

UNIVERSITATEA REGELE FERDINAND I. DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

No. 808

DUODENO-JEJUNOSTOMIA

(INDICAȚII, TEHNICĂ ȘI REZULTAT)

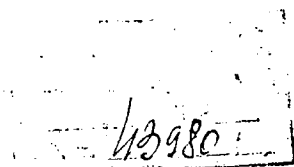
TEZĂ
PENTRU
DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 5 IULIE 1934



DE

EMANUIL POPA



23 MAY 2005

CLUJ

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
STRADA MEMORANDULUI 22

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan: Domnul Prof. Dr. GH. MARTINESCU.

Profesori :

Clinica stomatologică (agr.)	Prof. Dr.	<i>Aleman I.</i>
Istoria medicinei (agr.)	" "	<i>Bologa V.</i>
Bacteriologie	" "	<i>Baroni V.</i>
Patologia generală și experimentală	" "	<i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	supl.	<i>Doctor R.</i>
Istologia și embriologia umană	Prof. Dr.	<i>Drăgoiu I.</i>
Clinica infantilă	" "	<i>Gane T.</i>
" ginecologică și obstetricală	" "	<i>Grigoriu Cr.</i>
Semiologie medicală	" "	<i>Goia I.</i>
Clinica medicală	" "	<i>Hațieganu I.</i>
Clinica chirurgicală	}	"
Medicina operatoare		
Medicina legală	" "	<i>Pop A.</i>
Farmacologia și farmacognozia	" "	<i>Kernbach M.</i>
Clinica oftalmologică	" "	<i>Martinescu Gh.</i>
" neurologică	" "	<i>Michail D.</i>
Igienă și igienă socială	" "	<i>Minea I.</i>
Radiologia medicală	" "	<i>Moldovan I.</i>
Farmacia chimică și galenică	" "	<i>Negru D.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	" "	<i>Pamfil Gh.</i>
Fiziologia umană (agr.)	" "	<i>Papilian V.</i>
Balneologie	" "	<i>Popoviciu Gh.</i>
Clinica dermato-venerică	" "	<i>Sturza M.</i>
" urologică	" "	<i>Tătaru G.</i>
Chimia biologică	" "	<i>Țeposu E.</i>
Clinica psihiatrică	" "	<i>Thomas P.</i>
Anatomia patologică	" "	<i>Urechia C.</i>
	" "	<i>Vasilii T.</i>

JURIUL DE PROMOȚIUNE

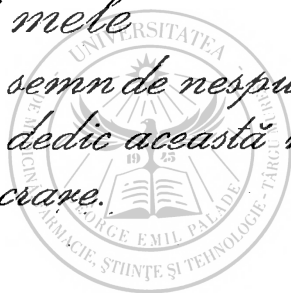
Președinte: Domnul Prof. Dr. *A. Pop*

Membrii: Domnul Prof. Dr. *I. Goia*
 " " " *D. Negru*
 " " " *C. Grigoriu*
 " " " *E. Țeposu*

Supleant: Domnul Doc. Dr. *T. Popoviciu*

*Memoriei tatălui și surorilor mele
picioasă amintire.*

*Mamei mele
în semn de nespūsă dragoste
ii dedic această modestă
lucrare.*



Știința este o călătorie în timp
și o căutare a adevărului.
Căutăm să înțelegem
ce înseamnă să fim om și
de ce trebuie să fim om.

Dlui Prof. Dr. A. Pop

*pentru onoarea ce-mi face de a primi
presidenția tezei mele, respect și recu-
noștință.*

Dlui Dr. Gh. Iamandi,

*pentru ajutorul dat în alcătuirea acestei lucrări
respectuoase mulțumiri.*

Onoratului Juriu de Promoție
omagii respectuoase.

Colegilor și prietenilor

nedespărțiți HOREA, VALER
și TIBERIU cu cari am petrecut
cele mai fericite momente, le voi păstra
cea mai scumpă amintire.

Introducere

Odată cu progresele explorațiunii radiologice s'a evidențiat o afecțiune care din punct de vedere anatomo patologic era cunoscută deja de multă vreme — staza duodenală — a cărei tratament chirurgical constituie subiectul lucrării de față.

