ce în ce mai intime, se stabilesc aderențe și când ulcerațiunea coprinde țesutul neoplazic, se stabilesc fistule, cari fac să comunice cavitatea abdominală fie cu exteriorul, peretele anterior (*Kraussold*) sau posterior (*Kolaczek*), fie cu fosa iliacă, peritoneu, vesică, viscere sau cu o altă porțiune intestinală. *Journet* a observat abcese fecale enorme datorite fistulelor intestinale, cari ascundeau origina lor neoplazică și cari nu au fost diagnosticate de cât prin laparotomie.

Generalizațiunea cancerului prin continuitate la mesenter și ganglionii mezenterici (obs. II și III) la peritoneu (obs. IV), la marele epiploon (obs. III) la peritoneul diafragmatic cu pleurezii hemoragice (*Geley* 1842).

Extensiunea cancerului la ficat (*Kraussold*) 1881;

la pulmon (*Regnard* 1854); congestiunea baselor cu focare de bronchopneumonie (*Czerny* 1887); generalizațiuni la vesica urinară, riniehi și capsula supra renală (obs. II), peritonită prin propagațiune observată foarte rar și în cazurile autopsiate deși nu se găsesc perforațiuni intestinale totuși există o cantitate de lichid roșu (obs. II), sau puroi.

Alte complicațiuni se datoresc acțiunii mecanice. Înțeleg prin acest fel de complicațiuni ocluzia intestinală și modificările, pe care le încearcă intestinul în structura lui istologică și în calibrul său.

Ca aceste complicațiuni să se efectueze, trebuiesc anume condiții și ele depind foarte mult de natura tumorii și de aci de sediul ei. Excepțional de rari în intestinul subțire, din cauză că leziunea mai frecventă este sarcomul, care nu are tendința la scleroză și strâmtare a intestinului; foarte frecvente în intestinul gros din cauză că cancerile dezvoltate pe acest segment le explică.

Ași putea deosebi două feluri de ocluziuni intestinale, unele acute, altele cronice.

În cele d'ântâiu bolnavii, fără să fi manifestat vre-un simptom de o afecțiune anterioară, în plină sănătate și fără cauză, prezintă tabloul clinic al unei ocluzii intestinale necanceroase. Un spasm intestinal, un bol fecal întărit sau un corp strein organismului vine și obstruiază complet lumina intestinului, strâmtată prin procesul neoplasic. Mecanismul se înțelege ușor, cum am zis când e vorba de epiteliomele ambelor intestine nu se explică însă fiind vorba de sarcomul intestinului subțire. De altfel acest fel de ocluziune nu a fost observată decât într'un singur cas de Quesnell: O femeie de 62 ani care

presenta toate semnele unei ocluzii intestinale acute (balonament, vărsături fecaloide, oprire completă de materii fecale și gaze). Se face laparatomie și se găsește un volvulus datorit unei tumori implantate pe bordul liber al intestinului subțire. Noi în obs. VI dăm un cas identic. *Lecène* spune că trebuiesc condițiuni speciale pentru ca acest fel de ocluziune să se efectueze: tumora să fie implantată pe bordul liber intestinal.

Condițiunea această îmi pare verosimiliă, fiind-că în obs. XX pe care o trec între observațiunile mele ca raritate a cazului și pe care d. dr. Bardescu a bine voit să mi-o pună la dispoziție, am observat ca și *Quesnel* un caz de ocluzie intestinală acută cu implantația tumorei pe bord. Se practică laparatomie, și se găsește un fibrom ce dăse naștere unui volvulus. În intestinul gros se observă mai frecvent, obs. X.

Cealaltă formă de ocluzie intestinală cronică se găsește rar în intestinul subțire, când e datorită unei strâmtoari prin sarcom, și în teza lui *Lecène* nu se citează decât 2 cazuri. Într'unul o femeie de 51 ani prezentă fenomene de ocluzie intestinală cronică, cari la autopsia s'au confirmat prin existența unui sarcom ce strâmtase lumina intestinului și în al doilea, după o perioadă de diaree de 6 săptămâni, o constipație opiniatră, — cauza era un sarcom stenasant intestinal. În majoritatea cazurilor ocluzia se datorește invaginațiunilor provocate prin sarcomele intestinului subțire. *Waldenstrom* și *Akenberg* într'o hernie incancerată au găsit ca cauză tot un cancer.

Nu este tot astfel când e vorba de un epiteliom al intestinului subțire sau gros. Aci evoluția treptată a afecțiunei strâmtează pro-

gresiv lumina intestinală și materiile fecale, a căror consistență se mărește în intestinul gros, pot la un moment să închidă filiera intestinală. Pentru acest motiv alternativele de constipație și diaree sunt mai frecvente în tumorile acestui segment intestinal și ocluziunile de acest fel mai dese.

Aproape totdeauna când cancerul este acompaniat de strâmtoare intestinală, se observă o dilatațiune a porțiunii care este deasupra strâmtoarei. Această dilatație rezultă din cauza stagnării materiilor fecale în intestin, din cauza dezvoltării gazelor.

Distensiunea pereților intestinali aduce după ea turburări importante; îngroșarea lor și ipertrofia stratului muscular, datorită eforturilor ce face pentru a învinge obstacolul.

Porțiunea intestinală de sub strâmtoare își micșorează calibrul. Le Goupil citează *tuberculoza* ca una dintre complicațiunile cancerului. Susține că ar fi o strânsă legătură între aceste 2 afecțiuni și că fiecare din ele au un raport determinant față de cealaltă. În special cancerul organelor digestive se acompaniază de tuberculoză.

## Evoluția bolei

Nu voiu ține seamă în acest capitol de formele acele isolate, când boala apare brusc, fără perioadă premonitoare, și nici de forma aceia, enunțată în primul capitol, cachectică, în care bolnavii nu dau atenție turburărilor lor funcționale din cauza micii lor intensități. Scopul unei tese fiind învățăminte profesionale, or cât de puțin importante ar fi simptomele prin care începe boala, ele există și cer un spirit de discernământ bazat pe cunoașterea faptului. Voiu descrie fazele evolutive ale cancerului intestinal



cu forma sub care se presintă mai frecvent în clinică.

Turburările dispeptice, constipație sau alternative de constipație și diaree, dureri abdominale, hemoragii intestinale, slăbiciune sunt semnele ce deschid scena acestei afecțiuni. Ele preced câte odată cu puțin timp aparițiunea tumorei, alte dați însă, fac o perioadă premonitoare lungă și foarte insiduoasă. Acest fapt însă a dat naștere la discuțiuni și în ceea ce privește aceste simptome ce pun atâta timp până la apariția tumorei s'a crezut (*Kolaczek*), că ele sunt datorite unei leziuni inflamatoare sau mecanice, cari favorizează un proces neoplazic ulterior.

Această aserțiune este netemeinică — fiindcă atunci ar trebui ca orice inflamațiune intestinală — să dea naștere unei astfel de afecțiuni; clinica se opune, fiindcă dacă nu toate turburările de acest fel au condus la proces canceros, apoi s'a observat cazuri când perioada premonitoare a durat 3—6 (obs. XII și XV) și chiar 7 ani după *Artus*. Este sigur mai ales în cancerile intestinului gros că evoluția la început poate fi foarte lungă; mai scurtă și chiar rapidă în cancerul intestinului subțire, însă numai când neoplazia este un sarcom.

Aceste simptome incipiente nu păstrează un șir de aparițiune, ele se succed unele pe altele sau se amestecă între ele fără nici o ordine. Ca intensitate chiar, apar la început neînsemnate și cresc cu evoluția boalei, sau apar foarte accentuate, caracter ce'l păstrează permanent.

În timp mai mult sau mai puțin lung apare tumora, localizată pe unul din segmentele intestinale, mică, mobilă, care crește, coprinde țesăturile vecine și se imobilizează.

Ca situațiune se dezvoltă sau de jur împrejurul lumenului intestinal și atunci îl va obstrua prin creștere sau prin ștrangularea porțiunii ce ocupă; sau ocupând o pozițiune laterală, împlântată pe un perete intestinal, va produce turburări datorite compresiunii.

Atunci se produc fenomene de ocluzie intestinală pasagere și periodice sau permanente și aduc repede moartea.

Alte ori, tumora mică, formând un inel circular împrejurul intestinului, sau sesilă și poliposă, se invajinează și dă nașterea la toate semnele de invajinațiune intestinală.

Eacă care este în scurt mersul cancerului intestinal.

*Durata.* Este greu a spune când începe procesul morbid, cât durează boala, fiindcă nu totdeauna aceleași simptome apar întâiu și acele ce apar nu totdeauna au intensitatea de a îngriji pe bolnav și deci de a-și fixa începutul suferinței.

In fine chiar aceste semne inițiale sunt insuficiente uneori, nu pot caracteriza afecțiunea și apariția tumorei dă probabilitatea că cancerul există de câțva timp. De cât însă?

Aceasta este chestiunea la care se răspunde greu.

Se pare însă că *Du Castel* are dreptate, că durata boalei nu pune decât un an să evolueze, numai în cece privește sarcomele intestinului subțire, în celelalte cancere intestinale durata este lungă, foarte lungă uneori.

## Diagnostic

Am arătat în capitolul prim tabloul simptomatic, pe care ni'l prezintă cancerul intestinal, diferitele lui manifestațiuni precum și valoarea cli-

nică a fiecărui simptom și am văzut, că dacă nici unul nu poate prezenta o importanță pe care să ne sprijinim diagnosticul; dacă unul singur nu este caracteristic, apoi asociația câtorva ne dă posibilitatea de a diagnostica boala în toate fazele evolutive, mai greu la început, mai ales în formele insiduoase, mai ușor când procesul morbid este înaintat.

Scopul unui diagnostic clinic însă este totdeauna rezultatul practic și în această afecțiune succesele operatorii, atunci când intervențiunea făcută la începutul maladiei, cer un diagnostic precoce.

Oând e vorba de o fasă înaintată a boalei, când avem o simptomatologie netă, caracteristică, când avem tumora, care este un semn aproape constant și aproape totdeauna palpabil, atunci nu întâmpinăm nici o greutate în afirmațiunea diagnosticului. Foarte rar, am spus, tumora apare ca manifestățiune izolată. De obicei ea este izolată de alte simptome.

Colicile o însoțesc constant, creșterea sau descreșterea tumorei în raport cu starea de plenitudine sau vacuitate intestinală, constipațiile opiniatre și scaunele abundente, ce sunt consecința unei obstrucțiuni pasagere incomplete sau uneori complete, toate acestea sunt simptome după cari diagnosticul se impune.

