

EPITELIOMUL GASTRIC

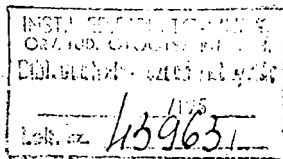
(STUDIU CLINIC ȘI STATISTIC)



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 28 Iunie 1933

DE

OCTAVIAN STANCA



23 MAY 2005

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan : D-nul Prof. Dr. GH. MARTINESCU

Profesori :

Clinica stomatologică (agr.)	Prof. Dr.	ALEMAN I.
Istoria Medicinii (agr.)	" "	BOLOGA V.
Bacteriologie	" "	BARONI V.
Patologia generală și experimentală	" "	BOTEZ A. M.
Istologia și embriologia umană	" "	DRĂGOIU I.
Clinica infantilă	" "	GANE T.
Clinica ginecologică și obstetricală	" "	GRIGORIU C.
Semiologie medicală	" "	GOIA I.
Clinica medicală	" "	HATIEGANU I.
Clinica chirurgicală } Medicină operatoare }	" "	IACOBVICI I.
Medicina legală (supl.)	" "	KERNBACH M.
Farmacologia și farmacognozia	" "	MARTINESCU GH.
Clinica oftalmologică	" "	MICHAIL D.
Clinica neurologică	" "	MINEA I.
Igiena și igiena socială	" "	MOLDOVAN I.
Radiologia medicală	" "	NEGRU D.
Farmacia chimică și galenică	" "	PAMFIL GH.
Anatomia descriptivă și topografică	" "	PAPILIAN V.
Fiziologia umană (supl.)	" "	POPOVICI GH.
Clinica oto-rino-laringologică	" "	PREDESCU-RION I.
Balneologie (agr.)	" "	STURZA M.
Clinica dermato-venerică	" "	TĂTARU C.
Clinica urologică	" "	TEPOSU E.
Chimia biologică	" "	THOMAS P.
Clinica psihiatrică	" "	URECHIA C.
Anatomia patologică	" "	VASILIU TITU

JURIUL DE PROMOȚIUNE :

Președinte : D-l Prof. Dr. I. IACOBVICI

Membrii : { " " " I. HATIEGANU
" " " V. PAPILIAN
" " " T. VASILIU
" " " E. TEPOSU

Supleant : Dl. Prof. Agregat Dr. ALEXANDRU POP

...
...
...
...
...

Părinților mei.

Exemplul lor să-mi servească drept ideal.



...
...

D-lui Prof. Dr. J. Jacobovici.

*Îl rog să găsească aici expresia mul-
țămirilor mele respectuoase pentru
cinstea ce mi-o face acceptând presi-
denția acestei teze.*



*On. Juriu de Promoție
afectuos devotament*

Prefață

Fără a încerca comentarii sugestive, doar cu intenția unei sumare spicuirii retrospective țin ca în limitele restricțiunii spațiale pe care mi-o impune această prefațare să desprind câteva preocupări degajate proeminent din conduita tinerimii noastre intelectuale în mijlocul căreia ca un factor de conducere am activat în ultimii ani.

În frământările destul de profuze ale actualității necesitatea unei orientări în diversitatea de preocupări existente e evidentă. De aceea cred că cel mai penibil supliciu este persistența într'un cadru anost de unilateralitate excesivă. Timpurile de azi impun o activitate multiplă și multilateral distribuită. Numai orientarea în toate domeniile poate concretiza accepțiunea de intelectual. În această accepțiune persuasiunea nu poate deveni determinantă decât trecută prin angrenajul propriu refractar, care îi imprimă un caracter personal. Firava epavă didactică ce constituie pentru unii singura resursă de etalare în societate e poate cea mai deprimantă decepție în fața căreia îți este dat să te găsești.

Structura sufletească m'a apropiat fie de un sentimental și incorigibil optimist, în preajma căruia în vespérale întâlniri verificam liniile comune de afinitate, fie pe de altă parte de un entuziast, permanent în serviciul culturalizării masselor noastre rurale și solidificării tineretului. Probitatea profesională asociată cu preocupări intelectuale sau sociale extrașcolare e esența tuturor acelor care mi-au putut infiltra o doză de considerațiune.

Prins în vâltoarea entuziastă a problemelor colective naționale am intrat din plin în organicul luptei dusă de studențimea noastră pentru crearea unui spirit de viață națională pură lipsită de combinații enigmatice și de formalism convențional. Nuanța deficitară a acestei mișcări rezida în aparența unei doc-

trine rezumată doar la exuberante manifestări spontane imprimare de caracterul momentului. Cu credința fermă, că resursele optimiste implacabile nu sunt suficiente pentru a da soliditate unui organism social, că această expansivă energie nu poate deveni activă decât într'un cadru de realizări practice, efective, am condus în viața studențească ideologia unei orientări profesionale.

Antrenat în impulsul acestui nou concept am considerat organizarea ei internă ca prim element de conduită a vieții studențești — soluționarea tuturor dezideratelor cari pretind asigurarea condițiilor materiale, fizice și culturale este cadrul activ al acestei noțiuni. Viața intelectuală, socială și igienică a studentului — iată esența orientării profesionale în preocupările studențimii. Energia constituitivă a organizării interne dă soliditate mișcării spirituale. Perspective ideologice oricât de vaste se pot broda pe acest suport.

Din varietatea de preocupări naționale și culturale — larg expuse în rapoartele devenite apanajul intim al arhivelor Centrului studențesc din Cluj și Uniunii studențești — sugestia înființării nului departament de asistență studențească, infiltrarea în sufletul preocupărilor studențimii a problemelor de asistență medicală, organizarea materială a vieții studențești, cerc de studii, statistica studențească sunt câteva aspecte. O instituție specială aci este cantina studențească, pe care am preconizat-o întâia oară în anul 1929—30 și am realizat-o după multiple obstacole în 1932, determinând astfel o accentuată ameliorare a existenței studentului la Cluj. Ca o esențială atribuție a organismului studențesc, educația sufletească a fiecărui student, devisa inițială cu care am urcat tribuna de conducere a studențimii, formula exprimată la părăsirea acestei conduceri, a fost lozincă conduitei mele. Studențimea trebuie să fie un corp de elită, toate acțiunile ei trebuiesc marcate de elementul de previziune — entuziasmul chibzuit și echilibrat spre un scop precis pozitiv.

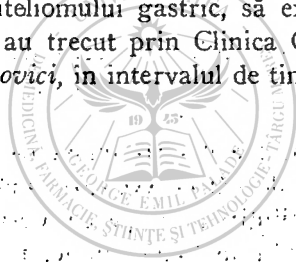
Ca președinte al Centrului studențesc „Petru Maior”, ca reprezentant al studențimii clujene în Uniunea națională studențească și ca reprezentant al României în Confederația internațională studențească, acțiunea pentru ridicarea și întărirea prestigiului studențimii române a fost primul gând și prima faptă a mea. Promotor al revirimentului profesional, am dus cuvântul

României în conferințele internaționale studențești, unde insignifianța preocupărilor se atașa în naivitatea unor formule dantelate pe mentalitatea areopagului sentimental genevian. Rezervele ideologice opuse sonorității de verbiag, ce lămurea în chip magic orice exigență de propășire, au angrenat România în conducerea studențimii mondiale prin locul ce mi s'a oferit.

Dacă generația palidă cu coifuri cenușii s'a aruncat în viforul spasmodic al cataclismului mondial schimbând configurația teritorială a acestui pământ, generației actuale îi revine, în dreptul, ci datoria să intervină cu toată intensitatea la zidirea temelilor vitale ale acestui stat — realizabilă exclusiv printr'o arhitecturală construcțiune de disciplină națională.

In acest sens încheiu confesiunea de intimitate la acest final de viață studențească.

Incerc în această lucrare ca, în limitele accepțiunei existente despre problema Epiteliomului gastric, să expun rezultatele culese în 66 cazuri ce au trecut prin Clinica Chirurgicală a domnului Profesor *Iacobovici*, în intervalul de timp dela 1. X. 1930—1. V. 1933.



Istoric

În secolul al treilea înainte de Chr. școala din Alexandria semnalează existența unor leziuni speciale pe care le denumește „*καρκινος*“ Sunt primele informațiuni pe cari le deținem despre procesele canceroase. Hippocrates (sec. V-lea a Chr.) consideră turburările umorale și sanghine între cauzele provocatoare ale cancerului.

Dela Hippocrates (460—375 a Chr.) și Galen (131—203 d. Chr.) datează „*Atra bilis*“, care consideră o bilă neagră specială de origină splenică în explicația genezei proceselor carcinomatoase.

Cancerul stomacal e descris întâia oară în sec. al VIII-lea în cartea „*Thesis*“ de către Avenzoar din școala din Bagdad. Seria cercetărilor științifice începe cu Vesale și Morgagni, cari au făcut primele studii anatomice în acest domeniu atât de enigmatic încă și astăzi.

Intervențiile chirurgicale pentru exterminarea proceselor neoplazice gastrice sunt de dată destul de recentă. Așa în jumătatea a doua a secolului trecut se intervine întâia oară pentru extirparea epiteliumului gastric. Operațiunea aceasta a fost concepută în mod teoretic întâia oară de către C. Th. Merrem la 1810. Acest autor a făcut o serie de experiențe pe câini și recomandă și la om rezecția pilorului în caz de epiteliom. Cercetările lui Merrem însă au rămas în acest cadru teoretic fără aplicațiune practică. La 1874 Gussenbauer și Winiwarter, din școala lui Billroth dela Viena, reiau experiențele și caută să stabilească posibilitățile tehnice și rezultatele funcționale și vitale ale unei operațiuni atât de mutilante pentru un organ de importanța stomacului.

Prima rezecție de pilor la om o face Péan în 1879, a doua Rydygier în 1880 — ambele cazuri au sucombat. Prima rezec-

ție de stomac urmată de vindecare o face Billroth la 1881; de aci se numește această operațiune în literatură, operațiunea Péan —Billroth. Cu aceste prime incursiuni, atât de riscate, asupra stomacului, se pun bazele chirurgiei gastrice moderne; procedeele operatorii inițiale se completează, se modifică în parte, se concep noi metode de reconstituire a părților eliminate și își fac astfel apariția o serie de nume în chirurgia gastrică: Wölfler, Mikulicz, Krönlein, Haberer, Kocher, von Hacker, Reichel și alții.

Gastrectomia totală a fost executată întâia oară cu succes de către Schlatter la 1897 — care scoate stomacul în totalitate, realizând apoi o anastomoză termino-laterală între esofag și jejun. Schuchardt, Brookes-Brigham, Kocher și alții au realizat chiar anastomoze între esofag și duoden, prin o suficientă apropiere a acestor două organe.

Astăzi există posibilitatea de a selecționa metodele de rezecție după necesitatea impusă de fiecare caz în parte.

Considerațiuni anatomice

Stomacul este un adjuvant al masticăției pregătind alimentele pentru digestia intestinală. El nu e un organ indispensabil vieții.