Staza duodenală, prin efectele nocive ce le produce asupra stomacului, căilor biliare și pancreasului, face ca acest sindrom să aibă importanță practică considerabilă.

Din cauza că această afecțiune se confundă ușor cu ulcerul gastric, stenoza pilorică, ulcerul duodenal, cholecistita, bolnavii sunt supuși la diferite tratamente medicamentoase și regimuri alimentare, fără să-și găsească nici-o ameliorare, sau sunt considerați neurastenici. Singur examenul radiologic, bine făcut poate duce la stabilirea diagnosticului.

Staza duodenală obvine în regulă generală la bolnavi cu trecut gastric lung, poate apare însă și în legătură cu boale acute cum este de ex. staza duodenală în icterul cataral, descrisă de Prof. Hațieganu și Dr. Hăngănuț. Noi ne vom ocupa însă numai de staza duodenală cronică și ireductibilă pe cale medicamentoasă și care deci necesită o intervenție chirurgicală, care are de sop ca pe cale derivativă — prin duodeno-jejunostomie — să creeze o nouă cale de evacuare a duodenului.

De asemenea nu ne vom ocupa de staza duodenală care nu prezintă nici un simptom clinic și care nu prezintă o problemă de ordin terapeutic, rămânând totuși o importanță chestiune de ordin fiziopatologic.

Staza duodenală cronică

Din cazurile studiate de Clinica Chirurgicală din Cluj Prof. **Iacobovici** și Dr **Iamandi**, și din raportul lui **Faut**, prezentat la societatea de Gastro-enterologie din Belgia, se poate descrie (Faut) un sindrom duodenal pur constituit din: o senzație de plenitudine, balonare, greutate în epigastru, uneori crampe dureroase în epigastru cari corespund contracțiunilor spasmodice ale duodenului. Toată criza se termină prin evacuarea duodenului fie prin vărsături bilioase sau prin diarei, după cum se evacuează în stomac sau în jejun.

Beule și De Vadder găesc că boala se manifestă cu predilecție la femei, din 30 cazuri au avut 17 femei și 13 bărbați. Statistica cliniceii chirurgicale din Cluj însă pe un număr de 11 bolnavi arată 10 bărbați și o femeie.

Simptomatologie

Sindromul duodenal descris de Faut nu se găsește totdeauna pur și mai ales complet. În majoritatea cazurilor predomină **durerea** care e localizată în epigastru și iradiază dealungul falselor coaste în hipocondrul drept. Durerea din epigastru survine totdeauna post alimentar, mai frecvent la 2—3 ore și mai rar între 1—2 ore și 3—4 ore după ingerarea alimentelor.

Sunt cazuri, în care durerea e surdă și neprecizată, atât ca durată cât și ca intensitate.

Durerea e întovărășită de un alt simptom principal al acestei afecțiuni; **senzația de plenitudine**, care apare tot post alimentar. Faut susține că ea este produsă de distensiunea duodenului care este supra umplut cu alimente din cauza stazei.

Ca o urmare a tensiunii epigastrice se produc vărsături cari sunt spontane și zgomotoase. Conținutul vărsăturilor este la început alimentar, apoi devine bilios și sfârșește prin a se elimina, uneori, chiar bilă pură.

Autorii americani nu atribuie vărsăturilor o impor-

tanță prea mare din cauza frecvenței cu care se întâlnesc în afecțiunile aparatului gastro-duodenal.

Alt simptom care duce adeseori în eroare pe medicii puțin cunoscători ai stazei duodenale, este **foamea dureroasă**, întâlnită de noi în două cazuri (Dr. Iamandi) — și în genere atunci se confundă cu ulcerul duodenal.

Crizele dureroase sunt variate ca intensitate și durată. La începutul boalei sunt dureri mai slabe, de scurtă durată, 1—2 ore, cu perioade de acalmie lungi. Cu cât înaintează boala, durerile sunt mai intense și de durată mai lungă iar perioadele de acalmie se scurtează și sfârșesc prin a dispărea cu totul.