Lucrul se petrece câte odată în clinică sub o altă formă decât aceasta; chiar când tumora este perceptibilă manifestățiunile cele alte funcționale îmbracă așa formă, încât cu greu s'ar găsi relațiunea dintre cauză și efect.

Clinicianul cel mai abil de multe ori ezită și la diagnosticul diferențial vom vedea câte erori s'au făcut și câte sunt cauzele ce conduc la o diagnoză falsă.

Se poate însă ca și tumora, acest simptom caracteristic al unui proces morbid avansat să nu apară simțurilor bolnavului și simptomele funcționale, datorite acesteia, să apară brusc și în câteva zile (Obs. VI și X), să capete o astfel de intensitate în cât, complicațiunile — balonament, vărsături poracee sau fecaloide și obstrucțiunea intestinală complectă, să mascheze cauza și un diagnostic să înlocuiască pe altul.

Acestea sunt cazuri excepționale, de obicei e acompaniată de o stare de constipație și diaree, slăbiciunea ce o remarcă bolnavul, starea de cachexie, vărsături etc.

Tumora însă totdeauna indică un proces morbid destul de înaintat, se găsesc aderențe cari o fixează de organele cu care e în raport, în acest caz intervenția chirurgicală e mai totdeauna zadarnică, ceea ce ne interesează e punerea unui diagnostic timpuriu. De aceasta depinde prognosticul, fiind că în acest caz rezultatele sunt din cele mai bune.

Simptomele gastro-intestinale sunt acelea cari preponderază în această boală, chiar dela prima ei manifestare; acestea deci sunt acelea pe a căror valoare se poate încrede în punerea diagnosticului.

Constipația și diareea, de cele mai multe ori alternative de constipație și diaree, sau numai una din ele, o stare de slăbiciune, vărsături sau melaena, acestea toate apar în faza inițială a boalei, ele sunt distanțiate cu câțiva ani (Obs. XII).

Când ele nu se pot atribui unei alte cauze, printr'un diagnostic eliminator se poate conchide la un cancer intestinal.

Semnele funcționale sunt acelea ce chiar în ultimul stadiu au cea mai mare însemnătate clinică, asupra lor trebuie să ne îndreptăm atenția,

pe ele ne biziim în toată evoluția pentru punerea unui diagnostic.

Dacă boala însă nu prezintă tabloul clinic simptomatic, dacă avem oareșicare ezitare, laparatomia exploratrice, de a cărui benignitate nu se mai îndoiește nimeni, trebuiește să elucideze chestiunea.

Insuflația colonului, examenul urinei sunt procedee, cari contribuesc și ele la stabilirea diagnosticului.

Se pune o întrebare însă : este posibil de a diagnostica și felul anatomic al tumorii ? Chestiunea este de o importanță capitală din punctul de vedere operator, și dacă în clinică este imposibilă afirmațiunea, apoi în momentul deschiderii pântecelui este absolută nevoie să se știe dacă tumora este un sarcom sau o altă neoplasmie.

Sarcomele intestinului, ce sunt în raport de 5 la 6 față de epitelioame pe intestinul subțire, sunt adesea multiple și diseminate pe porțiuni foarte distanțiate. Acesta este un caracter pe care nu-l are decât acest fel de tumoră și din această cauză chirurgul trebuie să caute cu grije, — dacă caracterele obiective ale tumorii, fac să bănuiască un sarcom, — existența altor tumori diseminate pe traectul intestinal. În acest cas orice încercare operatoare este iluzorie. Aceasta este importanța diagnosticului anatomic, de care chirurgul trebuie să știe seamă în momentul intervenției.

### Diagnostic de localizare intestinală

Un capitol în care investigațiunile clinice și progresele actuale ale științei nu au dat până acum nici un rezultat.

Intr'adevăr, am văzut câtă greutate este în punerea unui diagnostic de cancer intestinal, cu câtă

ășitare se procedează, când e vorba de această boală și câtă rezervă se impune mai ales când nu există tumoră și când există chiar, câte afecțiuni nu se pot însoți de această tumoră. De câte ori experimentatul clinician este nevoit să pună diagnosticul de tumoră abdominală și să aștepte cu timpul să precizeze diagnosticul. Când vorba însă e de un diagnostic de sediu, aci greutatea și ezitarea e evidentă. Trebuie, ceace ce se numește simț clinic și încă mult, trebuie abilitatea datorită unei experiențe mari pentru ca să spui cuvântul, de multe fără să dai motivul de ce.

Am văzut pe abilul maestru d. Prof. *Stoicescu* în cazul (obs. II), când fără multe indicațiuni clinice, îmi atrage atenția asupra acestui caz reducând diagnosticul la o tumoră abdominală și probabil un cancer al intestinului subțire.

Când e vorba de localizare intestinală, dificultatea e cum nu se poate mai mare și atât semnele funcționale cât și simptomul tumoră, pot să înșele în această privință pe cel mai îndemânat clinician.

Semnele funcționale ne ajută puțin. Anatomia patologică intervine în explicarea lor, fiziologia chiar, care ne învață că digestiunea în intestinul subțire este fluidă sau semi-fluidă, se poate lesne scurge chiar printr'un orificiu stenosat, contribuie și ea în mică parte. Dar de câte ori, cu toate astea, deși tumora are localizare pe intestinul subțire, totuși bolnavul este constipat și atunci, dacă nu este un alt simptom care să elucideze chestiunea, localizarea este imposibilă.

Ei bine, aceste semne funcționale au ele vreo valoare în precizarea localizării? Mică, foarte mică sau aproape nici una. Constipațiunea și diarea apărute la începutul boalei ar trebui să fie da-

torite unei leziuni a grosului intestin în majoritatea cazurilor.

Cancerile acestui segment intestinal fiind stenozante, le-ar explica. Lucrul nu se petrece de obicei așa și dacă aceasta este o cunoștință bună de reținut apoi nu e totdeauna astfel. Și e atât de adevărat această, încât în clinică nici nu se ține socoteală de aceste semne funcționale — când e vorba de precizarea sediului, pe intestin.

Vărsăturile pare că ar fi de oareșicare valoare. Intr'adevăr, când ele conțin materia primei diges-tiuni, dacă leziunea nu e stomacală, și se poate face această eliminare, atunci cu oareșicare certitudine se poate spune că este o leziune a intestinului subțire. Dacă ele sunt fecaloide, *Artus* face din ele indiciul unui cancer al cecului. *Hilton* și *Briant* cred însă că nu au nici o legătură cu sediul, țin mai mult la o stenoză intestinală.

Din parte-mi atât afirmațiunea lui *Artus* cât și supozițiunea acestor doi din urmă îmi pare că se pot contopi și nu exprimă decât o singură idee.

Un cancer stenozant dă mai lesne vărsături și cum pe ansa intestinului gros se observă acest fel de cancere, de sigur că vărsăturile se pot atribui mai mult unui cancer al intestinului gros. Se poate admite constanța, când e vorba de cancer al cecului și precocitatea.

De altfel *Lecène* în teza sa asupra tumorei intestinului subțire nu găsește decât odată acest simptom și atunci datorit unei stenoze intestinale.

În observațiunile mele se găsesc aproape constant în cancerile intestinului gros, fie că au prezentat sau nu semne clinice de stenoză intestinală și de două ori numai în ale celui subțire.

Trec, fără a aminti măcar, pe celelalte turburări funcționale, ca unele ce nu pot da nici un indiciu relativ la sediu și voiu spune ceva despre importanța tumorii ca semn de localizare.

De sigur că și cu acest simptom determinarea clinică a sediului intestinal nu înaintează mult, dar totuși cu puțină aproximație diagnosticul se poate preciza — cel puțin în bună parte de cazuri.

Intr'adevăr când avem tumora, bine înțeles diagnosticul de cancer intestinal fiind cert, localizată în foșa iliacă dreaptă sau stângă, e sigur că avem de înregistrat un cancer cecal sau al lui S iliac.

Când prezența ei se găsește în ipohondrul drept sau stâng, flancul drept sau stâng sau supra-ombilicală, putem afirma un cancer al uneia din porțiunile colonului ascendent, transvers sau descendent. Mobilitatea ne ajută mult în precizarea porțiunii intestinale ce ocupă. Când e vorba de sediu, mărimea tumorii joacă oareși-care rol. De sigur când este mare, neregulată, ne face să admitem mai mult un cancer al intestinului subțire. Pe care porțiune? Aceasta nici odată clinică nu ne va putea spune. Determinațiunea clinică a sediului e posibilă când cancerile sunt dintre cele mai favorabile, când însă e o tumoră aderentă, când peretele abdominal nu permite un palpeu comod, atunci examenul se îngreunează enorm și am văzut cazuri în care diagnosticul de cancer intestinal chiar, nu a fost pus decât la necropsie.

Sunt oareșicari mijloace artificiale introduse în clinică, cari pot preciza, cel puțin în unele cazuri, sediul afecțiunii :

Introducerea de lichid prim rect. Știm că un litru de lichid umple numai rectul. Un litru și



jumătate indică, că sediul e în S iliac. Dacă trebuie mai mult de un litru și jumătate sediul e mai sus.

Insfârșit ca să spunem cuvântul în această chestiune, un diagnostic de acest fel nu este posibil de cât în cazuri foarte rari, când localizarea e pe intestinul subțire, mai frecvent pe cel gros — nu avem semne clinice de orientare.

### Diagnostic diferențial. (Cu alte afecțiuni).

Este un capitol din cele mai vaste, care singur ar putea face subiectul unei teze, implică multă experiență și muncă de ani a unui stăruitor observator. În majoritatea cazurilor diagnosticul de cancer se impune, dar modalitățile clinice și simptomatologia acestei afecțiuni uneori e atât de puțin caracteristică în cât un diagnostic diferențial nu e posibil și clișicienii abili se înșală. Greutatea e cu mult mai mare cu cât semnele gastro-intestinale, semnele funcționale lipsesc sau nu îmbracă un caracter de diferențiere. Tumora fără compania acestora a condus în cele mai multe cazuri la diagnose greșite, pe când din contră acele turburări înlesnesc, chiar fără tumoră, afirmațiunea unei afecțiuni canceroase intestinale. În varietățile canceroase cu localizare foarte rară, cum epiteliomul intestinului subțire, în care tumora nu există, de sigur că și aceste turburări funcționale înșală, fiindcă atențiunea clinicianului este îndreptată asupra afecțiunilor celor mai frecvente.

În unele cazuri deci diagnosticul nu se face decât în urma intervenției chirurgicale și este interesant să vedem cari au fost diagnosticurile ce s'au pus clinicește în cancerile intestinului subțire.

1. Din teza lui *Lecène*. — La om :

Rinichiu flotant (*Hahn*).