Stomacul este porțiunea cea mai dilatăată a tubului digestiv; se prezintă ca o pungă sacciformă situată între esofag și duoden. El se găsește în etajul abdominal superior, proiectându-se în epigastru și hipocondrul stâng; pătrunde în bolta diafragmatică. Limita superioară a stomacului e un plan ce trece prin al 5-lea spațiu intercostal stâng, limita inferioară se găsește la nivelul planului ce trece prin falsele coaste. Limita dreaptă e în planul mediosagital, iar cea stângă se proiectează la nivelul planului ce trece tangențial prin partea laterală a abdomenului și toracelui. Stomacul se aseamănă cu un cimpoi, având o porțiune mare verticală și una mică orizontală-oblică.

Stomacul prezintă de studiat: două fețe, două curburi și două tuberozități.

Fața anterioară, prin intermediul diafragmului, se proiectează pe torace. Porțiunea toracică e în raport cu părțile toracice prin intermediul diafragmului, a pleurei și a plămânului — dând și timpansimul spațiului lui Traube, care constituie zona

de proiecțiune a porțiunii toracice pe grilajul costal. Spațiul acesta are limita inferioară la nivelul marginii costale inferioare, limita superioară, de formă semilunară, pornește dela al 5-lea cartilaj costal și trece înafara liniei mamelonare stângi. Porțiunea abdominală a feței anterioare vine în raport cu părțile abdominal anterior. Porțiunea aceasta de proiecțiune directă pe părțile abdominal nu e mare, în tot restul se face prin intermediul ficatului. Toată porțiunea liberă, adică aceea care vine în raport cu părțile abdominal — constituie triunghiul lui Labbé, delimitat în jos de linia care trece dela al 9-lea spațiu intercostal stâng la al 9-lea spațiu intercostal drept, marginea ficatului îi formează marginea internă și marginea coastelor — marginea externă.

Fața posterioară vine în raport prin intermediul bursei omentale cu pancreasul, vasele splenice, splina, rinichiul stâng și cu unghiul duodeno-jejunal.

Curbura mare vine în raport cu epiplonul gastrocolic și cu colonul transvers. Dealungul acestei margini trec vasele gastroepiploice cu șirul ganglionilor limfatici.

Curbura mică este în raport cu epiplonul gastrohepatic și cu ficatul. Dealungul ei trec vasele coronare stomachice cu ganglionii limfatici. Mica curbură și cu marginea superioară a duodenului delimitează regiunea celiacă a lui Luschka, în care se găsește vena cavă inferioară, aorta, trunchiul celiac și plexul solar.

Marea tuberozitate vine în raport înainte cu lobul stâng al ficatului, înafară cu splina și cu epiplonul gastro-splenic, în sus merge până la nivelul celui de al 5-lea spațiu intercostal stâng, corespunde diafragmului deasupra căruia se găsește inima. Fața posterioară se continuă cu fața posterioară a stomacului, este în raport cu vasele splenice și cu pancreasul.

Cardia este orificiul superior („trompetenartig“ după Braus) și face comunicarea cu esofagul. Se găsește înapoia ficatului, sub bolta diafragmatică, înaintea aortei și a celei de a 10—11 vertebră dorsală.

Pilorul este orificiul duodenal. El e în raport înainte cu ficatul, înapoi cu vena portă, în sus cu epiplonul gastrohepatic, în jos cu capul pancreasului. Aceleași raporturi le prezintă și *mica tuberozitate*, la nivelul căreia se găsește și punctul cel mai decliv al stomacului.

Păretele stomacului e format din 4 straturi sau tunice: 1. Stratul mucos; 2. submucos; 3. musculara și 4. seroasa.

Tunica mucoasă este stratul cel mai intern privind cavitatea organului, este formată dintr'un epiteliu cu un singur strat de celule cilindrice așezate pe o membrană bazală, și din chorion în care se găsesc glandele. Tunica aceasta e despărțită de submucoasă printr'un strat de fibre musculare netede (muscularis mucosae). Distingem trei feluri de glande:

1. *Glandele fundice* sunt glande tubuloase ramificate, cari au aspect de ciorchină de strugure. 2. *Glandele cardiace*, distribuite mai ales la nivelul zonei cardiace se continuă cu glandele porțiunii terminale a esofagului. 3. *Glandele pilorice*, situate în regiunea pilorică, sunt glande alveolo-tubulare simple sau ramificate, cari secretă mucus. Cantitatea sucului gastric elaborat de toate aceste glande e aproximativ de 5—600 cc după un dejun de probă.

Submucoasa este formată dintr'un țesut conjunctiv lax.

Musculara se compune din trei straturi — un strat extern de fibre longitudinale, stratul mijlociu circular și un strat intern oblic, care se pierde spre corp și pilor.

Tunica seroasă este o dependență peritoneală, cu aceeaș constituție.

Vasele. Există două cercuri arterio-venoase. Marele cerc arterio-venos, format din gastroepiploica dreaptă și stângă, ce se găsește dealungul curbării mari și micul cerc arterio-venos, format din coronara stomachică și artera pilorică.

Vascularizația stomacului e susținută de ramurile arteriale amintite, ce pleacă din trunchiul celiac, care are următoarele ramuri: artera hepatică, coronara stomachică și splenică. Venele se orientează spre vena portă, splenică și mezenterica superioară.

Linfaticele se colectează în trei grupuri ganglionare: grupul coronarei stomachice (curbura mică); grupul gastroepiploice drepte și grupul splenic (marea tuberozitate).

Nervii stomacului provin din pneumogastric și din marele simpatic (plexul solar).

Etiologia

O esențială problemă care a preocupat totdeauna lumea științifică și medicală, persistând și astăzi ca o chinuitoare enigmă,

este elucidarea patogenezei și etiologiei cancerului. Multiplele investigații, cari uneori păreau că soluționează această chestiune, n'au dus încă la stabilirea definitivă a cauzei eficiente, determinante în apariția carcinomului. În materie de patogeneză și etiologie găsim o serie de probleme cari rămân ca un apanaj de soluționare pentru viitor. Elementul determinant al unui proces neoplazic care la un moment dat apare ca tumoră benignă, independentă de restul organului pe socoteala căruia s'a dezvoltat, cantonată în locul de apariție, iar altă dată cu un caracter metaplastic malign. — extensiv și metastatic; stabilirea factorului inițial, care orientează această neoplazie spre malignitate și heterotipie sau într'o direcție mai puțin ofensivă; transformarea unei tumori benigne într'un neoplasm malign — sunt doar câteva probleme enigmatice în explicația originii tumorilor. Hansemann susținea că s'a creat un fel de „nihilism“ devenit aproape dogmă în acest sens, astfel că există în conștiința publică credința că, „nu știm nimic despre geneza tumorilor și în special al carcinomelor“. Cu toată inexistența unui proces lămurit inițial, care determină apariția cancerului, totuș este indubitabil că datorită numeroaselor investigații și cercetări făcute în această direcție, cunoștințele noastre în materie de cancer, astăzi sunt foarte înaintate.

Din numărul mare de teorii și hipoteze, formulate în cursul timpului pentru explicarea cauzei și genezei tumorilor carcinomatoase, cele cari au astăzi o accepțiune mai aproape de probabilitate sunt: 1. *teoria iritației* (Reiztheorie) formulată de Virchow; care susține factorul iritativ ca esențial în etiologia cancerului plecând dela faptul că procesele neoplazice apar cu deosebire în locurile cu iritațiune permanentă — cronică, de lungă durată, fie de natură fizico-chimică, sau unde găsim în antecedente procese inflamatorii cronice — constituind așa numitele stări sau leziuni precanceroase.

În sprijinul acestei teorii vin cancerele gudronate, parafina, cancerul coșarilor, Kangricancerul, cancerul cicatricial, pe ulcerele cronice, etc. Această teorie e cea mai plauzibilă și mai mult acceptată astăzi în geneza carcinomelor.

2. Alte cercetări stabilesc o *cauză infecțioasă și parazitară* în apariția tumorilor. S'au descris astfel o serie de paraziți și microbi provocatori de hiperplazie și metaplasie tumorală (*bacterium tumefaciens*, diplocolul lui Nepveu, micrococus neofor-

mans. Gye susține în apariția cancerului un virus neoformativ). Teoria aceasta parazitara și infecțioasă nu rezistă însă unei minuțioase cercetări și mulți o reduc tot la teoria inflamatorie susținând că și eventualii agenți infecțioși descriși în procesele tumorale nu au decât tot un rol iritativ inflamatoric.

3. Cohnheim reduce cauza la *celulele germinative aberante embrionale* existente în țesuturile adulte, cari iau o dezvoltare atipică hiperplastică la un moment dat.

4. Factorul *ereditar* predispozant — bazat pe existența acestei boale, în anumite familii la numeroși membri (Napoleon spre ex.) și pe cercetările lui Maud Slye — e un factor neprecizat.

5. Cercetări recente caută să stabilească în etiologia cancerului un *ansamblu* de mai mulți factori exogeni și endogeni, cari toți în colaborare dau un dezechilibru organic determinând această „anarchie celulară“ (Teutschländer 1930, Kukowa 1932).

Din enumerarea succintă a acestor teorii, care probează existența unei accepțiuni unitare în etiologia carcinomelor, se poate întrevedea că și în materie de epiteliom gastric — obiectivul acestei lucrări — ne găsim în imposibilitate de a confirma un agent cauzal precis.

Frecvența după organe. Stomacul și uterul sunt organele mai frecvent atinse de transformare atipică epitelială. Statisticile arată că aproape 35—40% din totalitatea cancerului e localizat la nivelul stomacului — după Espine 44.37%, Virchow 34.9% a indivizilor morți de cancer prezintă localizarea gastrică. Dintr'un studiu statistic comparativ, făcut de către Dl. Prof. Iacobovici, Conf. Dr. Jianu și Doc. Dr. Cosăcescu, stabilind frecvența cancerului pe organe la Spitalele din București, Clinicile din Cluj și Spitalul Tenon — Paris rezultă că „localizarea cea mai frecventă este la uter, apoi la stomac și mamelă.“ Cele trei organe amintite dau 60% din totalul cancerelor. La mortalitate primul loc îl ocupă stomacul și după acesta urmează uterul. Statistica prezentată pe un curs de 10 ani de zile în Clinica Chirurgicală din Cluj arată că din totalitatea cancerului 39.8% e localizat la tubul digestiv și 44.3% din acest cancer e cel gastric. Un tablou statistic recent alcătuit de către Dl. Dr. Popa Rubin, considerând problema cancerului în Cluj; în curs de 36 ani, arată 29.5% cancere stomacale și 22.17% cancere uterine.

Cancerul stomacului e aproape totdeauna primitiv, în cazuri extrem de rare e secundar. În aceste cazuri în care stomacul e interesat doar în mod secundar, se găsește esofagul ca sediul inițial dela care invaziunea interesează mucoasa stomacală; apoi mamela și testicolul, cari printr'o afinitate inexplicabilă îl localizează metastatic în epitelul gastric.