În timpul crizelor dureroase se întâlnesc și alte fenomene ca: dureri de cap; diaree post alimentare; fenomene de tetanie, accese histeriforme sau accese de epilepsie. Ca o urmare a stării de intoxicație generală și a hipoalimentației se observă o slăbire generală a bolnavilor, care uneori poate să meargă până la pierderi de 20—30 kgr. din greutate.

La examenul local de regulă nu găsim nimic deosebit, afară de durerea din epigastm. Americanii atribuie o importanță mare dispariției durerii în această genupectorală forțată. Se pare că dispariția durerii în această poziție e patognomonică pentru cazurile în care staza duodenală este cauzată prin pînșă vasculară produsă de arcul mezenteric și aortă.

În poziția genu-pectorală, compasul vascular se deschide și duodenul nu mai e stenoizat.

Examenul sucului gastric ne arată de cele mai multe ori o hiperaciditate și lipsa constantă a acidului lactic. R. W. nu prezintă importanță decât în cazul ipotetic de stenoză printr'o gomă sifilitică.

Reacția Gregersen poate fi pozitivă în urma hemoragiilor oculte din cauza congestiei mucoasei duodenale.

Faut distinge mai multe forme după predominanța unui sau altui grup de fenomene. Astfel: a) forma colică dreaptă; b) forma tipului ulceral; c) forma pseudo-biliarică; d) forma apendiculară și utero-anexială; e) starea tipului nevropatic și după Delbet și de Vadder s'ar mai întâlni și o formă pancreatică sau celiacă.

După școala din București (clinica I. chirurgicală) avem următoarele forme:

1. **Forma duodeno-gastrică**, caracterizată prin dureri postalimentare, legate de dificultatea transitului duodenal. Aceste dureri n'au caracterul hotărât din ulcerul gastric sau duodenal, ci mai mult o stare de rău în epigastru și nu sunt calmate de medicamente ca alcalinele și bismutul.

Aceste dureri sunt calmate de poziția genu-pectorală (Schnitzler), decubit dorsal cu picioarele mai sus decât capul sau prin așa numita presiune paradoxă descrisă de Haye; apăsând peretele abdominal daesupra ombilicului și căutând să ridicăm ansa intestinală în sus se deschide unghiul duodeno jejunal și se ușurează tranzitul duodenal.

În această formă sunt foarte frecvente vărsăturile.

2. **Forma hepato-vesiculară** descrisă de Edmond Terris și în care celula hepatică este alterată din cauza stazei duodenale cronice. Mai frecvent sunt însă manifestările dureroase veziculare, forme numite pseudo-litiazice.

3. **Forma colo-apendiculară**. În această formă simptomatologia gastro-dudenală cade pe al doilea plan. Tabloul simptomatologic e dominat de o constipație rebelă, care alternează uneori cu diaree. Din cauza stazei se produce o îngreunare a cecului și durerile din fosa iliacă dreaptă fac ca acești bolnavi să fie considerați ca apendiculari.

4. **Forma pancreatică sau celialgică**. Această formă a fost descrisă de De Vadder și e caracterizată prin crize intermitente de dureri în epigastru cu apariție bruscă și cu intensitate mare. Durerile iradiind de-alungul falselor coaste, mai ales în hipocondrul stâng și în spate.

Bolnavii sunt prinși de accese de lipotimie cu paloare și dureri ce pot merge până la sincopă.

Siedel și Brocq au arătat posibilitatea intervenției stazei duodenale în mecanismul pancreatitei acute hemoragice.

La toate formele clinice amintite să mai adăugăm fenomenele de autointoxicație din cursul retențiunilor duodenale. Fenomenele consecutive sunt cele amintite mai

sus: tetanie, histerie, epilepsie, stări neurastenice, migrene, nevralgii etc.

Că toată multiplicitatea fenomenelor diagnosticul sigur se pune după examenul radiologic.