Peritonită circumscriasă tuberculoasă.

Carcinom al colonului transvers (*Baltzer*).

Sarcinom abdominal (*Ketti și Dollinger*).

Tumoare malignă abdominală a colonului sau epiploonului (*Schiller*).

Kist hydatic al ficatului sau adenopatie tuberculoasă a mesenterului (*Brault*).

Tumoare abdominală (D. Prof. Dr. *Stoicescu*, Obs. III).

Tumoare abdominală (*Babeș și Nanu*).

Carcinom al colonului descendent (*Heinige*).

Strâmtoare ileo-cecală (*Gosset*).

Stenoză intestinală cu ocluzie (*Hahn*).

Fibrom al peretelui abdominal (*Schede*).

Obstrucție intestinală (D. Dr. *Leonte*, Obs. VI).

Tumoare malignă intestinală (*Farquhar Curtis*).

Carcinom al colonului descendent (*Kukulà*).

Obstrucție intestinală (*Morton*).

2. La femeie :

Splină hipertrofică (*Fleming și Steven*).

Kist al ovarului și ocluzie intestinală (*Quesnel*).

Kist al ovarului aderent (*Marvedel*).

Stenoză pilorică și gastrectasie (*Rheuswald*).

Fibrom uterin aderent la intestin (*Hawthorn*).

Tumoră solidă a ovarului (*Lange*).

Peritonită tuberculoasă ascitică (*Terrier*).

Kist supurat al ovarului (*Mac-Burney*).

Apendicită sub acută (*Willy Meyer*).

Pyosalpinx aderent la intestin. (*Mermet*)

Kist al ovarului (*Vitrac și Laubry*).

Enumerația acestor diferite erori arată că diagnosticul clinic al cancerilor intestinului subțire în treimea cazurilor este greu de făcut, fiindcă pe 54 de observațiuni relatate în teza lui *Lecène*

de 18 ori diagnosticul a fost făcut prin intervenție, și de 2 ori în observațiunile mele.

În cece privește cancerul intestinului gros, greșala de diagnostic e foarte rară, mai totdeauna clinicianul procedează cu exactitate. Între această afecțiune și diferite boale cu care se poate confunda, există puncte de diferențiere. Greșeli s'au făcut mai frecvent, atunci când procesul a fost înaintat sau când apariția boalei a fost bruscă, ocluzie intestinală acută. Natura afecțiunii pe acest segment ne ajută mult și turburările gastro-intestinale, explicate prin acest proces, ne facilitează diagnosticul.

Să vedem acum cu ce fel de afecțiuni se poate confunda cancerul intestinal și care sunt caracterele diferențiale.

Am să las la o parte perioada turburărilor funcționale; când acestea sunt tipice diagnosticul se impune; când nu se explică prin nici un alt proces morbid, rămâne simțul clinic care înclină spre un cancer intestinal și atunci laparotomia confirmă.

Voiu face diagnosticul diferențial în faza de stadiu, când există tumoră și voiu împărți studiul meu în două capitole: când tumora este de fapt dar nu e palpabilă și dă naștere la ocluzie intestinală acută fără nici un semn anterior de diagnostic, și când tumora e apreciabilă clinicește și poate da loc la tot felul de turburări funcționale și chiar la obstrucții intestinale.

### **Tumoră palpabilă**

*Tuberculoza intestinală.* — O afecțiune în care foarte facil se poate face o eroare. Diagnosticul clinic și chiar anatomic este imposibil uneori, mai ales în cancerile cecului unde tuberculoza

prezintă o formă hipertrofică; care seamănă cu un neoplasm și pe care singur examenul hystologic îl poate recunoaște (*Pilliet și Hartmann, Besançon și Lapointe*). *Bouilly*, la congresul francez de chirurgie din 1899 a relatat o observațiune în care prin examenul clinic și chiar hystologic s'a diagnosticat un cancer al cecului și printr'un al doilea examen histologic al presei diagnosticul s'a schimbat în tuberculoză. *Billroth* a arătat la Societatea de Medicină din Viena un caz, cu piesa în mână, a fost imposibil de a diferenția tuberculoza de cancerul cecului. *Tixier* din Lyon prezintă la 26 Iunie 1902, la Societatea de Chirurgie din Lyon, o piesă provenită din resecțiunea intestinului subțire făcută în ajun.

„Tumora, zice autorul, este constituită pe de o parte printr'un neoplasm anular și stenozant, care a adus o dilatare considerabilă a segmentului suprastrictural; pe de o parte printr'o infiltrație difuză a mesenterului adiacent, care este infiltrat de *ganglioni* și constituie o masă largă ca mâna, de o grosime de 5 centimetre aproape.“ Părea de aci să fie vorba de un cancer și cu toate acestea examenul hystologic (doctorul *Paviot*) arată o tuberculoză intestinală.

Ca simptomatologie clinică tuberculoza prezintă aceleași semne și apare ca și cancerul intestinal. Turburări intestinale cu alternative de constipație și diaree, colici violente sub formă de crise repetate la intervale mai lungi sau mai scurte, cu vărsături, dureri abdominale difuze și apoi localizate. Iată simptomele după care diagnosticul ar părea imposibil. Mai târziu apare tumora care nu elucidează chestiunea, fiindcă caracterul că e mai puțin neregulată și mai puțin dură sunt finețe clinice, grele de diferențiat și de care nu se poate ține mare seamă.

Ganglionii mesenterici se hipertrofiază mult mai repede în tuberculoză.

Mai târziu tumora tuberculoasă se ramolește și dacă sediul e pe cec sau S iliac se face o împăstare a regiunii iliace, cu roșeală și pelea aderă la părțile profunde. Supurația, creația de orificiu dau loc la o scurgere de puroi mai mult sau mai puțin abundent. Examenul bacteriologic al puroiului și inoculările, permit atunci a face diagnosticul. Care mai este însă în acest caz interesul diagnosticului?

Singurul mijloc clinic de diferențiere, este examenul scaunelor diareice preconizat și practicat de *Kraus, Smidt și Nothnagel*.

Przența bacilului Koch în scaunele tuberculoase și absența lui, chiar când afecțiunea canceroasă este însoțită de tuberculoză pulmonară (*Nothnagel*), este singurul semn clinic cu care diagnosticul se face chiar la începutul boalei, în primul stadiu evolutiv.

*Apendicita*. — În cazuri foarte rare, totuși cu această boală se poate confunda mai ales un cancer al cecului. Sunt cancere febrile, și-mi reamintesc un caz de apendicită afebrilă, în care un foarte distins clinician, deși pusese și avea convingerea în existența unei apendicite, însă întorsătura pe care a luat-o boala în urmă, cu obstrucție intestinală complectă, cu vărsături fecaloide și balonament al pântecelui, lipsa de febră, a făcut imposibilă susținerea diagnosticului și în consult s'a conchis pentru un cancer intestinal.

Acestea bine înțeles sunt cazuri rare, căci rar se poate face această confuzie, boalele au semne distincte de diferențiere.

Febra excepțional în cancerul intestinal și nici odată așa de ridicată, este constantă în apendicită. Impăstarea care se observă în fosa

illiacă dreaptă, cu regularitatea și moliciunea ei nu se poate confunda nici odată cu tumora canceroasă dură și neregulată și nici punctul lui Mac-Burney cu durerea sau colica canceroasă. Apoi rapiditatea cu care apare și evoluează nu se poate lua drept manifestări ale unui cancer al cecului.

*Dilatația stomacului.* (Obs. Gelez. Soc. anatom. 1842). În acest caz, depresiunea epigastrică, elevațiunea ipogastrică, forma particulară făcea a se crede la o deplasare cu dilatare a stomacului atras spre pubis. Diminuarea ușoară a tumorei hypogastrice, ca consecință a vărsăturilor, augmentarea tumorei după ingestia alimentelor, dificultățile de digestie, slăbiciunea, toate acestea militau în favoarea unei dilatațiuni cu deplasarea stomacului. Trebuie adăugat la semnele de dilatație ale stomacului, zgomotul de glu-glu care se obține făcând bolnavul mișcări brusce de lateralitate; sau zgomotul de clapotaj prin palpație seacă. Acestea permit un diagnostic diferențial cu această boală.

*Carcinom al stomacului.* — Dacă în unele cazuri s'a făcut confuziune de diagnostic și simptomatologia prezintă multă asemănare în ambele boale, apoi există semne de diferențiere nete ce permit un diagnostic pozitiv.

În cancerul stomacului sunt vărsături alimentare mai timpurii sau mai tardive după locul ce ocupă tumora.

Vărsăturile acestea sunt caracteristice, electiv, adică conțin o singură substanță ingerată în timpul mesei, pe câtă vreme celelalte sunt bine tolerate. Vărsăturile hemoragice, ce constau din sânge acumulat în stomac și digerat de suc gastric și eliminat ca o pulbere foarte asemănătoare cu cafeaua. Constatarea tumorei epigastrice,

este un excelent semn de diagnostic. Cercetările chimice însă formulează diagnosticul, — ipoclorhydria sau aclorhydria permanentă.

*Cancer al pancreasului.* — Icterul acompaniază această afecțiune și examenul materiilor fecale ne probează o jenă funcțională a acestei glande tradusa prin lipsa de saponificare a corpiilor grași.

*Tumora rinichiului.*—*Hahn, Billroth și Bassini* au făcut erori de diagnostic luând un cancer al cecului drept o tumoră a rinichiului.

„De cele mai multe ori, zice *Rayer*, rinichiul devenit canceros augmentă de volum formând o tumoră apreciabilă la tact“. Locul ce ocupă tumora între falsele coaste și creasta iliacă superioară, pe partea laterală a abdomenului, pare că este caracteristică tumorilor renale. În acest fel de afecțiune însă, locul de frunte și care tranșează chestiunea sunt turburările urinare. Bolnavii simt nevoia de a urina frecvent, cu dificultate în expulsione. Urinele conțin albumină sau sânge. Hematurile acestea mai ales sunt caracteristice, ele nu lipsesc aproape niciodată și devin mai abundente în raport cu evoluția procesului canceros.

*Rinichiu mobil.* — Această afecțiune dă naștere la turburări de așa fel, că foarte lesne se pot lua drept faza inițială a unui cancer intestinal. Diagnosticul este facil, însă fiindcă prin diferite manopere clinice rinichiul deplasat poate să-și ocupe loja lui și în majoritatea cazurilor nu lipsesc nici lui turburările urinare.

*Tumora abdominală.* — Observația III înfățișează eroarea ce se poate face luând un cancer intestinal drept o tumoră abdominală.