Frecvența după vârstă. Epiteliomul gastric este un apanaj al vârstei adulte. Frecvența maximală o găsim între 40—60 ani și din acest punct de vedere există o concordanță absolută între toate statisticele (Brinton, Welch, Lebert, Mitrea). Datele culese de noi în 66 cazuri, ce au trecut în curs de 2 ani și 7 luni (1/X 1930—1/V. 1933) prin clinica Dlui Prof. Iacobovici, au următorul aspect:

Vârsta	1930	1931	1932	1933	Total
20—30 ani	1	1	1	—	3
30—40 ani	1	5	1	1	8
40—50 ani	5	5	8	8	26
50—60 ani	1	10	7	3	21
60—70 ani	—	1	6	—	7
70—80 ani	—	1	—	—	1
Total	8	23	23	12	66

Acest tablou confirmă existența unei maxime frecvențe între 40—60 ani. Cel mai tânăr bolnav a fost de 22 ani, cel mai bătrân de 73 ani, înainte de vârsta de 80 ani epiteliomul e o raritate ca și după etatea de 60 ani. Williamson, Widerhofer și alții descriu și cancer gastric congenital.

Frecvența după sex

Anul	bărbați	femei	Total
1930	5	3	8
1931	15	8	23
1932	17	6	23
1933	9	3	12
Total	46	20	66

Rezultă deci că epiteliomul gastric îl găsim în 69.7% a cazurilor noastre la bărbați și în 30.3% la femei. Cazurile studiate în Clinica Dlui Prof. Iacobovici, în cursul primilor 10 ani pre-

zintă din 157 cazuri: 113 bărbați și 44 femei. În genere se admite frecvența mai accentuată a boalei acesteia la bărbați decât la femei.

Ocupațiunea:

Plugari	17	preot	1
muncitori	9	casnice	17
funcționari	7	moașă	1
meseriași	3	colonel	1
comerciant	1	cantonier	3
pensionari	3	miner	1
muzicant	1	servitoare	1

Cancerul stomacului și al buzei se găsește mai des la populația rurală, urmează în al doilea rând muncitorii. Lipsa de igienă bucală, alimentația neregulată și calitativ inferioară ar constitui unii din factorii explicativi în acest senz.

O importanță specială ca moment etiologic îl are *alcoolismul și tabagismul*. Cancerul e mai frecvent în regiunile în care consumația de alcool e mai mare. La München, în partea de sud a Angliei, în Normandia, regiunile alcoolizate sunt mai atinse de cancer gastric. Femeile au cancer gastric mai puțin decât bărbații. Interpretarea acestui fapt poate fi încadrată și la acest capitol. Dintre bolnavii noștri au uzat moderat de alcool 39 și pasionați alcoolici au fost 2; fumători moderați 23, pasionați 10.

Sifilisul acuzat întâia oară de Ozenné și Verneuil îl găsim în antecedentele a 5 bolnavi, iar reacția Wassermann o găsim în 2 cazuri pozitive și în 61 cazuri negative.

Ulcerul gastric ca și gastritele cronice — au rol în declanșarea carcinomului gastric. Unii autori susțin, că aproape toate ulcerele se transformă cu timpul în cancer. Dintre cazurile noastre unul singur acuză un ulcer vechiu în antecedente, dar la 11 bolnavi au apărut simptomele gastrice cu 2—6 ani, iar la alți 7 cu 6—18 ani înainte (vezi simptomatologia). Apariția atât de depărtată a boalei nu poate fi interpretată decât pentru existența unui ulcer sau a gastritelor cronice anterioare. Cancerizarea ulcerului ca și ulcerizarea cancerului sunt astăzi admise. Orice ulcer cu o durată mai lungă e susceptibil de transformare malignă.

Alte infecțiuni mai mult sau mai puțin importante în apariția epiteliomului gastric, pe cari le-am găsit la bolnavii noștri

în antecedentele personale sunt: malarie — 8 cazuri; febra tifoidă, pneumonia — câte 6 cazuri; teniaza, icter, hernie, apendicită — câte 2 cazuri; pelagra, șancru-moale, pleurită, scarlatină, entero-colită, aortită, hipertensiune — câte 1 caz; restul nu prezintă nimic sesizant în antecedentele personale.

Alimentația. În toate țările, în care alimentația cu carne e mai întinsă, numărul de ulcer și cancer stomacal e mai mare. Astfel în țările anglo-saxone e mai accentuată proporția de cancer decât în țările din jurul Mediteranei, unde se găsesc de 2 ori mai puțini canceroși decât în țările amintite. Cancerul gastric e mai frecvent la Cluj decât în București. După statistica Dlui Prof. Iacobovici spitalele din București au avut în interval de 14 ani (1910—1924) un număr de 241 cazuri, iar clinicile din Cluj dela 1920—1924, deci în curs de 4 ani un număr de 274 de cazuri.

Ereditatea. Problema eredității nu se poate pune numai pentru cancerul gastric în special. Dintre cazurile noastre găsim în antecedentele eredo-colaterale 2 cazuri de epiteliom gastric și 1 caz de cancer uterin, iar în 5 cazuri găsim antecedente familiare gastrice.

Patogenia și anatomia patologică

Epiteliomul gastric e aproape totdeauna unic, localizările multiple sunt excepționale — constituie după majoritatea autorilor cam 1—2% din totalitatea carcinomelor gastrice. Localizarea multiplă inițială o găsim în cancerele metastatice; celelalte cazuri sunt numai aparente, datorite extensiunii periferice a procesului carcinomatos.

Localizarea neoplasmului e foarte variată, sunt însă anumite teritorii în care îl găsim mai frecvent. Distribuția cazurilor noastre este următoarea:

Pilor	11
Pilor + Antru	7
Pilor + Mica curbură	2
Pilor + Antru + Mica curbură.....	1
Mica curbură	12
Antru	14
Antru + Mica curbură	5

Antru + Mezogastru	2
Cardia	2
Cardia + Mica curbură	2
Mezogastru	2
Curbura mare	3
Curbura mare + Tuberozitatea mare	1
Linită plastică	2
Total	66

Găsim deci localizarea cea mai frecventă la nivelul antrului piloric, mica curbură și pilor, totalitatea stomacului în 2 cazuri, cardia în 2 cazuri, un caz care interesează curbura mare cu tuberozitatea mare care, se știe, e foarte rar interesată de procese carcinomatoase.

Aspectul macroscopic. Neoplasmul se prezintă cu următoarele caractere: 1. *forma vegetantă* — apare ca o tumoră de dimensiuni variabile, cu contururi bine delimitate, cu suprafața neregulată, rugoasă, boselată, uneori polipoasă, sau ca un burete cu vilozități. 2. *Forma ulceroasă* — este apariția carcinomului pe un ulcer în evoluție sau un ulcer cicatrizat, constituind varietatea numită ulcero-cancer. Se consideră în genere că în o treime din cazuri cancerul e precedat de ulcer. 3. *Forma erozivă* — e o simplă exulcerațiune mai mult sau mai puțin accentuată, cu o bază îndurată, netedă sau ramolită cu suprafața acoperită de detritusuri. Se prezintă uneori ca un ulcer care nu se vindecă. 4. *Forma infiltrativă* — numită și linită plastică. Infiltrațiunea păretelui stomacal poate fi parțială, fiind localizată aproape totdeauna la nivelul pilorului, unde ia o dispoziție inelară, transformându-l într'un tub rigid cu părțile îngroșate. Când infiltrațiunea interesează stomacul în totalitate (între datele noastre sunt 2 de acestea) volumul organului se reduce în proporție considerabilă și stomacul devine un organ rigid scos din funcțiune. Ori ce stomac redus de volum e suspect în majoritatea cazurilor. Tranziția între partea atinsă și părțile normale este insensibilă, leziunea propriu zisă fiind mult mai întinsă decât cea vizibilă.

Din punct de vedere al consistenței neoplasmul poate fi *encefaloid*, o tumoră moale numită și cerebriformă, pentru că are consistența encefalului. Cancerul *coloid* dă tumorii un aspect transparent, gelatiniform. Neoplasmul *schiros* este dur, fibros, cu predominantă țesutului conjunctiv, spre deosebire de cel encefaloid,

în care predomină celulele canceroase.

Aspectul microscopic. Hauser și v. Hansemann au descris la nivelul stomacului: 1. *epiteliomul tipic glandular* — adenocancerul — format din tubi epiteliali glandulari neoformați cu diverse aranjamente topografice, cari depășesc mucoasa infiltrând succesiv celelalte straturi subiacente. Celulele acestea prezintă mitoze multiple nucleare. Neoformațiunea poate menține mai mult caracterul tipului epitelial cilindric sau se prezintă un tip cu celule cubice sau rotunde cu caracter polimorf, totdeauna de aspect pseudoglandular.

2. *Epiteliomul atipic* caracterizat prin absența formațiunilor pseudoglandulare, celulele epiteliale polimorfe sunt diseminate caleidoscopic fără nici o ordine în ochiurile stromei conjunctive de abundență și densitate variabilă. După predominența elementului epitelial sau țesutului conjunctiv, tumora are consistență encefaloidă sau schiroasă.

3. Se descriu și forme *mixte*, în care lipsește distincția netă între cele două varietăți, e epiteliocarcinomul unor autori, constituit dintr'un amestec de epitelii glandular și cancer infiltrat.

Examenul histopatologic, făcut în Institutul de Anatomie Patologică a dlui Profesor Dr. Titu Vasiliu, interesând 27 de piese arată următoarele aspecte:

Adenocarcinom	13
Cc rotundo-celular	4
Cc cilindro-celular	2
Cc spino-celular	1
Cc tubular	1
Cc schiros	1
Cc gelatinos	1
ganglion fără caractere carcinomatoase	4
Total	27

Extensiunea locală a cancerului se face prin invaziunea progresivă a straturilor stomacului. Neoplasmul își are punctul de plecare în tubii glandulari — în gâtul glandei — și în epitelii mucoasei; de aci prin extensiune periferică invadează restul mucoasei nealterate, iar în profunzime interesează rând pe rând submucoasa, musculara și stratul seros. Concomitent cu invada-

rea straturilor stomacului se poate desvolta perigastrita și aderențe între stomac și organele vecine. Aderențele pot fi de natură inflamatorie sau canceroasă, pe ele făcându-se progresiunea extrastomacală a procesului malign spre organele din vecinătate.

Propagarea cancerului pe calea vaselor limfatice și sanghine duce la formarea diverselor *metastaze*. Prima barieră în extensiunea limfatică a cancerului o constituie ganglionii regionali din vecinătate, ganglionii parastomacali — ganglionii micii curburi, grupul retropiloric și subpiloric. Procesul neoplazic provoacă o reacțiune hipertrofică în acești ganglioni — această barieră fiind forțată ganglionii se cancerizează și devin, la rândul lor, centri de difuziune ai epiteliomului.

Bariera ganglionară parastomacală distrugându-se, cancerul se generalizează pe calea limfatică dând adenopatiile la distanță — ganglionii suprapancreatici, mezenterici, ai mezocolonului transvers, dela hilul ficatului, lomboaortici, intrătoracali, adenopatia supraclaviculară — semnalată de Troisier—Virchow —, axilară, inghinală, etc. Tumefierea ganglionară nu e totdeauna de natură neoplazică, ci e foarte des de natură simplă inflamatorie.