Semnele radiologice

1. **Intârzierea tranzitului duodenal.** În mod normal bismutul stă în bulb 6"—8", iar întreg duodenul este traversat în 8"—10". Traversarea duodenului se face în parcele rău delimitate. Umplerea durabilă și anormală, cu delimitarea netă a conturilor duodenului este un semn important de stenoză observat încă de Holznecht.

Assman și Becker citează un caz cu stază de 20 ore în duoden.

2. **Contrațiunile duodenului** se manifestă printr'un peristaltism exagerat descris de Holznecht, iar mai târziu Handeh (1912) descriu unde antiperistaltice cu refluxul masei de bariu, spre pilor. Aceste mișcări de dute, vino, dau un aspect de răscolire a masei duodenale observat și în cazurile noastre de către Dl Dr. Hângănuț și duc la concluzia unui obstacol în evacuarea duodenului, fie printr'o periduodenită fie printr'o pensă vasculară sau alte mecanisme.

3. **Aspectul duodenului** este variat după cum obstacolul în evacuare este mai sus sau mai jos. Radiologia evidențiază porțiunile dilatate ale duodenului iar prin urmărirea conturului duodenal dă indicațiuni asupra existenței proceselor de periduodenită sau ulceratii ale duodenului, simultane cu stenoza.

Tot prin examenul radiologic se apreciază mobilitatea duodenului care poate fi totală sau parțială și se raportează la stomac sau coloana vertebrală.

Examenul se face prin radioscopie sau prin radiografii în serie.

Nu trebuie neglijate nici organele de vecinătate, căci starea lor ne poate da indicii asupra etiologiei boalei.

Un examen clinic și mai ales radiologic bine făcut,

scutește chirurgul de surprize la deschiderea abdomenului și face posibilă aplicarea unei terapeutice chirurgicale raționale și eficiente.

Etiologia și patogenia stazei duodenale

Beule face următoarea clasificare:

I. stază prin obstacole mecanice; II. stază prin paralizie duodenală sub influența proceselor inflamatorii (ileus duodenal); III. stază prin dezechilibrul inervației duodenale.

1. **Staza prin obstacole mecanice** poate fi cauzată de obstacole intrinseci și obstacole extrinseci.

a) **Obstacole intrinsece** sunt datorite fie malformațiilor congenitale ca: atresia duodenului; anomalii de poziție sau o mobilitate anormală, — fie că sunt datorite leziunilor dobândite ca cicatrici retractile în urma proceselor ulcerative ale duodenului. — Mai pot fi datorite apoi diferitelor tumori benigne și maligne dezvoltate la acest nivel.

b) **Obstacole extrinseci** sunt iarăși congenitale și dobândite.

Congenitale pot fi membrane sau bride fibroase puternice cari comprimă duodenul. Au fost descrise de Duval. Un astfel de caz a fost observat în serviciul Clinicii Chirurgicale din Cluj, unde o bridă puternică hepato-duodenală comprimă duodenul, iar după secționarea ei toate fenomenele au dispărut.

Mai frecvente sunt stenozele produse prin leziuni răstigate. Cea mai frecventă afecțiune e periduodenita, care producând aderențe puternice, duce la o stenoză puternică și pe o întindere mare a duodenului.

Duval a arătat că porțiunea treia a duodenului este prinsă într-o pensă arterială formată de aortă înapoi și vasele mezenterice superioare înainte. Glénard susține că această strâmtare a duodenului e fiziologică pentru că alimentele să se amestece cu bila.

În cazuri de visceroptoză, vasele mezenterice se în-

tind și comprimă în mod patologic duodenul producând o stază puternică a tranzitului duodenal.

II. Stază prin paralizie duodenală sub influența unui proces inflamator. Procesul patologic poate fi și aici intrinsec cât și extrinsec.

Intrinsec avem procesele inflamatorii intra-duodenale cum este duodenita esențială care survine mai ales sub forma „gastro-piloro-duodenita“, adică prin zând în inflamație și antrul piloric și pilorul numit de americani „red stomach“.

Procesele extrinseci cari pot da paralizie duodenală, sunt pe primul plan colecistita care mai totdeauna produce și periduodenită pe cale limfatică și mai rare ori procesele pancreatice.