Am văzut bolnavul în serviciul D-lui Prof. Stoicescu și semnele ce însoțeau această tumoră, nu înfățișeau mersul clinic al unui can-

cer intestinal. Deși bolnavul prezintă o stare de slăbiciune înaintată, ce putea fi datorită și unei tumori maligne abdominale, turburările funcționale intestinale lipseau aproape complet. D. Dr. Bardescu mi-a vorbit de un alt caz din serviciul D-lui Dr. Leonte, în care o tumoră abdominală a fost luată drept un cancer intestinal. Bolnavul acela prezenta semne de ocluzie intestinală cu turburări gastrointestinale anterioare. Tumora, ce părea pe colonul transvers — și care în realitate nu era decât un fibrom al mesenterului — comprima intestinul. În aceste cazuri se înțelege bine, confuziunea de diagnostic este justificată și nu putem conta pe nici un simptom ca semn de diferențiere.

*Kist hydatic al diferitelor splacne abdominale.* Aceste tumori prin compresiunea asupra intestinului dau loc la fenomene de constipație și diaree, ocluziuni cronice și de obicei și ele se acompaniază de o stare de slăbiciune a bolnavului.

Sonoritatea și impresia de fluctuență ce ne dă la palpație îndreaptă atențiunea asupra naturii tumorei și puncția exploratrice confirmă diagnosticul.

*Abcese ale fosei iliace.* — *Journet* vorbește în teza sa despre confuzia ce se poate face între această afecțiune și colecțiile fecaloide ce se formează ca consecință a perforației intestinale. Procesul canceros în acest caz este prea înaintat și cu mijloacele clinice actuale această confuzie cred că e înlăturată.

*Abcese prin congestie.* — Indoiala ce se ivește în acest caz este lesne de înlăturat, consistența, superficialitatea abcesului și stabilirea focarului de unde pleacă abcesul, înlătură acest fel de



diagnostic. Turburările gastrointestinale sunt neînsemnate.

*Limfadenom intestinal.*— Limfadenomul intestinal acompaniază de obicei lymphadenia generalizată, ale căror semne le vom găsi explorând regiunile ganglionare.

*Adenita cronică a ganglionilor iliaci.*— Succede de obicei, fie unei afecțiuni tuberculoase a membrului inferior, fie unei leziuni a terminațiunii limfatică a ganglionilor. Turburările dispeptice aci lipsesc. Prin palpeu se simt șiruri ganglionare, mai mult sau mai puțin apropiate între ele și începând deasupra arcadei crurale se prelungesc în bazin.

*Fibrom uterin și cancer al corpului uterin.*— În aceste afecțiuni atenția este îndreptată asupra turburărilor uterine, chiar când tumorile acestea dau naștere la turburări gastrointestinale, prin compresiunea ce exercită asupra intestinului. Metroragiile sau scurgerile leucoreice sau hidoreice și dependența uterină stabilită facil prin tușeul combinat vagino-abdominal înlătură eroarea de diagnostic. Creșterea tumorii când e vorba de fibrom și evoluția extrem de lentă sunt semne prețioase. Scurgerea fetidă ca spălătura de carne este constantă în afecțiunile canceroase uterine.

*Kist al ovarului.*— Tumefacția circumscrișă a pântecelui, tumora fluctuantă care se constată bine, când bolnavul este culcat cu coapsele îndouite pe bazin, matitatea centrală a tumorii, frecături peritoneale, sunt simptome proprii acestei afecțiuni.

Tușeul vaginal combinat cu palpeu abdominal ne dă noțiuni asupra sediului și volumului tumorii.

În fine *sarcina extrauterină*, face și ea parte din tumorile cu care se poate confunda un can-

cer intestinal, însă antecedentele bolnavului și chestiunile ce i le adresăm, ne vor pune pe urmele adevărului.

Ași putea lungi numărul afecțiunilor cu care se poate înlocui un diagnostic de cancer intestinal cu mult încă, ar fi trebuit să dau o desvoltare foarte întinsă acestui capitol, dar am în vedere afecțiunile acele cu care mai frecvent se poate confunda cancerul intestinal și țin seamă că acesta este numai o parte a subiectului. Trec dar la a doua parte a capitolului acestuia.

### **Când sunt semne de ocluzie intestinală cu imperceptibilitatea tumorii**

Sunt foarte rare cazurile, când într'un cancer intestinal să nu fi avut vre-o manifestare anterioară, ca bolnavul să nu poată raporta oare-și-cari turburări subiective, care să explice starea de obstrucție intestinală. Este rar, excepțional chiar (*Lecène*), ocluzia intestinală canceroasă, pentru intestinul subțire, este ceva mai frecventă pentru cel gros.

Când de exemplu, cum se petrece faptul în cazul observației VI, boala apare brusc cu fenomene de ocluzie incompletă și evoluiază în 10 zile ajungând la impermeabilitate completă cu starea datorită acestei ocluzii, de sigur că e greu de a spune care e procesul morbid. Natura tumorii are tendința la sclerosă și retracțiunea ce ocupă pe deoparte, iar pe de alta înceata evoluție face ca această tumoră fără a o putea palpa, fără să o simțim, să dea naștere brusc acestui simptom, fără o altă manifestare caracteristică; și apoi modificările locale, datorite ocluziei intestinale, ca balonamentul pântecelui, împăstare, îngreunează încă condițiunile de diagnostic.

Totdeauna în astfel de condițiuni diagnosticul prin intervențiune precizează cauza.

Să vedem totuși cari sunt boalele ce dau naștere acestei erori și întru cât e posibil un diagnostic diferențial.

*Strangulările herniare.* — Este o înțeleaptă conduită, când bolnavul se prezintă cu semne de ocluzie intestinală, de a explora toate orificiile herniare pentru a fi siguri că cauza nu este o strangulare herniară. Am vorbit de cazul raportat de *Waldenstrom* și *Akenberg*, când exista o hernie ireductibilă, cu accidente de obstrucție intestinală, cu vomismente fecaloide. Se face klotomia; nu se poate însă reduce intestinul herniat, care nu era de altfel strangulat; la autopsie se constată că cauza obstrucțiunii era o tumoră sarcomatoasă, care era așezată pe ansa herniată și exercita o foarte presiune pe mezentenul corespondent (*Lecène*). Se vede dar că chiar această conduită și chiar aparența unei strangulări herniare nu ne scapă de erori de diagnostic, fiindcă pe ansa herniată poate exista o tumoră care să dea naștere acestei obstrucțiuni intestinale.

*Obstrucțiune prin invaginațiune.* — In invaginațiune se observă scaune diareice cu conținut lichid sau sero-purulent, sau chiar hemoragic, conținând de multe ori resturi de intestin sfacelat și cari sunt caracteristica invaginațiunii intestinale, când acesta are o durată oareși-care.

*Volvulus sau torsiune.* — Acestea se produc brusc, după o masă copioasă, sau sub influența mișcărilor violente mărite în timpul duratei travaliului digestiunii. Când un volvulus se produce, porțiunea de intestin este format de S iliac, considerabil destins și de 4 sau 5 ori mai mare în diametru ca în stare normală. Această ansă, așa

dilatată, se plasează înaintea masei intestinale. Ea ocupă ipochondrul și flancurile, hipo și egi-gastrul, acoperă coloanele și intestinul subțire, formând un plan nou și interpus între peretele abdominal și restul intestinului.

Este un altfel de ocluzie intestinală, care poate face o eroare de diagnostic, cauzat prin migrațiunea unui calcul biliar în lumenul intestinal și poate chiar ca această oprire a calculului să fie datorită unei strâmtoni intestinale, consecutiv unui cancer intestinal.

În fine ca rar caz am trecut între observațiunile mele. una ce prezintă o ocluziune intestinală acută, datorită unui fibrom polipos al intestinului subțire. Ca diagnostic diferențial cazul prezintă o mare importanță, fiindcă e unicul când o tumoră benignă a produs astfel de accidente și se vede încă cum existența unei tumori benigne poate da naștere la erori de diagnostic.

Cu toate aceste feluri de ocluzie intestinală se poate confunda un cancer intestinal, dar care sunt caracterele de diferențiere? Se poate face un diagnostic pozitiv?

Istoricul boalei și simptomatologia descrisă este aceea ce poate sugera în atari cazuri natura leziunii, posibilitatea absolută este exclusă și apoi în cazuri de acestea oricare ar fi cauza, linia de conduită este una: intervenția chirurgicală. Ea își spune cuvântul.

---

---

# OBSERVAȚIUNI

---

## Observația I (Personală)

Serviciul d-lui *Prof. Stoicescu*

---

Vasile Caprisi de 42 ani, intră în serviciul medical al spitalului Colțea din cauza unor dureri abdominale și a slăbiciunii considerabile.

Același an în luna Mai, fără cauză apreciabilă, bolnavul povestește, că spontan eu a fost apucat de dureri mari în abdomen, fără sediu definit. Aceste dureri au ținut timp de 2 ore, după care s'au amendat pentru ca să revie timp de trei zile cu aceiași intensitate, la distanțe egale și având cam aceiași durată.

Intensitatea acestei dureri și jena pe care i-o cauza bolnavului, l'a hotărât să consulte pe medicul unui spital rural, care i-a administrat medicamente fără a-l reține în spital.

Apetitul i-a fost mult alterat, chiar dela început. Digestiunea dificilă; a avut greață și răgâeli, nu a avut însă vărsături. Cu 2—3 luni înaintea apariției durerii, bolnavul spune că era constipat. Avea scaune la 3—4 zile, nu a avut însă diaree. Nu a observat în timpul boalei

lui până la intrarea în spital, nici hematemeza, nici melaena. În timp de 8 luni ce s'au scurs dela prima manifestațiune până în Decembrie, bolnavul se simte din ce în ce mai rău, durerile lui se accentuează ca intensitate, păstrează o regularitate de aparițiune, care probabil e în legătură cu constipația lui, fiindcă bolnavul observă că durerea lui durează 3—4 zile cu perioade de acalmie și dispar totdeauna în urma scaunelor. Se localizează ca sediu în regiunea supra-ombilicală.

Spune că a simțit în pânțece încă dela începutul boalei lui, o tumoră ce a crescut mult de atunci și care crede el că-i face durerea. A slăbit mult.

*Starea actuală.* Bolnavul de constituție robustă, foarte bine conformat, aspect cachectic, slăbit însă și foarte deprimat. Se plânge de aceleași dureri pe care le-a avut și mai înainte, cari însă au devenit extrem de mari și cari împiedica bolnavul dela ori-ce ocupațiune.

Se iradiază în centură, în tot abdomenul. Se plânge de cefalgii și constipație. Aceste dureri nu au nici un raport cu ingestiunea de alimente, sau cu digestia, fiindcă bolnavul susține că durerea lui e continuă. E afebril.