Metastazele viscerale se fac pe calea sanghină, astfel pe calea venei Porte ajung celulele neoplazice în ficat. Metastazele hepatice sunt cele mai frecvente (1/3 a cazurilor); peritoneul este frecvent năvălit de celulele canceroase, în aceste cazuri ar fi o veritabilă înșămănțare („Aussaat“) de celule canceroase dând peritonita canceroasă; epiplonul invadat pe cale limfatică; pancreasul, colonul, plămânul, oasele, ovarele sunt organele cu localizare metastatică obișnuită a epiteliomului gastric.

Simptomatologia

Cancerul stomacului are un debut obscur, insidios, insensibil — „eine schleichende Krankheit“ — neprezentând nici un simptom absolut specific în fazele inițiale. Când simptomatologia devine patognomonică majoritatea cazurilor se găsesc în stadii extrem de avansate. Din cele 66 de cazuri ale noastre 37 se găsesc în faze inoperabile, în care ori ce posibilități de salvare sunt excluse, iar 6 bolnavi refuză intervenția — încât în total numărul acestora e de 43, deci o cifră enormă. În statistica făcută asupra cazurilor din primii 10 ani de zile din clinica chirurgicală, se arată că în 49% „deci aproape în jumătate din cazuri

debutul data abea de câteva luni”, iar la deschiderea cavității abdominale s’au constatat leziuni foarte înaintate. Debutul brusc amintit de Schütz, e considerat și de el ca o excepțiune.

În cazurile noastre apariția bolii datează între:

1— 4 săptămâni — 1 caz	6— 8 ani — 1 caz
1— 6 luni — 22 „	8—10 „ — 1 „
6—12 „ — 13 „	14—16 „ — 2 „
1— 2 ani — 14 „	de 18 „ — 1 „
2— 4 „ — 9 „	de 27 „ — 1 „
4— 6 „ — 1 „	

Debutul boalei îl găsim deci în majoritatea cazurilor între 1—6 luni.

Simptomele funcționale digestive deschid tabloul complex al acestei maladii. Fenomenele inițiale sunt turburări dispeptice banale. Bolnavul prezintă fenomene bizare dispeptice, gust amar, fad, limbă saburală, încărcată, umedă sau uscată. Digestia dificilă, lentă, turburată — cu senzație de plenitudine și de tensiune în regiunea epigastrică — o senzație de greutate în stomac; regurgitățile desagrababile completează tabloul și dau bolnavului acel „état de mal” special cu care se prezintă în Clinică.

Inapetența, e unul din primele simptome ale boalei și dacă nu-și găsește o justificare trebuie să bănuim existența unui epiteliom. Anorexia aceasta are un caracter persistent și progresiv; bolnavul acuză o repulsiune electivă pentru anumite alimente, în deosebi pentru carne și grăsimi. Anorexia poate merge până la un desgust complet față de toate alimentele, alteleori poate fi mai moderată și în unele cazuri se poate constata chiar o păstrare a poftei de mâncare. La bolnavii noștri găsim următoarea situație:

Pofta de mâncare:

Păstrată	—	33 cazuri
Diminuată	—	22 „
Abolită	—	8 „
Mărită	—	3 „

Durerea este un simptom aproape constant, se găsește în 92% din cazuri după Brinton; în 138 de cazuri din 157 studiate de către Dl. Doc. Dr. Mitrea în Clinica Chirurgicală clujană. Noi o găsim în 63 din 66 de cazuri. Durerile sunt în general surde,

de intensitate moderată sau alte ori destul de accentuate, în majoritatea cazurilor în legătură cu alimentația. Le găsim astfel repartizate:

Postalimentare 42 cazuri	Nocturne . . 2 cazuri
Continue . . . 8 „	Pe foame . 7 „
Interminente . 1 „	Continue cu accentuarea d. alimentației . 3 „

Nici o durere . . . 3 cazuri

Sediul obișnuit al durerii este în epigastriu (48 bolnavi), în regiunea ombilicală (5 cazuri), în abdomen (2 cazuri), hipocondrul stâng (4 cazuri), hipocondrul drept (1 caz). Durerea este difuză iradiantă în majoritatea cazurilor spre baza toracelui și hipocondrul stâng sau în regiunea interscapulară (Ca al micii curburi). În general durerea e mai accentuată în cancerul localizat pe mica curbură și la nivelul pilorului decât în cel de pe curbura mare. Uneori durerea forțează bolnavul să ia cele mai variate atitudini pentru a o calma, astfel:

Atitudine de cocoș de pușcă . .	18 cazuri
„ în formă de ghem . . .	8 „
„ în decubit dorsal . . .	5 „
„ „ „ ventral . . .	2 „
„ „ „ lateral . . .	2 „
„ diferita . . .	5 „
Nici un fel de atitudine forțată . . .	26 „

Vărsăturile. Acest simptom l-au prezentat 41 bolnavi. Vărsăturile au un caracter spontan (35 cazuri) sau intenționat provocat de bolnav (6 cazuri). Mulți dintre aceștia au prezentat vărsături spontane și provocate. Provocarea se făcea pentru calmarea durerilor. În 36 de cazuri durerile se calmează prin vărsătură.

Vărsăturile sunt pituitare, constituite din mucus și salivă, au un caracter particular numit „apă sau spălătură de cancer“, ca apa ce rezultă din spălarea unei cărni. Vărsăturile alimentare caracteristice mai ales în cancerul orificiilor sunt precoce în cancerul cardiac și tardive în cel piloric. Vărsăturile sunt aproape constante în cancerul stenozant piloric și cardiac și în atrezia generală a stomacului.

Stenoza pilorică malignă dă uneori o stază alimentară accentuată prin dilatarea stomacului, producând astfel vărsături abundente, cu resturi alimentare nedigerate, adeseori fetide, de culoare brună amestecată cu sânge, în această masă alimentară producându-se totodată o serie de fermentațiuni (acid butiric, acetic, etc.), cari îi dau caracterul acid.

Gastroragia se manifestă prin *hematemeză* (15 cazuri) și *melenă* (32 cazuri). Gastroragiile sunt în genere destul de discrete, în cantități mici, repetate-sângele se adaugă la materiile gastrice, se descompune și dă vărsăturilor o culoare caracteristică brună-negricioasă, cu aspectul cafelei („marc de café” — „kaffeesatzähnlich”), sau ciocolatiu. Hematemezele abundente, caracterizate prin eliminare de sânge roșu curat sunt excepții.

Mai frecventă este melenă, caracterizată prin eliminarea sângelui pe cale intestinală; simptom cu importanță diagnostică, foarte mare. Melenă poate apărea în lipsa hematemezei sau alteori o precedează pe aceasta; hemoragiile oculte pot apărea ca primul simptom obiectiv al neoplasmului, atunci când simptomele clinice sunt încă destul de vagi. Poate lipsi melenă mai ales în formele schiroase, cari nu sângerează, ea fiind caracteristică ulceratiunilor.

Turburările intestinale. În 4—5% din cazuri se citează inexistența turburărilor de evacuare ale intestinului; în cazurile noastre 16 n'au prezentat inconveniente de evacuare intestinală. În majoritatea cazurilor survine constipația — 45 din 66 de cazuri) în statistica anterioară a Clinicei erau 74 din 157. Alteori se găsesc alternative de constipație și diaree, cari acompaniază primele simptome dispeptice. Diareea am găsit-o în 5 cazuri. Debacluri diareice se observă uneori în perioadele finale, probabil datorite trecerii în intestin a substanțelor iritante sau a alimentelor insuficient pregătite pentru digestia intestinală. În cazurile când se dezvoltă fistule gastrocolice apar materii alimentare nedigerate în scaun.

Starea generală a bolnavului se alterează foarte repede și este uneori singurul simptom inițial sesizant mai ales în cazurile în care lipsește anorexia. Emacierea e un semn relativ precoce, cu tendință progresivă, persistentă. Bolnavii „slăbesc văzând cu ochii”, își pierd forțele, devin astenici, se cașectizează — este *cașexia canceroasă* datorită în special produselor toxice secretate

de neoplasm și restricției alimentare produse de anorexie și dureri. Acești bolnavi uneori în 2—3 săptămâni devin numii.

Iată situația cazurilor noastre:

3	bolnavi	au pierdut	3 Kgr.
2	"	"	5 "
2	"	"	7 "
1	"	"	9 "
13	"	"	10—15 Kgr.
3	"	"	20 Kgr.
1	"	"	26 "
1	"	"	35 "
29	"	"	fost „mult slăbiți“
11	"	"	starea generală bună

Paralel cu această emaciere accentuată se instalează *anemia* caracteristică datorită intoxicațiunii măduvei osoase. Tegumentele devin palide-ceroase, „jaune-paille“, care se accentuează cu marasmul — e o astenie — anemie.

Simptome obiective. Sunt trei categorii de simptome fizice: tumora, constatările în sucul gastric și examenul radiologic.

Tumora. Este unul din semnele cele mai concludente atunci când există. „Avec le vomissement noir, elle constitue la vraie base du diagnostic“ (Hayem, Lion). Din nenorocire tumora nu e un semn precoce; pentru ca să fie accesibilă palpării, înseamnă că neoplasmul are deja o accentuată dezvoltare. Palparea tumorii agravează prognosticul, posibilitățile operatorii fiind mai reduse, cu toate acestea se știe astăzi că metastazele nu depind de dimensiunile neoplasmului, sunt tumori mici cu metastaze și tumori mari fără metastaze. Tumora este localizată în epigastru sau în hipocondrul stâng, imediat sub rebordul falselor coaste, din 66 cazuri aceasta apare în epigastru în 45 cazuri, în hipocondrul stâng și drept câte 1 caz. Se prezintă cu caractere foarte variate, uneori găsim o simplă rezistență sau împănare a regiunii, alteori se poate palpa tumora de consistență dură, cu suprafața neregulată, de dimensiuni variabile — nucă, pumn sau mai mare — mobilă și fixabilă. Insuflațiunea stomacului evidențiază mai bine tumora, procedeu părăsit astăzi pentru complicațiunile grave, pe cari le poate provoca prin distensiunea părților stomacului.

Examenul radiologic permite uneori recunoașterea cancerului chiar când nu este perceptibil; astăzi explorarea radiologică e considerată ca cel mai bun mijloc pentru confirmarea diagnosticului. Examenul radiologic a fost de 45 de ori pozitiv. În genere stomacul neoplazic — la ecran — apare mai diminuat de volum și e ridicat mai sus decât în mod obișnuit. În punctul atins de neoplazie stomacul nu reține substanța de contrast și pare amputat la acest nivel dând o imagine lacunară. Dacă e mediogastric realizează în aparență un stomac bilocular, la nivelul pilorului și pe curbură dă amputații parțiale, care îi dau aspecte bizare, conturul curburilor poate deveni dințat sau ondulat în urma localizării pe ele. Se mai constată turburări de evacuare gastrică, fie insuficiență pilorică cu evacuare rapidă sau o întârziere de evacuare a conținutului stomacal. Modificările peristaltismului gastric sunt esențiale. În mod normal când substanța de contrast ajunge în stomac iau naștere o serie de contracțiuni, vergeturi cari merg spre pilor. În caz de ulcer toate undele acestea se concentrează la nivelul ulcerului, iar în caz de cancer vergeturile dispar la acest nivel, se pierde ca și când ar contura obstacolul.