Profesorul Hațieganu atribuie o deosebită importanță proceselor inflamatorii ce evoluează la distanță în cavitatea abdominală, ca: Apendicita, entero-colita inflamatorie, leziunile inflamatorii utero-adnexiale, cari toate pot da adeseori semnele stenozei duodenale, manifestate prin vărsături biliare, dureri de cap, stare de intoxicație etc., cari Dsa le explica printr-o reacțiune a sistemului limfatic.

Descomps și Turnescu într'un studiu deosebit de interesant au dovedit existența unui „**compas limfatic**“ care ar avea un rol așa de important în patogenia stazei duodenale ca și „**compasul arterial**“ după Beule.

III. Staza prin dezechilibrul inervației duodenale.

Trebuie admisă în acele cazuri în cari găsim contracțiuni spasmodice sau dilatațiuni ale duodenului și unde nu găsim nimic inflamator nici local și nici la distanță care să explice stenoza duodenală.

După Beule ar fi: a) **contractură spastică** ca efect al unei vagatonii cu hipersecreție și b) **atonie esențială** consecința unei simpaticotonii. Astfel au fost semnalate de Kostlivy câteva cazuri de dilatațiuni duodenale fără nici un factor stenozant și pe cari le explică prin dezechilibrul sistemului simpatico-parasimpatic.

În tot cazul chestiunea nu-i complet elucidată și rămâne ca observațiuni ulterioare să clarifice această chestiune delicată.

Anatomia patologică

Tabloul anatomo-patologic variază după forma clinică.

În cazurile noastre a fost următorul: Leziuni cu caracter inflamator cari prind în aderențe și unesc ficatul, vezicula biliară de duoden. În câteva cazuri era prins și mezocolonul și colonul transvers.

După desfacerea acestor aderențe care uneori merge destul de dificil, apare duodenul distins ca un al doilea stomac. În cazurile de stenoză duodenală (prin compresiunea, prin arcul mezenteric, porțiunea a treia a duodenumului până la nivelul unde această porțiune este încrucișată de artera mezenterică superioară o găsim dilatată iar porțiunea care urmează după pediculul vascular este stenozată.

S'au găsit grupuri ganglionare cari comprimau duodenul, în patru cazuri din observațiunile noastre. La examenul histo-patologic făcut din ganglion la Institutul de Anatomie-Patologică într'un caz s'a găsit o hiperplazie cu caracter inflamator nespecific iar în două cazuri hiperplazie de natură tuberculoasă, iar într'un caz ne lipsește examenul histo-patologic.

Pancreasul de-asemena poate prezenta leziuni de pancreatită cronică.

Tratamentul chirurgical al stazei duodenale

Intotdeauna bolnavii suferinzi de stază duodenală ajung la Clinica Chirurgicală după ce au fost supuși unui tratament medical de lungă durată. Acest tratament, în linii generale, are două indicațiuni: **repaus** după mâncare, în poziție orizontală, dorsală sau ventrală și **spălături duodenale** pe nemâncate.

Aceste spălături se fac dând bolnavului să ingereze 10—15 gr. sulfat de magneziu dizolvat în 50—100 grame de apă caldă. Sulfatul de magneziu prin descărcarea căilor biliare produce mișcări peristaltice vii ale duodenu-

lui, ajutând astfel la evacuarea conținutului duodenal care stagnează.

Cei mai mulți bolnavi cu tot tratamentul medical nu pot beneficia decât în urma unei intervențiuni chirurgicale.

În decursul anilor s'au propus mai multe operații, variînd în raport cu cauza stazei duodenale. Astfel Kellogg în revista *Annales of Surgery* din 1923 descrie un număr de 16 operațiuni.

Astfel: a) **Operațiuni de suprimare a obstacolului.**

Secțiunea sau ridicarea bridelor.

Secțiunea simplă.

Secțiunea cu peritonizare (Foerster).

Secțiunea cu epiploplastie (Oppel și Duval).