La inspecțiunea pântecelui se vede că acesta e puțin balonat, se observă mișcările peristaltice ale anselor intestinale, nu se poate desena însă tumora. Se aud garguimente, pe cari le simte și bolnavul, cari însoțesc mișcările peristaltice intestinale.

Prin palpațiune am găsit o tumoră de mărimea unui pumn, de consistență dură, lemnoasă și neregulată. Pot delimita bine contururile acestei tumori. Este așezată în regiunea supra-ombilicală puțin la stânga.

Este de o mobilitate exagerată, în toate diametrele ei, se plimbă în tot abdomenul, ia diferite pozițiuni, în raport cu înclinările corpului, și poate schimba întru cât-va diametrele ei. Nu este dureroasă la pipăit.

Percutând prezintă o submatitate pe toată masa ei.

Nimic din partea celorlalte organe toraco-abdominale. Nu găsesc ascită, nici oedemuri. Nu găsesc adenopatie supra-claviculară sau inguinală, nici dreaptă, nici stângă.

Ereditatea nu arată nimic important.

Personal a suferit în copilărie de friguri. A fost sănătos până în luna Mai. Neagă sifilisul și alcoolismul.

S'a făcut analiza sucului gastric și s'a găsit normal. S'a făcut insuflațiunea colonului și s'a observat o distensiune în colonul descendent, apoi după o diaree în regiunea tumorei, apare cecul distins.

S'au examinat scaunele și s'au găsit albe, lăptoase, chimicește s'au constatat urme de hemoragie.

Urina nu are nici zahăr, nici albumină.

*S'a pus diagnosticul de cancer al porțiunii transverse a colonului.*

S'a prescris tratament antisifilitic. Iodur de potasă; și în ziua de 28 decembrie, a fost trecut în Serv. II chirurgical.

Se face laparotomie. Se găsește o tumoră ce ocupă porțiunea mijlocie a colonului transvers, foarte aderentă; anzele intestinale în jurul ei și aderente.

Tumora nu se extirpă, se face entero-enterostomie (colo-colică) a colonului ascendent cu colonul pelvien.

Bolnavul ese la 31 Ianuarie vindecat operator.

La 3 Februarie reintră în serviciul D-lui *Prof. Dr. Stoicescu* în starea în care era și înainte de operație.

Starea lui generală mai rea, procesul cachectic mai avansat. Pielea prezintă o colorațiune mai accentuată galbenă paiu.

La 1 Martie este concediat din spital în aceeași stare.

## Observația II (Personală)

Serviciul d-lui *Prof. Stoicescu*

*Vasile Ion* în vârsta de 47 ani, muncitor, intră în serviciul d-lui *Prof. Stoicescu* din cauza unei dureri abdominale violente.

Primele manifestațiuni de boală au început acum 6 luni, când fără cauză ocazională a simțit dureri, ce chiar de atunci aveau un caracter de intensitate mare, cu un punct fix, corespunzător ipogastrului, unde pare că se localizau și de acolo se irradiau în tot abdomenul și spate. Aceste dureri țineau mai bine de 2—3 ore și reveneau sub formă de crize, de mai multe ori atât ziua cât și noaptea. Nu a observat nici un raport între durerea lui și ingestiunea de alimente. Nu mănâncă nimic, spunea bolnavul, fiindcă pofta de mâncare e pierdută, nu are dezgust de carne. A avut în totdeauna scaune normale, nu a fost nici odată constipat. A observat însă în două rânduri, cu aproximație acum 4 luni și acum o lună, scaune hemoragice, erau negricioase, ca păcura. În tot timpul până în prezent a avut vărsături alimentare și bilioase, nici odată fecaloide, nici hemoragice; greață, eructațiuni. A observat în pântecul lui cu puțin în urma primei manifestațiuni în regiunea ombilicală o tumoră tare, ce corespundea locului dureros.



*Starea actuală.* Bolnavul este slăbit; el remarcă că această e abia de 6 luni încoace. Nu are febră. Vărsăturile au încetat puțin, nu mănâncă de cât foarte puțin lapte. Pântecul este dezvoltat și peretele abdominal anterior întins, puțină circulație colaterală, fosele iliace nu se deprimă cu înlesnire și peretele anterior nu prezintă elasticitatea normală. Palpând găsesc rezistența peretelui anterior abdominal, din care cauză nu se poate cu înlesnire delimita organele. Percutând în poziție orizontală găsesc o ușoară submatitate în părțile cele mai declive. În regiunea epigastrică și puțin spre flancul stâng se simte o tumoră dură, imobilă ca o portocală, cu o suprafață puțin neregulată, ale cărei contururi nu se pot delimita din cauza distensiunii și a rezistenței ce o pune peretele abdominal. Ipocondrul stâng prezintă o submatitate ce pare a se continua cu acea tumoră. Prin apăsare tumora este dureroasă.

În spital nu a avut melena, nici constipație sau diaree. Are însă dureri atroce abdominale.

Prezintă semnele unei bronchite cronice și emfisem, nimic din partea celor-alte organe toraco-abdominale.

*Antecedente hereditare.* — Nu poate să raporte nimic precis în această privință.

*Antecedente personale.* — A fost bolnav în copilărie de friguri, rujeolă, neagă alcoolismul și sifilisul. Acum 3 ani îi s'a amputat gamba din cauza unui osteo-sarcom.

După aceste simptome și în urma istoriei lui clinice, d. *Prof. Dr. Stoicescu* limitează diagnosticul la un *cancer intestinal*.

*La 15 Ianuarie sucombă.*

*Autopsia.* — La deschiderea abdomenului se scurge o cantitate ca un litru de lichid puțin tur-

bure. Ansele intestinului, în special colonul transvers, ascendent sunt dilatate, cel descendent contractat. Marele epiploon aderent de prima ansă a jejunului, pe marginea liberă pe o întindere de 2 centimetri prezintă numeroși noduli ca o migdală și mai mici, cu aspect de ganglioni.

Porțiunea ascendentă a duodenului ca și prima porțiune a jejunului sunt lipite cu mezocolonul transvers, pe o întindere de câți-va centimetri. Această porțiune jejunală prezintă o dilatație circumscriasă în dimensiune de 6—7 centimetri, peretele ei inegal ca grosime, în unele părți foarte augmentat din cauza unor neoplasii dezvoltate în grosimea lui, care produc pe o întindere însemnată un aspect boselat.

Seroasa la acest nivel și pe o porțiune învecinată este de o colorație negricioasă, mergând până la negru, care observată de aproape se văd pete negre alternând cu altele gălbui.

Urmând intestinul în jos, dăm de bande bine delimitate la nivelul cărora serose prezintă opacități însemnate, dispuse neregulat și mai ales o pigmentație neagră pronunțată, care uneori ocupă intestinul circular, alte-ori numai o parte din circumferința lui. Aceste inele în număr de 4 sunt așezate la distanțe de 5—10 centimetri și corespund unei tumori ganglionare intramezenterice. În josul intestinului nu se mai găsesc aceste zone.

În mezo-colonul transvers, imediat d'asupra unghiului dudeno-jejunal se găsește o masă ganglionară însemnată, contopită cu coda pancreasului d'asupra hilului renal. Capsula supra renală stângă este înglobată în mare parte în această masă ganglionară neoplasică. În rinichiul stâng, în partea medie a marginii anterioară un nodul ce pare a fi o metastasă. Capsula supra-renală

dreaptă prezintă un adenom de mărimea unei cireșe.

Nimic relativ din partea celorlalte organe.

### Observația III

Serviciul d-lui Profesor Stoicescu

#### Neoplasm al ileonului

Nicolae Gheorghe 33 ani, bărbier, intră în spital la 3 Martie.

Este bolnav de 3 luni de zile. Boala a început prin intoleranță gastrică, vărsături. Pofta de mâncare era conservată, însă varsă de îndată ce mănâncă. A avut melaena. Nu a fost constipat nici odată. Nu tușește.

În antecedentele ereditare și personale nimic de remarcat.

Actualmente bolnavul este slăbit, faciesul teros.

În flancul drept se constată o tumoră, ce e separată de ficat printr-o zonă de sonoritate de 2 degete, înapoi se continuă cu matitatea masei dorso-lombare, în jos merge până în fosa iliacă dreaptă. Această tumoră e dură, relativ mobilă și puțin dureroasă. În general ea are mărimea unui cap de fetus. Pe abdomen se mai simt și alte tumori mai mici.

*Bolnavul afebril.* — Starea generală devine din ce în ce mai gravă și la 13 Martie sucombă.

*15 Martie autopsia.*

*Neoplasm neobstruant al ileonului, cu metastasă în ganglionii mesenterici, cu poliposa intestinului subțire, cu tuberculoză pe cale de vindecare la vârful pulmonului drept și ganglionii intertracheobronchici, iperemie și edem pulmonar.*

Cadavrul de constituție mijlocie, stare a de nutriție foarte rea, cachectic. Prezintă semne de descompunere.

Deschizând abdomenul se scurge o cantitate de lichid de culoare roșiatică. Marele epiploon aderă pe jumătatea dreaptă a feței anterioare cu o tumoră, iar pe fața superioară a acelei tumori se notează o aderență pe întindere de 20 centimetri de colon și mezo-colonul transvers.

Mucoasa duodenală colorată cu fier. Din ampula lui *Water* se scurge la presiune o mare cantitate de fier. Mucosa gastrică contractată.

Pe porțiunea mijlocie a ileonului se găsește o tumoră ca un cap de felus, ce se întinde pe o lungime de 22 centimetri secționată și desfăcută dă o lungime de 15—16 centimetre.

Tumora în mare parte e sfacelată, friabilă și de sigur că nu există o coarctare reală dovedită și de lipsa de distensiune a intestinului de asupra ei. Secționând o parte din ea găsim o țesătură moale foarte umedă, prin radere nu dă suc. Ganglionii mezenterici, foarte măriți formând o tumoră.

Tumora aceasta mare, mezenterică, prezintă un miez galben, apac, înconjurat de un țesut fibros în care se mai găsește un ganglion mai mic, moale, dă prin radere un suc abudent murdar.

Deasupra tumorei la o distanță, de 20 centimetri în mucosa intestinului, pornind de la marginea mezenterică o placă albicioasă de mărimea unui leu, având forma aproximativ de ciupercă. Mai sus de tumoră găsim o ulcerațiune cicatrizată, pigmentată. Marginile sunt apreciabile, deși nu sunt net tăiate, din contră sunt sinuoase. Aceste mărgini sunt foarte îngroșate în jumătatea ulcerațiunii, din cauza unor noduli ce s'au dezvoltat în grosimea lor. Ulcerația are o întindere de 3 centimetri. În această regiune se găsesc 2 formațiuni polipomatoase.