Chimismul gastric. Se constată o scădere progresivă și rapidă a HCL liber până la dispariția lui completă, fenomen semnalat întâia oară de von der Velden (1876). Strümpell consideră acest fenomen datorit catarului și atrofiei mucoasei gastrice, pe lângă care mai intervin probabil și alți factori. Aciditatea totală se poate menține normală sau e chiar mărită, mai ales când e stază alimentară, în urma excesului de acizi de fermentație și îndeosebi a acidului lactic. De câteori se găsea altă dată acidul lactic, se susținea existența epiteliomului, astăzi se constată că poate lipsi acest simptom. În cazurile noastre s'a făcut analiza sucului gastric la 19 bolnavi.

Iată rezultatele noastre:

1. *Pe foame.*

<i>HCL liber</i>	<i>Acidit. totală</i>	<i>Acid lactic</i>
zero — 32 cazuri	zero — 2 cazuri	
dela 0-10 — 3 "	0-10 — 9 "	Poz. — 9
" 10-20 — 3 "	10-20 — 7 "	Neg. — 4
" 20-40 — 1 "	20-40 — 9 "	
	peste 40 — 7 "	

2. După dejun de probă.

<i>HCL liber</i>	<i>Acidit. totală</i>	<i>Acid lactic</i>
zero — 25 cazuri	zero — 0 cazuri	
dela 0-10 — 15 "	0-10 — 4 "	
" 10-20 — 3 "	10-20 — 5 "	Poz. — 8
" 20-40 — 6 "	20-40 — 6 "	Neg. — 4
peste 40 — 2 "	peste 40 — 8 "	

Toată simptomatologia clinică e orientată de localizarea epiteliomului.

Cancerul *piloric* se prezintă fie sub forma stenoizantă, — mai frecventă, cu stază alimentară, — cu puternică aciditate de fermentațiune, dilatația stomacului, peristaltism exagerat, dureri tardive postalimentare, sete intensă, vărsăturile aproape constante; mai rar se prezintă sindromul incontinenței pilorice. Pilorul infiltrat e transformat într'un inel rigid care nu se mai poate contracta și stomacul se evacuează repede, alimentele ajung incomplect digerate în intestin și clinic găsim diaree și chiar lienterie.

Cancerul *cardiei* se prezintă cu simptomele caracteristice cancerului esofagian. Se observă fenomene de disfagie, regurgități alimentare și pituitare precoce, turburări de deglutiție și o înaniție rapidă. Acesta este cancerul stenoizant, cu obliterarea orificiului; forma nestenoizantă se confundă cu cancerul corpului. Neoplasmul e situat uneori la extremitatea superioară a micii curburii, numit de L. Bard cancer juxtacardiac sau extracardiac, iar de alții subcardiac, cu dispepsie și dureri accentuate la nivelul apendicelui xifoid.

Cancerul *marei tuberozități* e o raritate, e regiunea mai puțin atinsă de procesul neoplazic și cu simptome mai puțin nete. Tumora fiind situată în afara zonei digestive gastrice, nu este iritată de alimente, așa că mult timp simptomatologia e frustă. Cancerul *curburilor și fețelor* prezintă sindromul comun, descris, al cancerului. În cel al micii curburii durerile sunt uneori foarte vii, profunde dacă neoplasmul interesează și plexul solar.

Forma generalizată — *linita plastică* — descrisă de Brinton are o evoluție lentă, se prezintă cu fenomene dispeptice comune, cu regurgități precoce ca și în stenozele cardioesofagiene, cu senzația de obstacol, datorite diminuării capacității stomacului — semne de intoleranță gastrică. Dacă interesează și orificiile se

adaugă simptome de insuficiență sau refracțiune din partea lor.

Cancerul mai poate evolua cu fenomene *particulare*, cu predominența unui simptom care maschează pe celelalte, se descriu astfel formele dispeptice, gastralgice, formele latente cu simptome puțin marcate, forma anemică, caracterizată printr'o anemie și astenie pronunțată care constituie simptomul principal al boalei. După vârstă se distinge și un cancer juvenil descris de Hayem și Lion.

Ulcero-cancerul. Transformarea canceroasă se manifestă prin modificarea esențială a tabloului simptomatologic al ulcerului cronic. Maladia are 2 perioade: In prima perioadă simptomele sunt ale ulcerului cronic, cu evoluție lungă, cu vărsături acide, hiperclorhidrie, dureri violente postalimentare, hematemeză cu sânge roșu rutilant, etc. Acest aspect inițial se modifică trecând în faza terminală — de cancerizare: apetitul poate dispărea, apare anorexie electivă, dureri prelungite cari nu se mai calmează cu alcaline, hematemeză mai puțin abundentă însă cu caracter de „marc de cafe” — melenă persistentă, emacierea mai rapidă. Aceste simptome pot avea variabilitate după diferitele cazuri.

Complicațiunile

În cursul evoluției epiteliomului gastric pot surveni complicațiuni de ordin local ca aderențe și perforațiuni, apoi complicațiuni datorite generalizării procesului neoplazic și complicațiuni de ordin infecțios.

Metastazele se produc întâiu în grupele ganglionare din imediata apropiere, ganglionii de pe curbura mică și mare, ganglionii retropilorici, subpilorici și mezenterici. Metastazele limfatice într'un stadiu mai înaintat interesează restul sistemului limfatic; altădată se considera ca un semn esențial al cancerului stomacal infiltrațiunea ganglionilor din fosa supraclaviculară stângă, descriși de Virchow și Troisier; aceeaș invaziune metastatică poate interesa toate celelalte grupe ganglionare (cervicale, axilare, inghinale, etc.).

Metastazele în ficat sunt cele mai frecvente invaziuni viscerale. Ficatul devine mare, hipertrofic, de consistență dură neregulată, e dureros și se acompaniază adeseori de icter și ascită. Metastazele pancreatice se prezintă cu dureri în bară, foarte

mari, asociate de turburări funcționale în digestia grăsimilor și icter mecanic prin compresiune. Peritonita canceroasă secundară completează tabloul gastric cu abdomen destins sensibil, cu masse indurative ce se simt la palpare, cu lichid serocitrin sau hemoragic caracteristic. Metastaze pleurale, pleuropulmonare, ovariene, în intestinul subțire, sistemul osos, în canalul rachidian, etc. sunt mai rare.

Infecțiunile. Cancerul gastric este apiretic, la bolnavii foarte emaciați temperatura poate fi chiar subnormală. Există însă cazuri de *cancer febril*, descrise de către Brinton, Achard și Hanot. Bolnavul prezintă o stare febrilă (38—39°), accese febrile, frisoane, sudori profuze ca în malarie. Acest tablou clinic e determinat fie de rezorbția substanțelor necrozate din procesul canceros exulcerat sau se infectează ulceratiunea. Invaziunea germenului infecțios în vecinătate produce perigastritele supurate; la distanță abcesul ficatului, pileflebita, tromboflebite, endocardite, pericardite, pleurezii și septicemii.

Perforația se produce prin exulcerarea peretelui stomacal la nivelul carcinomului. Perforația spontană în cavitatea peritoneală liberă, dând loc unei peritonite secundare acute, este foarte rară — se poate produce, când, pentru stabilirea diagnosticului, se face insuflarea trecându-se peste puterea de rezistență a stomacului canceros. De obicei în urma expansiunii progresive a procesului canceros, stomacul contractă aderențe cu organele vecine, iar perforațiunea neoplazică stabilește comunicațiuni cu intestinul, vezicula biliară, pleura, bronșiile, pericardul, pielea, etc. Mai frecvente sunt fistulele gastrocolice, — creându-se comunicarea între stomac și colonul transvers — ce se manifestă prin lienterie și vărsături de materii stercorale.

Diagnosticul

Debutul lent, insidios, variabilitatea simptomatologică inițială a acestei afecțiuni, îngreunează *diagnosticul pozitiv precoce*. Tabloul descriptiv clasic al epiteliomului gastric este acela al procesului avansat. Când se declanșează simptomatologia în tot complexul ei ne găsim în majoritatea cazurilor în fața unui caz compromis, ori ceeace e important în materie de cancer e de a surprinde maladia în perioadele inițiale atunci când o intervenție poate duce la salvarea situației. Supoziția

existenții unui neoplasm se poate stabili din anamneză și din examenele fizice.

Se va ținea seamă de un bolnav cu turburări dispeptice apărute de regulă în plină sănătate, un bolnav mai în vârstă — existând și excepții, cu un trecut gastric, de câteva săptămâni sau luni, cu hematemeză, vărsături și indeosebi bolnavi cari acuză o slăbire extremă inexplicabilă.

Diagnosticul se va confirma prin examenul fizic — evidențierea tumorii, examenul sucului gastric reacția Gregersen și explorațiunea radiologică.

Diagnosticul diferentia. Dintre *bolile congenitale* cele cari ar putea să intre în această apreciere diferențială ar fi diverticulii duodenali și anomalii ca existența mezenterului primitiv. Mai frecvent intră în considerațiune *gastritele alcoolice și infecțioase*, cari pot prezenta la început aceleași simptome ca și cancerul, astfel pe o gastrită alcoolică sau de altă natură se poate desvolta un cancer când simptomatologia este în continuitate.

Gastrita sifilitică se poate preta la erori de diagnostic, mai ales forma tumorală — pseudoneoplazică. — și care poate să persiste și după tratamentul antisifilitic. „Aceste cazuri foarte adeseori se operează cu diagnosticul de cancer. Altădată un tratament antisifilitic făcut par hasard ori ex iuvantibus modifică diagnosticul de cancer”. (Prof. Dr. I. Hațieganu: Sifilisul visceral medical). Dar acolo unde toate simptomele sunt caracteristice pentru epiteliom, și găsim și reacția Wasserman pozitivă, nu se exclude posibilitatea coexistenței acestor boli — „hibriditatea sifilo-canceroasă”.

Actinomicoza e foarte rară — ea invadează țesuturile vecine și caută să se exteriorizeze.

Tuberculoza gastrică — mai ales forma hipertrofică — e foarte greu de diferențiat de neoplasm. Ne vom orienta după existența proceselor tuberculoase și în alte organe; plămân, articulații etc.

Ulcerul apare mai des la o vârstă ceva mai tânără (20—30 ani); se poate desvolta însă și între 40 și 60 ani, vârsta predilectă a cancerului. În ulcer găsim durerea mai vie și în raport mai strâns cu alimentația. Vărsăturile postalimentare și mai ales cari determină o sedațiune a simptomelor dureroase sunt caracteristice ulcerului, vărsăturile pituitare matinale sunt

frecvente în cancer. Hematemezele mai abundente și rutilante în ulcer față de sângele „marc de café“ din cancer, anorexia selectivă, melena aproape constantă în cancer, conservarea apetitului și hiperclorhidria gastrică, hemoragii oculte inconstante în ulcer. Aceste considerațiuni arată că ulcerul, prin simptomele sale cardinale oferă analogii mari cu cancerul astfel că și diagnosticul diferențial e foarte dificil.