Secțiunea ligamentului lui Treitz (Haberer). Secționarea și reconstrucția duodenului înaintea pedicolului mezenteric.

b) **Operațiuni de suspensie.**

Gastropexie, jejunopexie, caeco-colopexie și duodenopexie.

c) **Operațiuni de excludere:**

În cazurile când staza duodenală este cauzată de un proces inflamator la distanță (apendicită, afecțiuni utero-adnexiale, etc.), după excluderea focarului inflamator dispare staza duodenală.

d) **Operațiuni derivative:**

Gastro-enterostomia, duodeno-duodenostomia (Widerke), duodeno-jejunostomia (Barkes-Štavely), gastro-piloro-duodeno-jejunostomia (Delbet 1927).

e) **Rezecțiuni:**

Gastro-pilorectomia, gastro-piloro-duodenectomia, colectomia dreaptă.

Din cauza complexității factorilor patogenici și ignorarea etiologiei stazelor duodenale aceste combinațiuni mai mult sau mai puțin ingenioase și raționale s'ar putea înmulți la infinit.

Din cauză că operațiunea care pare să dea cele mai bune rezultate în staza duodenală (în afară de unele cazuri speciale, stază produsă prin bride evidente), este duodeno-jejunostomia, ne vom ocupa în special cu această operațiune.

Duodeno jejunostomia

A fost preconizată pentru prima oară în anul 1900 de Petit. Ea consistă în anastomozarea primei anse jejunale cu a doua sau a treia porțiune a duodenului și poate fi de două feluri: **supramezocolică** și **submezocolică**.

În Clinica Chirurgicală din Cluj această operațiune s'a practicat în 4 cazuri cu rezultat imediat și tardiv foarte bun. Kellogg, Haberere, Beule au practicat-o în 80 cazuri, cu rezultate excelente atât momentane cât și tardive.

Indicațiuni speciale ale duodeno-jejunostomiei

Duodeno-jejunostomia este dictată de condițiunile anatomo-patologice, bănuite prin examenul clinic și radiologic și verificate prin laparatomie. Ea are de scop de a ușura tranzitul duodenal, deranjat prin unul din procesele anatomo-patologice mai sus amintite.

Duodeno-jejunostomia poate fi aplicată în terapia chirurgicală sub trei forme și anume:

a) **Duodeno-jejunostomia simplă** care se aplică în cazuri de 1. Anomalii de poziție și mobilitate anormală a duodenului, deformațiuni supra-mezocolice în „M“ ale duodenului (Jean Quenu) mega duoden congenital, cari toate sunt malformațiuni congenitale ale duodenului.

2. În stenoze prin tumori inextirpabile fie a duodenului, fie de vecinătate.

3. În stenoze prin bride de periduodenită sub mezocolică.

4. În stenoze prin compresiunea pedicolului mezenteric, indiferent că ea e produsă de arcul arterio mezenteric, de colica medie sau de lanțul ganglionar hipertrofiat, aceste cazuri constituie cea mai tipică și formală indicație de duodeno-jejunostomie.

De altfel prima duodeno-jejunostomie executată de Stavely, 1908 a fost executată într'un asemenea caz, iar

de atunci numărul mare de intervențiuni de acest gen făcut cu succes de diferiți chirurghi ca: Duval, Haberer, Kellog, Beule, Hartmann, etc. dovedesc, în mod incontestabil utilitatea reală și rezultatele excelente date de această intervențiune.

b) **Duodeno-jejunostomia asociată**, se aplică: după secționarea bridelor în cazurile că pe lângă o periduodenită se constată și o comprimare a duodenului prin arcul mezenteric.

În retracția ligamentului lui Treitz, (Dambriu și Kümmer).

Colopexia și duodeno-jejunostomia, a fost propusă de Duval și Gregoire în cazurile de compresiune duodenală prin colica medie cu o ptoză foarte pronunțată a colonului drept.

Dezavantagiul acestei intervențiuni este, că necesită două intervențiuni, fapt foarte dezagreabil pentru acești bolnavi, cari de multe ori ajung la noi mult slăbiți și intoxicați.