În regiunea de deasupra tumorei nu se găsește decât o singură formațiune de acest fel, însă în porțiunea dedesuptul tumorei, se găsesc multe din aceste formațiuni cu mărimi variabile, în general ca o pică de 2 bani. Mucosa intestinului continuă a fi pigmentată în negru. Musculatura intestinală de asemenea pigmentată în brun.

La vârful pulmonului drept se găsește un focar caseos, închistat într'o țesătură fibroasă. Pleurele neaderente.

### Observația IV

Serviciul D-lui *Doctor Leonle*

#### Cancer Peritoneo-intestinal

Anica Radu de 50 ani, suferă de 4—5 ani de constipație, care de 10 săptămâni s'a accentuat și se acompaniază de dureri vagi la nivelul cecului fără a se irradia însă. A slăbit mult și a pierdut puterile. Nu a avut vărsături sau diaree, în scaune nu a observat sânge. Nu a avut hematemeză.

Are inapetență și tenesme rectale.

La intrarea în spital, 2 Iunie, bolnava prezintă aceleași manifestațiuni de boală mai accentuate, și examinată se vede abdomenul foarte distins și sonor, stomacul dilatat și împreună cu colonul se proiectează pe abdomen. La nivelul cecului se simte o tumoră ca un cârnăt, flască și puțin dureroasă.

S'a operat la 10 Iunie. Deschizându-se abdomenul, se scurge un lichid ascitic în mare cantitate. *La îmbucătura cecului cu Ileon* se găsesc noduli scleroși, ce strangulează lumenul intestinului. Cecul, colonul ascendent și transvers distins. *Se găsește o a doua tumoră dedesuptul co-*

*tului colonului descendent*, care se întinde în jos până la origina colonului ileo-pelvien. În peritoneul parietal se găsesc noduli ca bobul de porumb și fasole. Ganglionii mesenterici prinși. S'a făcut anus contra naturii. La 19 Iunie sucombă.

## Observația V

Serviciul D-lui *Doctor Leonte*

### Cancer al cotului stâng al colonului

Antecedente ereditare și personale nule.—Bolnav de 5 luni. În urma unui traumatism la baza toraxului și regiunea lombară stângă are dureri intense în mișcări, efortări cu irradiațiuni ombilicale. Primă săptămână a avut urinele roșii. Până acum 4 luni n'a avut fenomene gastro-intestinale. De atunci însă are vărsături, și timp de trei săptămâni a avut scaune purulente și colorate cu sânge. A slăbit mult și a pierdut pofta de mâncare. Se observă pe el cicatrice variolice. În flancul stâng o tumoră ca o portocală, mobilă în sens vertical, foarte puțin lateral, dureroasă cu iradiațiuni spre copsă. În deplasare se apropie de linia mediană.

Urina n'are albumină sau zahăr.

Se operează, se rezeacă porțiunea canceroasă. Se face enterorafie circulară. În serviciu apar fenomene congestive la baza pulmonului și o metastasă.

Congestia dispare cu metastasa, însă ese din serviciu.

## Observația VI

Serviciul D-lui *Doctor Leonte*

### Cancer al terminațiunii ileonului

Constantin Ilie, de 40 ani. Intrat la 1 Febr. 1901. Bolnavul este trecut din serviciul D-lui Prof. Bucliu, muribund, cu fenomene de ocluzie intestinală acută.

Sufere din vara trecută, când a avut dureri în epigastru, vărsături, alimentare și biliare. Scaunle regulate. Această stare durează până acum 10 zile, când bolnavul prezintă o constipație opiniatră ce nu cedează la nici un tratament. Durerile se mai accentuează, abdomenul se balonează și în mod brusc se declară o ocluziune intestinală acută completă. Este trecut în serviciul chirurgical, unde fiind operat de urgență se găsesc pe terminațiunea ileonului aproape de cec o tumoră ca o smochină, ce strangula lumina intestinală. Ansele intestinale distinse. După șapte zile sucumbă.

## Observația VII

Serviciul D-lui *Dr. Leonte*

### Cancer ileo-cecal

Gheorghe Lepădatu 54 ani. Intrat 19 August 1902.

Tatăl mort tuberculos, a suferit de friguri ca copil. Neagă sifilisul, asemenea alcoolismul. De un timp—nu poate precisa—era constipat câte 3-4 zile, n'a usat însă de purgative.

Prin Martie a fost luat de friguri, era constipat și în urma unui purgativ a avut *un scaun ca păcură*. Pofta de mâncare, conservată până aci, i-a dispărut și frigurile nu au mai încetat. Avea chiar desgust de carne. După 3-4 zile au

început dureri în pân-tece în dreapta ombilicului însoțite de garguimente.

Durerile nu se iradiau, erau extrem de intense și bolnavul era silit a sta cu fața în sus, poziție ce i le calma. N'a avut vomismente, era constipat și cu purgative, avea scaune ca păcura. Concomitent cu durerea a observat o tumoră în fosa iliacă dreaptă, dureroasă la presiune.

Are pân-tecele excavat. Prin palpație se simte tumora în fosa iliacă dreaptă ca un ou de găscă, fixă la peretele posterior. Are mișcare de lateralitate. E nereductibilă, dureroasă, spontan eu și prin presiune. Ganglionii inguinali măriți ca un bob de fasole.

Ganglionii submaxilari din dreapta și stânga și carotidieni măriți.

Urina n'are albumină, nici zahăr. Prezintă indican în exces. Urea crescută.

Se operează la 29 August, se face Entero-Colostomie. Bolnavul sucombă la 10 Septembrie.

### Observația VIII

Serviciul D-lui Doctor Leonte

Cancer al cecului și porțiunii inițiale a colonului ascendent

Dumitru Truică 42 ani. Intrat la 2 Septembrie 1902. *Bolnav de un an*. Avea dureri în fosa iliacă dreaptă, mai ales înaintea mesei, se poteau după mâncare. A avut foarte puține turburări gastrice. N'a avut vărsături, nici hematemeză. A slăbit mult și a avut *curând scaune diareice negricioase, ca drojdia de cafea*.

Nimic în antecedentele ereditare, a suferit de febra tifoidă, neagă sifilisul. N'a prezentat fenomene de ocluzie.

Bolnavul slăbit, tegumentele decolorate. În flancul drept se simte o tumoră neregulată,



foarte puțin mobilă, diminuează sau crește în raport cu starea de plenitudine sau vacuitate intestinală. Urina n'are albumină, lipsa indicanului.

Se operează 11 Septembrie. Se rezeacă cecul și porțiunea terminală a ileonului. Sucombă la 13 Septembrie.

### Observația IX

Serviciul d-lui *Dr. Leonte*

#### Cancer al colonului ascendent

Petre Anastasiu 40 ani. Intrat 9 Oct. 902.

Bolnav *de doi ani*. Dureri în ipochondrul și flancul drept.

După puțin timp apare tumora. A avut turburări digestive, vărsături alimentare și biliare. N'a avut hematemeză. A avut *o singură dată melaenă*. N'a avut turburări urinare.

Neagă sifilisul. A suferit de febră palustră, n'a abuzat de alcool, nu tușește. Bolnavul nefebril. Tegumentele decolorate. Prezintă în flancul drept o tumoră ca o portocală, neregulată, nedureroasă, foarte mobilă. Ganglionii nu sunt măriți. Examenul sângelui denotă o alterațiune a hemoglobinei (probabil o infecție). Urea crescută. Indicanul lipsă. Refuză operația. La 15 Octombrie este concediat din spital în starea de mai nainte.

### Observația X

Serviciul d-lui *Prof. Toma Ionescu*

#### Cancer al colonului pelvien. Ocluzie Intestinală

*Maria Ianculescu 31 ani. Intrat în serviciu 3 Octombrie 1900.*

În antecedentele ereditare și personale nu găsesc nimic, care să aibă legătură cu boala prezentă.

Debutul boalei brusc, acum 10 zile. Fără

cauză, pe care s'o poată precisa n'a mai avut defecație. A simțit dureri în abdomen, ce cresc în intensitate și acum 3 zile a început a avea sughițuri cu vărsături, la început glerose apoi fecaloide, caracter ce-l păstrează și acum.

*Starea prezentă.*—Bolnava slăbită mult și are anorexie complectă, chiar de la începutul boalei. Abdomenul enorm balonat, elastic, depresibil la palpat, are la percuție zonă de matitate în ipo-chondrul drept. Are sughițuri, vărsături fecaloide. Pulsul slab, peritoneal. Se administrează o clismă de 2000 grame apă glicerinată fără efect. Prin tușeul rectal nu se simte tumoră. Urina n'are albumină, nici zahar. Nimic din partea organelor toraco-abdominale. La 4 Octombrie se procede la operație, se găsește o tumoră în toată grosimea colonului pelvien, ce-i obstruiază lumina; mezenterul conține mai mulți ganglioni hipertrofiați.

Se extirpă porțiunea bolnavă și se face enterostomoză laterală.

După operație starea anterioară se menține pân'la 10 Octombrie, când sucombă cu fenomene peritoneale.

Prin necropsie se găsește în tot abdomenul mare cantitate de puroi, meteorism intens al stomacului și intestinului. Ansele intestinale lipite prin false membrane galbene verzui.

## Observația XI

Serviciul D-lui *prof. Toma Ionescu*

### Sarcom al intestinului subțire

Iancu Marinescu 47 ani, intrat în serviciu la 4 Iunie 1901.

În antecedentele ereditare nu găsesc nimic de remarcăt.

Personal n'a avut febră palustriă sau tifoidă, a avut însă dese gastralgii și vărsături. A fost operat în serviciu pentru hernie.

Nu poate preciza de când e bolnav, dar acum 4 luni a început să simtă dureri în ipochondrul stâng și epigastru, o arsură de-a lungul esofagului și tot de atunci slăbește:

*Starea generală.* De constituție mediocră. E mult slăbit. Din partea organelor interne nici o turburare. Urinează des, turbure în prima zi, a doua zi limpede și tot așa cu intermitențe. N'a avut hematemeze și melaene.

În regiunea splinei se simte o mațitate, ce continuă pe aceia a splinei. Această împăstare se întinde până la linia mediană xifo-ombilicală și ajunge înapoi până la masa sacro-lombară. Palpând, această mațitate corespunde unei tumori de formă ovoidă, îndreptată de sus în jos și dinapoi înainte.

Se operează la 10 Iunie, se găsește o tumoră foarte aderentă de mesenter și epiploon, și situată în pereții ileonului.

Se face Entero-colostomie.