Limfogranulomul se poate localiza la nivelul stomacului, are o evoluție lungă, cu temperatură recurentă.

Corpii străini. Sunt trichobezoarii (producții epidermice), ca părul înghițit care se face ghem în stomac și phytobezoarii (producții vegetale).

Tumorile benigne. (papilomul, adenomul, fibromul, miomul) cari nu dau modificări în sucul gastric, nici emacierea canceroasă, dar cari diagnosticate, ca și cele *maligne* (sarcomul) au aceeaș soartă — intervenția chirurgicală.

Sunt *boli nervoase* — tabesul — și ale *organelor de vecinătate* (ficatul) — care se pot prezenta cu răsunet asupra stomacului.

Diferențierea e dificilă uneori chiar și după deschiderea cavității abdominale când pot veni în considerare cancerul, ulcerul calos, tuberculoza, sifilisul sau alte procese inflamatorii cari fac diagnosticul ezitant.

Evoluția și prognosticul.

Epiteliomul gastric are o evoluție progresivă, persistentă, care duce în toate cazurile la un sfârșit fatal. Durata variază cu localizarea neoplasmului, cele dela orificii au o evoluție mai rapidă, cele din fornix au o durată mai lungă. În genere se admite o evoluție de maximum 1—2 ani, o durată mai lungă (3—4 ani) e excepțională și atunci este vorba de un ulcer care s'a cancerizat. În aceste cazuri simptomele ulcerului se continuă cu cele canceroase cari se suprapun. Vindecări spontane nu există, desnodământul fatal are loc fie prin cașexia și consumpția progresivă sau prin complicațiunile intercurente. E sfârșitul inevitabil al acestei maladii; în consecință prognosticul este absolut infaust.

Tratamentul

Singura resursă terapeutică curativă existentă în această afecțiune este intervenția chirurgicală. Ea constă în îndepărta-

area leziunii, dacă aceasta este accesibilă. Din acest punct de vedere se împart cancerele în operabile — când se va utiliza intervenția radicală extirpând tumora și în cancerे inoperabile — în care invaziunea canceroasă a trecut peste bariera ganglionară perigastrică infiltrând organele vecine — ficat, pancreas — sau organele dela distanță, ovare, plămâni, pleură etc. Constatarea acestui lucru, se face prin *laparatomia explorativă* examinându-se minuțios extensiunea procesului neoplazic în vecinătate. Dacă ne găsim în fața unui caz operabil — laparatomia va fi continuată cu rezecția, în caz contrar ne vom mărgini la o operație paleativă. Atunci când există fenomene de stenoză întinsă se face *jejunostomia*, aducând jejunul la piele ca să se poată alimenta bolnavul. Când cancerul e la nivelul cardiei se face *gastrostomia* sau la pilor, *gastroenterostomia*, care ameliorează inconvenientele bolnavului și îi permit nutriția; sunt procedee paleative, cari pot prelungi viața bolnavului.

Dacă nu se prezintă inconveniente, ca obstacol în trecerea bolului alimentar se închide cavitatea abdominală, renunțându-se la orice operațiune. Chiar și simpla laparatomie explorativă exercită din punct de vedere psihic o influință bună asupra bolnavului.

Înainte de a supune bolnavul la intervenția chirurgicală se face un tratament preoperator, care constă într'un tratament general cu rol de a fortifica organismul ca să poată rezista șocului operator. Având în vedere că bolnavii aceștia sunt foarte slăbiți, susținem în acest scop cordul cu cardiotonice; cu câteva zile înainte de operație se administrează Clorură de Calciu și se antrenează bolnavul ca să facă respirații profunde și nazale pentru a preveni complicațiunile pulmonare. Totodată se face desinfecția nazofaringelui cu antisepticele obișnuite. Se fac examinările tuturor funcțiunilor importante ale organismului, în caz de afecțiuni concomitente se vor trata toate acestea. Supunem bolnavii la un regim lacto-hidric preoperator. Tratamentul local rezidă în spălături de stomac cu apă iodată în concentrație mică, cu scop de desinfecțarea stomacului. Fiecare bolnav în parte prin starea lui generală indică felul tratamentului preoperator ce trebuie să i se aplice.

Anestezia. Anestezia locală sau regională e cea care se utilizează mai frecvent în cazurile de epiteliom gastric. Rachianestezia e mult mai periculoasă decât anestezia regională. Da-

torită faptul că operațiunile gastro-intestinale dau atât de frecvent complicațiuni pulmonare se exclud pe cât mai mult posibil narcozele. Rachianestezia și anestezia generală se rezervă numai în cazuri excepționale.

Din 61 cazuri operate s'a făcut:

Anestezia locală — 41

Rachianestezia — 11

Anestezia generală — 9

1. *Operațiunile paleative* — amintite — cu rol diagnostic sau de ameliorare ce s'au făcut în Clinica Dlui Prof. Iacobovici în cazurile noastre sunt:

Gastro-entero-stomia posterioară — 6 cazuri.

Gastro-entero-stomia anterioară — 3 „

Gastrostomia — 1 „

Laparatomia explorativă — 30 „

Total 40 cazuri.

2. *Operațiunile radicale.* Sunt rezecțiile de stomac a) gastrectomiile parțiale ca pilorectomia (Oper. lui Péan), rezecția pilorului cu o parte din corpul gastric, rezecția mezogastrică, rezecția cardiei, subtotală și b) gastrectomia totală. În genere toate aceste intervenții au 2 părți caracteristice: Rezecția regiunilor interesate și apoi reconstituirea continuității tubului digestiv.

Primii timpi operatori sunt identici în toate procedeele. După deschiderea cavității abdominale prin laparotomie mediană supraombilicală se exteriorizează stomacul detașându-l de eventualele aderențe perigastrice. Se face apoi explorarea minuțioasă a regiunii insistând îndeosebi asupra întinderii leziunilor și metastazelor ganglionare, aderențele cu organele vecine etc. Timpul acesta al operației ne indică dacă este dată posibilitatea operațiunilor radicale și procedeul ce trebuie ales în conduita rezecției.

Se face ligatura pediculilor vasculari și anume — ligatura gastroepiploicelor pe marginea stângă a stomacului, ligatura arterei pilorice și coronara stomachică în ligamentul gastrohepatic. Ligatura pediculilor se face la cel puțin 2—3 cm. de viitoare secțiune gastrică.

Rezecția părților interesate se începe cu duodenul. Se va libera duodenul de stomac printr'o incizie ce trece la o dis-

tanță de 1—4 cm. în țesut sănătos ; de partea gastrică această incizie trebuie să treacă la o distanță de cel puțin 4—5 cm. în țesut sănătos (după Pauchet). Esențialul este de a extirpa cât se poate de mult din stomac pentru a ne priva de o eventuală complicațiune sau mai ales de recidivă. Odată cu tumora se extirpă și pachetele ganglionare accesibile.

După rezecția corpului gastric se trece la refacerea continuității tubului digestiv. Procedeele sunt variate.

Procedeele Péan-Billroth I. Indicațiunea acestui procedeu o găsim numai atunci când procesul malign se găsește în faze incipiente — invaziunea părților stomacali nefiind prea mare, pentru că anastomoza bună între stomac și duoden nu se poate face decât având o cantitate suficientă de țesut pentru a nu se exercita tracțiune asupra firelor. Cancerul cantonat în regiunea pilorică, fără invaziunea extinsă a părțelii gastrice în vecinătate, e cel care se pretează mai mult la acest procedeu. Procedeele Péan-Billroth realizează o anastomoză gastroduodenală termino-terminală.

Procedeele Billroth II. Inconvenientul primordial al procedeelelor Péan-Billroth I. este faptul că nu se pretează la rezecțiile largi, inconvenient pe care Billroth îl înlătură făcând rezecția stomacului — care poate fi largă de astădată — cu închiderea bontului duodenal și gastric, iar continuitatea se realizează printr-o anastomoză latero-laterală între stomac și jejun. După rezecția porțiunii interesate se trece la înfundarea bontului duodenal după procedeele D-lui Prof. Iacobovici, care realizează o înfundare perfectă a bontului. Se închide și orificiul gastric complet, restabilindu-se apoi continuitatea prin o anastomoză între stomac și o ansă jejunală. Această anastomoză e latero-laterală și se face stabilind comunicația cu părțile posterioare al stomacului, după procedeele lui von Hacker — gastroentero-anastomoza transmezocolică posterioară sau se utilizează gastroenterostomia anterioară după Wölfler. Prin acest procedeu deci se face o excludere a duodenului. Inconvenientul acestei operațiuni, după unii autori, este că stenozează gura stomacului.

Procedeele Reichel e o modificare a metodei Billroth II. Se realizează prin această metodă o anastomoză termino-laterală între stomac și jejun, cu utilizarea întregului bont gastric în acest scop. Înfundarea bontului duodenal după procedeele

D-lui Prof. Iacobovici, și secțiunea corpului gastric fiind realizate se face anastomoza totalității bontului gastric cu o ansă jejunală, trecută prin o breșă transmezocolică. Este operațiunea care pe lângă faptul că permite o rezecție largă, exclude și posibilitatea unei stenozări așa cum aceasta a fost descrisă în metoda Billroth II.

Procedeeul Hofmeister-Finsterer este o anastomoză gastro-jejunală termino-laterală, însă fără utilizarea întregului bont gastric așa cum se face aceasta în procedeeul Reichel. În procedeeul Hofmeister-Finsterer se închide partea superioară a stomacului, iar în partea inferioară se realizează continuitatea termino-laterală cu ansa anastomotică jejunală.

Rezecția în doi timpi se utilizează la indivizii cașectizați. În timpul I. se face o gastro-entero-stomie posterioară, iar după remontarea bolnavului se face rezecția gastrică.

În *Rezecția mezo-gastrică* se restabilește continuitatea prin anastomoza termino-terminală a segmentelor gastrice. Prin menținerea cardiei e realizată *Rezecția subtotală*.

Rezecția totală a lui Schlatter, eliminând atât cardia cât și pilorul, este o operațiune extrem de rară. Reconstituirea continuității este prin o anastomoză esofago-duodenală sau mai ales esofago-jejunală.

Frecvența diferitelor procedee operatorii realizate în Clinica D-lui Prof. Iacobovici e astfel repartizată:

Procedeeul Reichel	16
„ Péan	4
„ Hofmeister	1
Total	21

Făcând o reprivire a întregii situații terapeutice în cazurile studiate constatăm:

Laparatomia expl.	30
G. E. P.	4
G. E. P. timp. I.	2
G. E. A.	3
Gastro-stomia	1
Reichel	16
Péan	4
Hofmeister	1
Total	61

Tratamentul postoperator privește plaga — oferindu-se toate condițiile unei bune consolidări a țesuturilor. Apoi pe lângă prevenirea complicațiilor pulmonare etc. se va institui un regim special pentru a obișnui treptat organismul cu noua situație creată prin eliminarea unei importante părți din tractul digestiv.