Kellog care a făcut prima operație de acest gen face operația în doi timpi făcând duodeno-jejunostomia și dacă constată că este necesar intervine în al doilea timp și fixează colonul. Rezultatele publicate de Kellog sunt din cele mai strălucite.

Duodeno-jejunostomia se asociază cu rezecție gastrică în cazuri de ulcere și ulcero-cancere gastro-duodenale când acestea sunt asociate cu o dilatație duodenală.

Duodeno-jejunostomie și gastro-enterostomie se face la recomandarea lui Kellog în ulcere gastrice cu dilatație duodenală. Rezultatele obținute de Duval Basset, Barling etc., sunt bune întru cât această dublă derivație a chimului gastric și a sucului duodenal duc la o refacere și o desintoxicare completă a bolnavului.

c) **Duodeno-jejunostomia secundară**, când pentru ușurarea trazitului duodenal se fac diferite intervenții ca: colopexie, gastro-enteroanastomoză, simple secționări de bride, gastro-enterostomie, apendicectomie, anexectomie și rezultatul dorit nu se obține, bolnavul suferind mai departe din cauza stazei duodenale, atunci se recomandă să se asocieze primei operațiuni o a doua opera-

șune care va consta în duodeno-jejunostomie, numită din această cauză duodeno-jejunostomie secundară.

Duodeno-jejunostomia secundară poate avea o indicație de complectare a primei operațiuni, din cauză că după prima operațiune nu s'a obținut nici un rezultat, sau o indicație urgentă din cauză că după prima operațiune fenomenele de stază duodenală se pot agrava fie imediat sau mai tardiv. În acest caz duodeno-jejunostomia este indicată ca o operație de necesitate.

Pregătirea preoperatorie

Înainte de a trece la descrierea operației propriu zise este necesar să stăruim asupra pregătirii preoperatorii a bolnavului, dat fiind că rezultatul bun al operației depinde în mare parte de felul cum această pregătire a fost făcută.

Astfel supunem cordul și plămânul la un examen minuțios, întrebuițând apoi toate mijloacele terapeutice pentru prevenirea complicațiilor post operatorii din partea acestor organe. După Birscher insuficiența cardiacă compensată nu constituie o contraindicație pentru operație. Ținem însă bolnavii în repaus patru-cinci zile administrându-le o cură de digitală. Tot în acest scop se poate întrebuița ori care din preparatele de digitală-obaie ce se găsesc în terapeutică.

Pentru prevenirea complicațiilor pulmonare, administrăm calciu, fie calciu clorat 10% per os, astfel ca bolnavii să îngereze în 4—5 zile înainte de operație 20—30 gr. calciu, sau injectăm intravenos calciu clorat 10% steril, 4—5 injecțiuni la intervale de 48 ore. În cazuri de bronșite cronice vom asocia acestui tratament și o poziție de infuzie îneca 0.50/180.

Un deosebit interes trebuie să dăm desinfecției cavității bucale.

În toate cazurile vom face examenul urinei, din care ne interesează albumina și hematiile.

Profesorul Iacobovici recomandă alcalinizarea bolna-

vior dându-le cantități mari de lichide, supunându-i la un regim fără grăsime și carne administrându-le în acelaș timp bicarbonat de sodiu.

Examenul sângelui se face în toate cazurile, putându-ne orienta uneori asupra patogenii tulburărilor. In cazuri de anemii grave se face și dozarea hemoglobinei și Sahli recomandă ca operațiunea să nu fie făcută unde hemoglobina este sub 35%. In aceste cazuri se recomandă transfuzia.

Stagnarea materiilor fecale în intestin constituie o piedecă în executarea operației în condițiuni bune pentru accia se recomandă evacuarea intestinului printr'o clismă care se face cu 24 ore înainte de operație. Nu se recomandă purgativele per os din cauza că măresc pareza intestinală produsă de laparatomie producând în acelaș timp o deshidratare a bolnavului.

Evacuarea stomacului are iarăși o mare importanță facilitând mult actul operator. Se face prin spălături stomacale cu ajutorul sondei lui Faucher. Se fac două spălături, una în seara zilei premergătoare operației și alta cu 1 oră înainte de operație. E bine a se adăuga apei călduțe cu care se face spălătura puțină tinctură de iod, pentru a obține o acțiune ușor desinfectantă.