La 11 Iunie sucombă și la necropsie se găsesc intestinele balonate. Micul bazin ocupat de un lichid murdar.

În flancul stâng o tumoră mare ca un cap de fetus, ce infiltrează pereții intestinului mai jos de jejun, foarte aderentă de diafragm și marele epiploon. Splina mică retractată și aderentă cu tumora. Tumora începe și sfârșește net.

## Observația XII

Serviciul D-lui *Prof. Toma Ionescu*

### Cancer ceco-apendicular

Florea Petrescu 26 ani, intră în serviciul-II chirurgical din cauza unei dureri intense, ce o are în fosa iliacă dreaptă.

În istoric se găsește că această durere a mai avut-o acum 12 ani, din cauza unei sfortări de a ridica o greutate. I'a încetat după 3-4 zile pentru a *reveni după 6 ani* făcând un pas greșit și în fine și de data aceasta cu aplicațiuni locale i-a trecut după 15 zile. În aceste prime manifestațiuni n'a avut turburări gastrointestinale, nici febră.

Acum 5-6 luni durerea 'i revine, de data asta cu o mare intensitate, fără a mai dispărea.

Am găsit, palpând în fosa iliacă către extremitatea superioară a arcadei crurale, o tumoră dură, neregulat rotundă, bine delimitată, puțin dureasă la presiune și complet izolată. Tumora provocă puține dureri locale, fără iradiațiuni. Ganglionii înghinali foarte puțini măriți. Mișcările coxo-femorale libere. Cele alte organe toraco-abdominale nu prezintă nimic de remarcant.

Urinează ușor. Nu are albumină, nici zăchar. Are scaune regulate în fie care zi.

În antecedentele lui ereditare și personale nimic de remarcant.

La 21 Mai se operează. La deschiderea abdomenului se găsesc în fosa iliacă dreaptă cecul transformat într'o masă dură, boselată, aderentă strâns la fascia iliacă cu care face corp. Se rezeacă cecul și apendicele. Se face anastomosa entero-colică laterală.

La 26 Maiu sucombă cu fenomene peritoneale, și prin necropsia dela 30 Maiu se găsește peritonită generalizată prin perforația intestinului.

### Observația XIII

Serviciul d-lui prof. Toma Ionescu

#### Cancer al cecului

Elena Nanu, 60 ani. Intrat în serviciu 5 Aprilie 1902.

*Antecedente ereditare.*—Uua din surori moare

de cancer uterin. În antecedentele ei personale nimic important.

Istoric. *Acum 2 ani avea dureri de stomac*, însoțite de greață, mai ales dimineață. E alcoolică însă. De atunci încoace durerile au devenit mai intense, cu localizare în fosa iliacă dreaptă, cu iradiațiuni în lombe și tot abdomenul, se acompaniază de vărsături. Palpându-și abdomenul constată în regiunea dureroasă o tumoră.

De 3 luni însă durerile se măresc, bolnava devine constipată, are alternative de diaree și constipație și observă că scaunele au culoarea de păcură.

*Starea prezentă.* - Bine conformată, cu țesutul celular diminuat. Fiecatul întrece falsele coaste cu două degete. De aci pe o lungime de 10 cm metri și egală lățime se simte o tumoră, ce se continuă cu ficatul, ce este mobilă și căreia poate a i se imprima mișcări antero-posterioare puțin dureroase. Această tumoră umple fosa iliacă dreaptă, este neregulară, dură și dureroasă spontan, mobilă în toate direcțiunile, nu se delimitează ușor.

La 11 Aprilie se operează. Deschizând abdomenul se găsește o tumoră ca o mandarină la nivelul cecului și închisă în lumenul intestinal. Se rezecă extermitatea învecinată a ileonului și cecul cu mezenterul corespondent. Se face Entero-Colostomie laterală.

Sucombă la 15 Aprilie cu fenomene peritoneale.

### Observația XIV

Serviciul D-lui *Prof. Toma Ionescu*

#### Cancer al cecului

Rachela S., 40 ani, intrat în serviciu la 4 Decembrie 1903.

Nu găsesc nimic important în antecedentele personale sau ereditare.

Din luna Maiu anul acesta a simțit dureri, ce începeau sub falsele coaste, ipochondrul drept, și care se propagau în jos spre pubis. Apăreau spontan, țineau câte 7—8 zile cu remisiuni cam tot egale. De acum 2 luni durerile se măresc ca intensitate, țin 2 săptămâni.

*Starea prezentă.* — Tegumentele puțin palide, bolnava puțin slăbită. În flancul drept se simte o tumoră netedă, regulată, puțin mobilă, puțin cam dureroasă la palpat. Din cauza șederei în pat durerile ce acuza mai înainte bolnava au dispărut.

La 16 Decembre se operează și se face o Entero-anastomosă între colon și ileon.

După operație starea bolnavei rămâne aceeași. Plaga supurează, se stabilește o fistulă în peretele abdominal prin care ese materii fecale. La 29 Februarie bolnava părăsește spitalul cu traectul fistulos.

## Observația XV

Serviciul d-lui Prof. Toma Ionescu

**Cancer al colonului ascendent cu metastase în ficat**

Gode Șandor. De 42 ani. Intrat în serviciu 15 Aprilie 1905.

În antecedentele lui ereditare nimic important. Personal a abuzat de alcoolice. La 17 ani blenarogic complicată de orchiepididimită.

*Istoric.* — Acum 3 ani în urma unui chef a fost apucat de o stare gastrică cu vărsături și cefalgie. Concomitent cu aceasta a simțit la dreapta și mai jos de ombilic o tumoră, ce îi producea dureri fără irradiațiuni; scaunele regulate. Această stare s'a amendat și după 3

săptămâni tumora a început a scădea. A rămas însă de la acea dată cu o stare de flatulență, avea pirosis și eructații gazoase.

Avea poftă de mâncare, se nutrea bine, totuși observă că slăbește.

În Ianuarie acest an, durerile apar din nou în punctul indicat, mai intense, mai ales prin introducerea de alimente. Avea eructațiuni și vărsături, lipsă de poftă de mâncare și starea opiniatră de constipație.

A avut *hematemesă și melaenă* odată în Ianuarie și a doua oară în Martie. Prin regim lăctat urmat în serviciu aceste fenomene se amendează.

*Starea prezentă.*—De constituție mediocră. Țesutul celular redus. Abdomenul la aspect normal. Percutând, matitatea hepatică mărită și ajunge până la ombilic cu 2 degete mai sus. Spațiul lui Traube și regiunea epigastrică mată. Palpând se simte la dreapta și mai jos de ombilic o tumoră de mărimea unui ou de găină, puțin mobilă și puțin dureroasă, neregulată însă. La percuție este sonoră. Pofta de mâncare bună. N'are vărsături sau melaenă, este constipat. Ganglionii înghinali măriți. În alte regiuni nu se simt ganglioni.

Se operează la 12 Maiu. Se găsește o tumoră mai jos de unghiul hepatic al colonului ascendent. Se constată metastase ganglionare în ficat. Intervenția fiind contraindicată se încheie abdomenul.

Starea bolnavului continuă a fi cea anterioară.

## Observația XVI

Serviciul D-lui Prof. Toma Ionescu

### Epitelioma a colonului descendent

*Dumitru Piahă, 54 ani.* Intrat în serviciu la 1 Ianuarie 1906.

Nimic în antecedentele ereditare. La 16 ani a suferit de febră tifoidă. N'a scuipat sânge.

Boala actuală datează din August acest an, când bolnavul a simțit dureri coliciforme în regiunea ombilicului. Erau continui, diminuau după defecațiune.

După 2 săptămâni a observat că scaunele erau amestecate de sânge negru, alte ori roșii. A început să piardă din forțe și să slăbească.

*Starea prezentă.*—Bolnavul de statură mijlocie, de constituție bună, foarte slăbit. Pielea de colorație gălbuie. Tușește puțin. Pofta de mâncare conservată; nu-i plac însă mâncările grase de când e bolnav. N'a avut melaenă de când e în spital. Are dureri mari în tot abdomenul.

În fosa iliacă stângă, între splină și spina iliacă antero-superioară se simte o tumoră, dureroasă la presiune, neregulată, de consistență dură lemnosă, rotundă ca formă și de mărimea unei mandarine. Pare a fi mobilă.

Se operează la 19 Ianuarie, tumora e situată pe porțiunea inițială a colonului descendent, foarte aderentă de peretele posterior abdominal. Tumora inextirpabilă.

Se face anastomoza colo-colică. Se formează la peretele anterior abdominal o fistulă prin care curg materii fecale. La 29 sucombă.



## Observația XVII

cluzie intestinală printr'un cancer al valvei ileo-cecale  
de C. Bacologlu și Pagnez

La 10 Ianuarie, intră în serviciul d-lui *Troisier*, *Charles Cussac*, de 40 ani. El se plânge de turburări de stomac, răgâeli, flatulență, pirosis; aceste desordine erau mai acuzate dimineața și datau de mai multe luni, cu o recrudescență de trei săptămâni. Mai mult, avea de o lună aproape alternative de constipație și diaree cu debăcles.

Nu a avut vărsături sanguine, nici scaune negre. Adăogăm că avea vise rele și o hyperestesie generalisată din cele mai marcate.

Diagnosticul pus în prima zi fu de alcoolism cronic, mărturisit de altfel de bolnav, care bea cel puțin doi litri de vin pe zi. Urinele nu conțineau nici zăchar, nici albumină. Temperatura normală.

A doua zi scena se schimbă, bolnavul începe să verse. Aceste vărsături sunt alimentare. În același timp se produce o legeră tensiune abdominală, mai manifestă către regiunea supra-ombilicală. Vărsăturile continuă toată ziua și noaptea. Abdomenul se meteorizează din ce în ce, devine concav către partea superioară și extrem de dureros. Dimineața se administrează un lavment, bolnavul neavând scaune de două zile rezultă o evacuație puțin abondentă.

În noaptea de 12 Ianuarie, situația bolnavului fiind aceeași se cere avisul chirurgului de gardă d-nu *Sebileau*, care sfătuiește așteptarea. Spunem, pentru a fi complecți, că tușeul rectal și explozia orificiilor herniare nu relevau nimic.

A doua zi dimineața, pulsul era rău, 100 pe minut și trăsurile mai escavate. Nu are evacuații

alvine, și vomismentele încep a mirosi urât și a lua caracterul de fecaloide. Cerem avisul d-lui *Marchand*, care nu decide operația și consiliază de a spăla stomacul. Spălăm stomacul cu tubul Faucher și ese trei tăvițe de residii alimentare, cari miros oribil de urât.