Rezultatele postoperatorii imediate. Mortalitatea e astfel repartizată:

Laparatomia expl.	— — — — —	1
G. E. A.	— — — — —	1
G. E. P.	— — — — —	2
G. E. P. timp I.	— — — — —	2
Gastro-stomia	— — — — —	1
Reichel	— — — — —	3
Hofmeister	— — — — —	1

In consecință din 40 de cazuri cu intervenție paleativă au sucumbat 7 bolnavi. După 21 intervenții radicale cifra celor sucumbați e de 4 — deci în caz de rezecții moralitatea e de 19,05%. Cifra aceasta în statisticele străine are următorul aspect: Persson 28%, La Anschütz, Konjetzny 28 —41%, Delore 25—40%.

Tabloul sinoptic

al cazurilor de epiteliom gastric trecute prin Clinica Dlui
Prof. Iacobovici dela 1. X. 1930 până la 1. V. 1933.

1. G. I. de 22 de ani, funcționar intră în Clinică în 25—IX 1930. Diagn.: Epiteliom al micii curburii penetrant în ficat, pancreas și peretele abdominal ant. Se face rezecție Reichel în 11—X. Părăsește clinica 27—X 1930. Pe cale de vindecare. C. O. 346; F. O. 1733.

2. G. I. de 46 ani, muncitor. Intră în clinică în 1—X 1930. Diagn.: Epiteliom al antrului piloric. Se face Reichel în 4—X. Părăsește clinica în 30—X. Vindecat. F. O. 1780.

3. I. F. de 55 ani, casnică. Intră în clinică în 14—X 1930. Diagn.: Neoplasm al stom. Se face Lap. explor. în 18—X. Pleacă din clinică în 29—X. Status quo. C. op. 362 b; F. O. 1844.

4. S. I. 34 ani, funcționară. Intră în clinică în 25—X 1930. Diagn.: Neoplasm al curburii mici inoperabil. Se face Lap. expl. Rezecție de epiplon în 29—X. Părăsește clinica în 13—XI a. c.

Revine în 28—XII 1930. Diagn.: Neoplasm al stomacului cu metastaze în ficat. Se face lap. expl. în 30—XII. Părăsește clinica în 14—I 1931. Status quo C. O. I. 373 b; II. 528 B; F. O. 98.

5. T. B. moașă, de 55 ani, intră în clinică în 29—X 1930. Diagn.: Neoplasm al curburii mici. Se face Lap. expl. în 3—XI. Părăsește clinica în 17—XI. Status quo C. O. 385 B; F. O. 1947.

6. F. I. de 47 ani, funcționar. Intră în clinică în 14—XII 1930. Diagn.: Epiteliom mezogastric. Se face rez. subtotală anastomoză Hofmeister în 15—XII. Sucombă în 15—XII. C. O. 500 b; F. O. 59—931.

7. I. M. de 41 ani, plugar. Intră în clinică în 11—XII 1930. Diagn.: Epiteliom al stomacului inoperabil cu metastaze în ficat și pancreas. Se face Lap. expl. în 17—XII. Părăsește clinica în 2—I 1931. Status quo C. O. 503 B; F. O. 53.

8. N. E. de 49 ani, casnică. Intră în clinică în 16—XII 1930. Diagn.: Epiteliom al stomacului, inoperabil. Ascită. Se face Lap. expl. în 19—XII. Părăsește clinica în 8—II 1931. Status quo C. O. 512 B; F. O. 62.

9. C. G. de 51 ani, plugar. Intră în clinică în 5—II 1931. Diagn.: Stenoza complectă a pilorului, ulcerocancer. Bronchopneumonie bilaterală. Miocardită. Enterită. Se face gastropilorectomie, anastomoză Reichel în 6—II. Sucombă în 12—II. C. O. 90 B; F. O. 331.

10. H. I. de 62 ani, plugar. Intră în clinică în 12—II 1931. Diagn.: Cancer al curburii mari penetrând în pancreas și vezica biliară aderent de peretele anterior, inoperabil. Se face Lap. expl. în 16—II transpus la clinica medicală în 24—II. C. O. 114 B; F. O. 374.

11. S. I. de 37 ani, muncitor. Intră în clinică în 17—II 1931. Diagn.: Epiteliom al stomacului inoperabil. Se face Lap. expl. în 19—II. Părăsește clinica în 27—II. Status quo C. O. 107 A; F. O. 405.

12. P. V. de 38 ani, casnică. Intră în clinică în 24—II 1931. Diagn.: Linită plastică neoplazică, inoperabilă. Se face Lap. expl. în 27—II, transpusă la clinica medicală în 24—II. C. O. 148 B; F. O. 444.

13. D. A. de 48 ani, plugar. Intră în clinică în 24—II 1931. Diagn.: Epiteliom al cardiei și micii curburii. Se face gastrostom-

mie Deprage în 2—III. Transpus în clinică medicală. Sucombă în 29—III. C. O. 152 B; F. O. 446.

14. G. E. de 55 ani, casnică. Intră în clinică în 2—III 1931. Diagn.: Epiteliom al stomacului. Se face gastroentero-anastomoză timp I în 9—III. Timp II: Lap. mediană supraombilicală în 9—IV. Părăsește clinica în 9—V. Vindecată. C. O. 176 B + 251 B; F. O. 484.

15. M. N. de 60 ani, plugar. Intră în clinică în 6—III 1931. Diagn.: Epiteliom gastric. Refuză operația. Părăsește clinica în 10—III. Status quo F. O. 504.

16. F. V. de 54 ani, plugar. Intră în clinică în 12—III 1931. Diagn.: Cancer gastric inop. Refuză operația. Părăsește clinica în 14—III. Status quo. F. O. 542.

17. P. C. de 53 ani, plugar. Intră în clinică în 14—III 1931. Diagn.: Neoplasm al stomacului inoperabil. Refuză operația. Părăsește Clinica în 18—III. Status quo. F. O. 551.

18. N. I. de 48 ani, pantofar. Intră în clinică în 25—IV 1931. Diagn.: Epiteliom piloroantral. Se face gastroduodenectomie an. Reichel în 27—IV. Părăsește clinica în 20—V. Vindecat. C. O. 290 B; F. O. 780.

19. I. G. de 34 ani, proprietar de autobuse. Intră în clinică în 27—V 1931. Diagn.: Epiteliom al antrului piloric și al micii curburii. Se face rez. subtotală Reichel în 29—V. Sucombă în 11—VI. C. O. 384 B; F. O. 998.

20. K. I. de 73 ani, muncitor. Intră în clinică în 26—VI 1931. Diagn.: Stenoză pilorică malignă. Refuză operația. Părăsește clinica în 30—VI. Status quo. F. O. 1188.

21. P. A. de 59 ani, casnică. Intră în clinică în 30—VI 1931. Diagn.: Cancer gastric inoperabil. Se face G. E. A. în 6—VII. Sucombă 9—VII. C. O. 484 B; F. O. 1217.

22. A. N. de 51 ani, muzicant. Intră în clinică în 11—VII 1931. Diagn.: Epiteliom al antrului stomacal. Se face G. E. A. în 16—VII. Părăsește clinica în 26—VII. Vindecat. C. O. 512 B; F. O. 1289.

23. S. E. de 55 ani, casnică. Intră în clinică în 24—VIII 1931. Diagn.: Epiteliom gastric inoperabil. Se face Lap. expl. în 26—VIII. Părăsește clinica în 8—IX. Status quo. C. O. 620 B; F. O. 1566.

24. S. M. de 44 ani, funcționar. Intră în clinică în 28—IX

1931. Diagn.: Epiteliom al stomacului inoperabil. Se face Lap. expl. în 1—X. Părăsește clinica în 17—X. Status quo. C. O. 683 B; F. O. 1781.

25. M. T. de 46 ani, casnică. Intră în clinică în 30—IX 1931. Diagn.: Cancer al antrului piloric. Se face gastropilorectomie. an. Reichel în 2—X. Părăsește clinica în 17—X. Vindecată. C. O. 687 A; F. O. 1788.

26. B. A. de 33 ani, casnică. Intră în clinică în 21—X 1931. Diagn.: Epiteliom al pilorului. Se face pilorogastrectomie rez. Péan în 22—X. Părăsește clinica în 10—DII. Vindecată. C. O. 731 B; F. O. 1829.

27. G. V. de 57 ani, pensionar. Intră în clinică în 11—XI 1931. Diagn.: Epiteliom al cardiei inop. Metastaze în ficat peritonită carcinomatoasă. Se face Lap. expl. în 16—XI. Părăsește clinica în 27—XI. Status quo. C. O. 786 B; F. O. 2028.

28. M. M. de 41 ani, casnică. Intră în clinică în 28—XI 1931. Diagn.: Epiteliom medio-gastric și al antrului piloric. Se face pilorogastrectomie. Péan în 1—XII. Părăsește clinica în 14—I 1932. Vindecată. C. O. 826 B; F. O. 28—932.

29. O. O. de 30 ani, plugar. Intră în clinică în 4—XII 1931. Diagn.: Epiteliom al pilorului. Se face rez. Reichel în 9—XII. Părăsește clinica în 21—XII. Vindecat. C. O. 843 B; F. O. 2149.

30. A. A. de 48 ani, casnică. Intră în clinică în 10—XII 1931. Diagn.: Stenoză pilorică malignă. Refuză operația. Părăsește clinica în 11—XII. Status quo. F. O. 2193.

31. M. I. de 33 ani, miner. Intră în clinică în 6—III 1931. Diagn.: Ulcero-cancer al curburii mici și al pilorului penetrant în ficat și vezicula biliară. Se face G. E. P. în 17—IV. Părăsește clinica în 2—V. Vindecat. C. O. 264 B; F. O. 693.

32. N. T. de 62 ani, pensionar. Intră în clinică în 9—II 1932. Diagn.: Cancer gastric inoperabil. Refuză operația. Părăsește clinica în 21—II. Status quo. F. O. 346.

33. S. C. de 55 ani, funcționar. Intră în clinică în 13—III 1932. Diagn.: Epiteliom inop. al stomacului. Metastaze hepatice. Pneumonie. Se face Lap. expl. în 16—III. Sucombă în 23—III. C. O. 167 B; F. O. 520.

34. L. V. de 66 ani, casnică. ntră în clinică în 17—III 1932. Diagn.: Cancer gastric. Se face rez. Péan în 18—III. Părăsește clinica în 3—V. Vindecată. C. O. 164 B; F. O. 543.

35. S. A. de 49 ani, casnică. Intră în clinică în 28—III 1932. Diagn.: Epiteliom inoperabil al stomacului. Se face Lap. expl. în 2—IV. Părăsește clinica în 15—IV. Status quo. C. O. 199 B; F. O. 595.

36. C. A. de 54 ani, casnică. Intră în clinică în 16—V 1932. Diagn.: Uulcero-cancer al micii curburi juxta-cardiac, penetrant în pancreas cu metastaze în ficat. Se face Lap. expl. în 19—V. Părăsește clinica în 13—VI. Vindecată. C. O. 308 B; F. O. 857.

37. M. E. de 44 ani, casnică. Intră în clinică în 24—V 1932. Diagn.: Epiteliom al stomacului cu invadarea colonului transvers. Se face gastro-transversectomie. Timp. I în 25—VI. Sucombă în 28—V. C. O. 325 B; F. O. 896.

38. P. A. de 52 ani, casnică. Intră în clinică în 26—V 1932. Diagn.: Epiteliom al antrului piloric. Se face rez. Péan în 28—V. Părăsește clinica în 10—VII. Vindecată. C. O. 323 A; F. O. 915.

39. C. I. de 46 ani, plugar. Intră în clinică în 23—V 1932. Diagn.: Epiteliom al stomacului inop. Se face Lap. expl. în 27—V. Părăsește clinica în 6—VI. Status quo. C. O. 331 B; F. O. 891.

40. D. C. de 62 ani, pensionar. Intră în clinică în 11—VI 1932. Diagn.: Epiteliom al pilorului extins la pancreas. Se face G. E. P. în 4—VI. Sucombat în 11—VI. C. O. 351 B; F. O. 940.

41. F. I. de 65 ani, preot. Intră în clinică în 6—VI 1932. Diagn.: Epiteliom al cardiei. Se face Lap. expl. în 7—VI. Părăsește clinica în 1—VII. Pe cale de vindecare. C. O. 357 B; F. O. 961.

42. P. C. de 42 ani, casnică. Intră în clinică în 12—VII 1932. Diagn.: Cancer al antrului piloric. Se face rez. subtotală Reichel în 14—VII. Părăsește clinica în 19—IX. Vindecată. C. O. 432 B; F. O. 1139.

43. L. A. de 52 ani, muncitor. Intră în clinică în 13—VII 1932. Diagn.: Epiteliom inoperabil al stomacului. Se face Lap. expl. în 18—VII. Părăsește clinica în 31—VII. Status quo. C. O. 412 B; F. O. 1162.

44. T. I. de 55 ani, cantonier. Intră în clinică în 16—VII 1932. Diagn. Cancer al antrului piloric. Se face piloro-gastroctomie anast. Reichel în 19—VII. Transpus la clinica medicală în 28—VII. Pe cale de vindecare. C. O. 415 A; F. O. 1174.

45. T. I. de 44 ani, muncitor. Intră în clinică în 25—VII

1932. Diagn.: Cancer piloro-antral cu stenoză complectă, tetanie, acidoză. Se face G. E. P. timp I în 26—VII. Sucombă în 29—VII. C. O. 457 B; F. O. 1217.

46. B. P. de 55 ani, muncitor. Intră în clinică în 7—VIII 1932. Diagn.: Hidrocel drept + cancer gastric. Se face I. Winkelmann în 8—VIII. 2. Lap. expl. în 16—VIII. Părăsește clinica în 6—IX. Vindecat. C. O. 484 B. + 501 B; F. O. 1260.

47. I. P. de 38 ani, cantonier. Intră în clinică în 2—IX 1932. Diagn.: Cancer stomacal. Se face rez. Reichel în 5—IX. Părăsește clinica în 17—IX. Vindecat. C. O. 532 B; F. O. 1420.

48. M. L. de 26 ani, tâmplar. Intră în clinică în 5—IX 1932. Diagn.: Epiteliom al corpului gastric și al micii curburi, inoperabil. Se face Lap. expl. în 7—IX. Părăsește clinica în 17—IX. Status quo. C. O. 539 B; F. O. 1432.

49. O. T. de 48 ani, funcționar. Intră în clinică în 10—IX 1932. Diagn.: Cancer al stomacului inop. Se face Lap. expl. în 13—IX. Părăsește clinica în 25—IX. Status quo. C. O. 552 B; F. O. 1470.

50. V. I. de 62 ani, funcționar. Intră în clinică în 2—XI 1932. Diagn.: Epiteliom al antrului piloric și al micii curburi, metastaze în pancreas. Se face Lap. expl. în 7—XI. Părăsește clinica în 17—XI. Status quo. C. O. 718 B; F. O. 1777.

51. M. G. de 68 ani, pensionar. Intră în clinică în 7—XI 1932. Diagn.: Epiteliom piloroantral al stomacului. Se face rez. Reichel în 12—XI. Părăsește clinica vindecat. C. O. 734 B; F. O. 1788.

52. K. E. de 60 ani, comerciant. Intră în clinică în 25—XI 1932. Diagn.: Cancer al antrului piloric penetrant în pancreas. Se face G. E. A. transmezocolică anter. în 28—XI. Părăsește clinica în 14—XII. Ameliorat. C. O. 764 B; F. O. 1885.

53. P. Z. de 47 ani, cantonier. Intră în clinică în 30—XI 1932. Diagn.: Cancer al micii curburi aderent de ficat. Se face rez. Reichel în 5—XII. Părăsește clinica în 29—XII. Vindecat. C. O. 715 A; F. O. 1908.

54. V. V. de 54 ani, rotar. Intră în clinică în 28—V 1932. Diagn.: Epiteliom gastric. Se face rez. subtotală a stomacului în 2—VI. Sucombat în 4—VI. C. O. 347 B; F. O. 924.

55. G. T. de 60 ani, plugar. Intră în clinică în 5—I 1933.

Diagn.: Cancer al pilorului. Se face G. E. P. în 10—I. Sucombat în 11—I. C. O. 18 B; F. O. 128.

56. P. S. de 43 ani, plugar. Intră în clinică cu Diagn.: Cancer gastric perforant. Se face rez. Reichel în 5—II. Părăsește clinica pe cale de vindecare. C. O. 80 B; F. O. 279.

57. M. M. de 42 ani, muncitoare. Intră în clinică în 20—I 1933. Diagn.: Cancer recidivat al stomacului, penetrant în pancreas și mezocolonul transvers după rez. Péan. Se face Lap. expl. în 25—I. Părăsește clinica în 6—II. Vindecată. C. O. 53 B; F. O. 200.

58. S. I. de 44 ani, muncitor. Intră în clinică în 6—II 1933. Diagn.: Epiteliom al stomacului inop. Se face Lap. expl. în 8—II. Părăsește clinica în 21—II. Status quo. C. O. 91 B; F. O. 283.

59. L. P. de 53 ani, plugar. Intră în clinică în 13—II 1933. Diagn.: Epiteliom al micii curburii inop. Bronchopneumonie. Se face Lap. expl. în 15—II. Părăsește clinica în 20—II. Status quo. C. O. 112; F. O. 324.

60. M. S. de 41 ani, servitoare. Intră în clinică în 1—III 1933. Diagn.: Epiteliom al antrului piloric. Se face Piloro-gastrectomie anast. Reichel în 7—III. Părăsește clinica în 24—III. Vindecată. C. O. 189 A; F. O. 658.

61. P. A. de 40 ani, casnică. Intră în clinică în 18—III 1933. Diagn.: Cancer al pilorului penetrant în pancreas. Se face Lap. expl. în 22—III. Părăsește clinica în 31—III. C. O. 182 B; F. O. 520.

62. I. P. de 64 ani, plugar. Intră în clinică în 20—III 1933. Diagn.: Epiteliom al stomacului inoper. Se face Lap. expl. în 24—III. Părăsește clinica în 3—IV. Status quo. C. O. 186 B; F. O. 526.

63. Z. P. de 52 ani, colonel. Intră în clinică în 24—III 1933. Diagn.: Epiteliom al cardiei inoperabil. Se face Lap. expl. în 25—III. Părăsește clinica în 8—IV. Status quo. C. O. 34 B; F. O. 550.

64. V. M. de 47 ani, plugar. Intră în clinică în 29—III 1933. Diagn.: Epiteliom al stomacului inop. Se face Lap. expl. în 4—IV. Părăsește clinica în 15—IV. Status quo. C. O. 209 B; F. O. 586.

65. S. M. de 49 ani, plugar. Intră în clinică în 31—III 1933.

Diagn.: Epiteliom al stomacului. Se face antropilorectomie largă, anast. Reichel în 5—IV. Părăsește clinica ameliorat în 22—IV. C. O. 214 B; F. O. 594.

66. I. I. de 49 ani, plugar. Intră în clinică în 31—III 1933. Diagn.: Epiteliom al stomacului cu invaziunea unghiului hepatic al colonului. Ileus cronic. Se face Lap. expl. în 10—IV. Părăsește clinica în 26—IV. Status quo. C. O. 226 B; F. O. 595.



Concluzii

1. Epiteliomul gastric apare cu predilecție între vârsta de 40—60 ani (47 din 66 cazuri); este mai frecvent la bărbați (69.7%) decât la femei (30.3%); ca ocupațiune majoritatea bolnavilor noștri sunt plugari, urmează apoi muncitorii.

2. In cazurile noastre găsim localizarea cea mai frecventă la nivelul antrului piloric (14 cazuri), mica curbură (12 cazuri) și pilor (11 cazuri).

3. Varietatea histo-patologică mai frecventă este adenocarcinomul.

4. Numai 30% din bolnavii noștri se găsesc în faza operabilă, restul se prezintă în stadiul inoperabil.

5. Operațiuni paliative s'au făcut în 40 cazuri și radicale în 21 cazuri. Majoritatea cazurilor noastre au fost operate după procedeul Reichel. Din 21 bolnavi operați cu metode radicale au sucombat 4, deci o mortalitate de 19.05%.

Văzută și bună de imprimat,

Președintele tezei:

ss. Prof. Dr. I. IACOBOVICI.

Decan:

ss. Prof. Dr. GH. MARTINESCU.

Bibliografie

Prof. Dr. I. Iacoboviči, Conf. Dr. I. Jianu, Doc. Dr. A. Coșăcescu: Cancerul. Raport. Bulet. I. Congres Naț de Chir. Obstetr. Ginec. și Urol. — București, 1925.

G. Hayem et G. Lion: Maladies de l'estomac. — Paris, 1913.

C. A. Ewald: Magengeschwülste. — Berlin, 1910.

V. Pauchet et A. Hirschberg: Cancer d'estomac. — Paris, 1928.

Prof. I. Hațieganu: Sifilisul medical visceral. — Cluj, 1926.

Marcel Labbé et G. Vitry: Pathologie médicale, t. VI. — Paris, 1927.

Karl Sternberg: Der heutige Stand der Lehre von den Geschwüsten. — Wien, 1926.

H. Braus: Anatomie des Menschen. — Berlin, 1924.

A. W. Kupowka: Der Krebs. — Wien, 1932.

Doc. M. Mitrea: Technica rezecțiilor de stomac în epiteliom. Cluj, 1930.

M. Feighel: Les difficultés du Dg précoce du cancer de l'estomac malgré les méthodes modernes d'exploration. — Teză, Strassbourg, 1929.

E. Magrou: Contribution à l'étude des formes histologiques des épithéliomes gastriques. — Teză, Paris, 1929.

A. Babeș: Cancerul. — București, 1927.

Rubin Popa: Considerațiuni statistice asupra cancerului în legătură cu statistica mortalității prin cancer în Cluj. — Rev. Cancerul, Nr. 1, Cluj, 1933.

O. Comșia: Problema etiologiei cancerului. — Rev. Cancerul, Nr. 1, Cluj, 1933.

P. Ticușan: Rezecția de Stomac. — Teză, Cluj, 1927.

Finsterer: Zur Prognose der Magenresection wegen Karzinom. — Wiener klinische Wochenschrift, Nr. 35—36, 1929.

A. Strumpell: Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten, Leipzig, 1920.