În fine, seara situațiunea fiind aceeași, avizăm din nou chirurgul de gardă, d-nu *Glantenay*, care observă o tumoră dură în fosa iliaca dreaptă și practică laparotomie, găsește că obstacolul era cauzat printr'o tumoră canceroasă a cecului; iea ultima ansă a intestinului subțire și practică un anus artificial la stânga. A doua zi d-nu *Pagnez* practică deschiderea intestinului cu termocauterul și se scurg materii lichide. Ziua bolnavul are o vărsătură care încetează în zilele următoare.

Bolnavul are însă o sete imperioasă, pulsul descreește, pulsațiile mici, rău lovite, ochii escavați, limba devine seacă. Prin anusul iliac nu se scurg decât lichide. Temperatura este 39 la 18 Ianuarie. La 19 Ianuarie sucombă în hypotermie.

*Autopsia.* Arată că viscerale toracice și abdominale erau normale. Eate o enormă distensiune a intestinului subțire și stomacului. Anusul artificial era practicat la 1 metru și jumătate de pilor. Nici o urmă de peritonită. Incisând intestinul se constată că ultimele porțiuni ale intestinului subțire sunt umplute de materii fecale, acumulate în sus de obstacol. Mucoasa intestinului este roșie, injectată, nu sunt însă ulcerații.

La nivelul ileo-cecal este un obstacol aproape complet.

Nu mai este valvulă, toată regiunea este ocupată printr'o masă roșie și burgionantă. Abia se observă o mică lumină din partea intestinului.

Cecul este aderent la fosa iliacă și la ansele subțiri vecine. Apendicele normale.

Examenul hystologic a arătat că era vorba de un cancer epitelial.

## Observația XVIII

de Bacaloglu

### Cancer primitiv al ileonului

M. G. în vârsta de 70 ani, intră la 25 Ianuarie 1900 la spitalul Beaujon pentru dureri în pânțece. De doi ani, are alternative de constipație și diaree. În două rânduri diferite a avut hematemeza și melaena. A slăbit progresiv. La intrarea în spital, bolnavul este cachectic, de culoare galbenă; are colici și diaree. La palpație în flancul drept, de asupra ficatului și a vesiculei biliare, se simte o mică masă dură, mobilă și puțin dureroasă. Nu se găsesc ganglioni supra claviculari, mici ganglioni în stinghie și subțioară. În afară de asta bolnavul tușește, sputa este muco-purulentă și la auscultație se constată semne cavitare la nivelul vârfului drept și semne de ramoliment la vârful stâng. Cachexia se accentuează din ce în ce; are edem al gambelor, pânțecele escavat, bolnavul sucombă patru zile mai târziu.

*La autopsie.* Afară de o tuberculoză pulmonară avansată, se găsește la un metru și jumătate de pilor, ansele intestinale subțiri aglutinate la nivelul unei tumori ganglionare de grosimea unei castane; incisând intestinul în acest loc, se vede lumina ileonului în parte astupată de o tumoră, împlântată pe un gros pedicul, ca o conopidă.

La examenul hystologic se vede că este vorba

de un epiteliom cilindric, care reamintește structura glandelor intestinului și care coprinde tunicile musculare.

### Observația XIX

*Babeș și Nanu.* Ein Fall von Myosarkom des Dünndarms.  
Berlin. Klin. Wochenschrift 1897 No. 7, pag. 138.

Bărbat de 30 ani, primit la 14 August 1895 la spitalul Filantropia. Nu se găsesc antecedente ereditare notabile. Neagă alcoolismul, sifilisul și paludismul. Acum o lună și jumătate bolnavul a avut un frison, acompaniat de slăbiciune și anorexie. Două zile pe urmă, simți dureri în flancul stâng, care se iradiau în tot abdomenul și picioare, mai multe zile apoi bolnavul făcu eforturi zadarnice pentru a merge la scaun.

De atunci constipația este aproape regulă și bolnavul este obligat de a uza de purgative. El putu cu toate acestea de a și continua ocupațiunile 15 zile. După acest timp durerile devin mai tari și constipația încetă pentru a face loc unei ușoare diaree. Cum durerile deveneau din ce în ce mai intolerabile, se hotărăște a intra în spital. El fu primit în serviciu de medicină și fu trecut la chirurgie cu diagnosticul de tumoră abdominală.

Starea actuală. Talie mijlocie, foarte slăbit, tegumentele palide și conjunctivele sub-icterice; temperatura 37<sup>o</sup>,8; limba este seacă.

Bolnavul se plânge de dureri în partea stângă a pântecelui, dureri ce cresc prin presiune. Ganglionii inghinali măriți de volum. Are în toate zilele 4—5 scaune lichide, nesanghinolente. Nu tușește, cele alte viscere normale. Două zile dupe intrare are două vărsături; i se administrează

poziunea Rivieri cocainisată. Cum slăbiciunea și durerea persistă se decide laparotomia exploratrice.

*Operația.* --- Se găsește o tumoră pe intestinul subțire ca 2 pumni, aderentă la o altă ansă intestinală. Se detașează aderențele, se extirpă tumora cu mezenterul corespondent și se face enterorafie circulară. Bolnavul se vindecă după trei săptămâni de la operație și este revăzut după un an fără recidivă.

Examenul hystologic al piesei făcut de *Prof. Babeș* arată că este vorba de un sarcom al intestinului subțire.

## Observația XX

Bolnavul X, intră în serviciul D-lui Dr. Leonte cu fenomene de ocluzie intestinală acută, vărsături fecaloide, balonamentul pântecelui, puls mic peritoneal, trăsurile feței escavate. Distensiunea peretelui abdominal nu permite palpeul.

Interogat, spune că e bolnav de vre-o 7 luni. Avea dureri în pânțece, vărsături, melaenă și slăbise. Simțea o tumoră când își pipăia abdomenul.

Se practică laparotomia de urgență și se găsește o tumoră polipoasă, implantată printr'un picior pe bordul liber al jejunului ce dase loc unui volvulus.

Examenul istologic arată un fibrom.



## CONCLUZIUNI

---

1. Semnele clinice ale cancerului intestinal sunt destul de variate. Uneori păstrează în aparițiunea lor o ordine, un șir, începând cu turburările digestive (diaree, constipație sau alternative de constipație și diaree) termină cu tumora fenomene generale de cachexie, febră și oareșicari simptome accesorii, ca ascită, oedem; alte ori aceste semne se amestecă între ele și ca intenzitate sunt neînsemnate la început, se accentuează în cursul boalei sau păstrează caracterul inițial.

2. Evoluția acestei afecțiuni, este lentă, poate ajunge la câțiva ani chiar. Turburările gastro-intestinale sunt caracteristice primei faze evolutive; tumora indică un proces neoplasic înaintat, imobilitatea ei implică un prognostic rău, mobilitatea însă nu-l exclude.

3. O asociație de simptome conduc aproape constant la un diagnostic pozitiv. Turburările gastro-intestinale (alternative de constipație și diaree sau numai constipație opiniată, melaena, etc.); o

stare de slăbiciune, cachexie, sunt semnele ce preponderază și de cari se ține seamă în clinică, tumora singură neînsoțită de acestea nu poate face afirmațiunea acestei boale.

4. Diagnosticul diferențial este posibil în majoritatea cazurilor deși s'a făcut și se poate face confusie cu tot felul de afecțiuni abdominale.

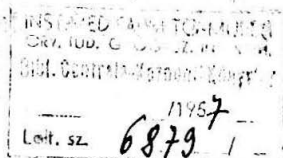
*Văzută și bună de imprimat,*

Președintele Tezei

Decanul Facultății

**Prof. Dr. G. I. Stoicescu**

**Prof. Dr. N. Măldărescu**





## CHESTIONAR

*Anatomia descriptivă.* Regiunea perineului la bărbat și femei.

*Anatomia patologică.* Leziunile pulmonilor.

*Botanica.* Structura și dezvoltarea histologică a axelor caulinare la mono-di și criptogamele vasculare.

*Chimia medicală.* Principalii carburi extrași din gudronul de huilă; proprietățile și reacțiile lor.

*Dermatologia și sifilografia.* Epididimita acută.

*Farmacologia.* Salolul.

*Fiziologia.* Compoziția alimentelor.

*Higienea.* Alăptarea artificială și naturală.

*Histologia.* Țesutul conjunctiv.

*Medicina legală.* Otrăvirea prin fosfor.

*Obstetrica.* Eclampsia puerperală.

*Patologia chirurgicală.* Calculele bășiceii urinare.

*Patologia generală.* Etiologia hydropisiilor.

*Patologia infantilă.* Scarlatina.

*Patologia medicală.* Fenomenele pneumoniei fibrinoase la diferite etăți.

*Terapeutică.* Acțiunea fiziologică a alcalinelor și aplicarea lor terapeutică.

*Zoologia.* Botriocephali, Nimerti, Hirudinee, Anatomia comparată a aparatelor de secrețiune.

## INDEX BIBLIOGRAFIC

---

- Charcot-Bouchard. Traité de Médecine.  
Brouardel-Gilbert. Traité de Médecine.  
Duplay-Reclus. Traité de Chirurgie.  
Le Dentu-Delbet. Traité de Chirurgie.  
Du Castel. Archiv. Gener. de Médecine 1882, tome II, pag. 19.  
Bovis (R. de). Le cancer du Gros intestin, rectum excepté.  
Nothnagel. Die Erk. des Darmes und Peritoneum 1889.  
Maydl. Wiener. medic. Zeitung, 1887.  
Maydl. Wiener. med. Presse, 1892.  
Jaffé. Volkman's klinische Vortraege No. 201.  
Lebert. Traité de maladies cancéreuses. Paris, 1851.  
Haussman. Thèse de Paris, 1832. Sur le cancer de l'intestin.  
Journet. Thèse de Paris 1833. Sur le cancer de la terminaison  
de l'intestin grêle.  
Artus. Thèse de Paris 1894. Sur le cancer du Caecum.  
Ioseph Barbary. Traitement chirurgical du cancer du gros in-  
testin.  
Le Goupil. Coincidence et rapports de la tuberculose et du cancer.  
Th. Paris, 1882.  
Czerni. Statistique dans thèse de Baillet, 1894.  
Lecène. Tumeurs malignes primitives de l'intestin grêle.  
Kolaczek. Langenbeck's Archiv, 1882.  
Kraussold. Langenbeck's Archiv, 1882.  
" Centralblatt für Chirurgie, 1881. ,  
Matlakowsky. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1891 și 1892.  
Pic. Revue de Médecine, 1894 No. 12 și 1895 No. 1.  
Bacaloglu. Bulletins et memoires de la Société Anatomic de  
Paris LXXIV anné, 6-me serie. Tome I, LXXV anné,  
6-me serie, T. II.
- 
-