Technica Duodeno-jejunostomiei

Duodeno-jejunostomia se face între prima ansă a jejunului, cât mai aproape de unghiul duodeno-jejunal și porțiunea a doua sau a treia a duodenului, cât mai aproape de obstacol. S'a recomandat de către Vadder ca gura anastomotică să fie făcută în condițiuni bune, fără ca să se țină cont de punctul cel mai decliv al dilatațiunii. Intrucât însă acest procedeu nu și-a făcut dovada eficacității sale este bine a stabili gura anastomotică în punctul cel mai decliv al stazei procedând la o anastomoză sub mesocolică sau supra-mesocolică după împrejurări.

Incizia va fi întotdeauna mediană supra ombilicală, ea deschizând un drum destul de larg pentru oricare din cazurile speciale ce le vom studia mai jos.

1. Duodeno-jejunostomia sub mesocolică la dreapta mezenterului.

După deschiderea abdomenului, se trage în sus și spre dreapta colonul transvers și marele epiplon, iar prima ansă jejunală în jos în spre stânga. În felul acesta se descoperă porțiunea din duoden care e cuprinsă între mezenterica superioară și colica medie.

Facem o butonieră mare în peritoneul care ascunde prima porțiune a duodenului, abordăm astfel porțiunea a treia și o bună parte din porțiune a doua. Unii autori fac în același timp, o mobilizare parțială prin decolare duodeno-pancreatică la nivelul fosciei lui Treitz (Hartman, Boppe), — alți autori însă (Gregoire și Duval) socot că mobilizarea duodenului nu este indispensabilă. În continuare se face o anastomoză latero-laterală în izoperistaltism. Gura anastomozei trebuie să aibă în general trei centimetri, apoi se fixează în vecinătatea anastomozei marginile breșei făcută în peritoneul ce învelește duodenul.

Când colonul este ptozat, deci, când unghiul dintre mezenter și mezocolon se micșorează mult, Duval face o anastomoză în Y. Se secționează jejunul, capătul distal este atașat la duoden printr-o anastomoză termino-laterală, care ocupă un loc mult mai mic, iar cu capătul proximal se face o anastomoză de asemenea termino-laterală cu ansa distală. După Boppe această posibilitate este rară căci volumul duodenului sub mesocolic, la dreapta mezenterului, nu depinde numai de unghiul dintre cele două mezouri, ci și de forma duodenului, care poate fi în V când porțiunea dintre mezocolon și mezenter va avea dimensiuni mici, sau în U când va avea dimensiuni mai mari. Dacă această porțiune din duoden nu este suficientă se recurge la duodeno-jejunostomia supra mezocolică.

2. Duodeno-jejunostomia sub mezocolică la stânga mezenterului.

Când obstacolul se găsește la nivelul unghiului duodeno-jejunal se practică duodeno-jejunostomia sub mesocolică la stânga mezenterului. După unii autori (Hartman, Abadie, Boppe, Kellog, etc.) se mobilizează a patra porțiune a duodenului și anume se desface fața stângă a mezenterului mobilizându-se spre dreapta, punându-se astfel în evidență a patra și o parte din a treia

porțiune a duodenului. Prin această manoperă se face exteriorizarea unei porțiuni din duoden cu care se va face anastomoza care și în acest caz se va face latero lateral și în izoperistaltism.

3. Duodeno-jejunostomia supra-mezocolică retrocolică.

Se desface marginea dreaptă a marelui epiplon de marginea internă a celei de a doua porțiuni a duodenului, se secționează mezocolonul transvers se ajunge pe duoden, care se poate mobiliza ca și în procedeul mai sus amintit. Se face anastomoza latero-laterală pe fața anterioară a duodenului. Braun pentru a preveni compresiunea ansei anastomozate face entero-enteroanastomoză între ansa aferentă și cea eferentă. Tot cu acest scop Duval fixează uneori unghiul hepatic al colonului la peretele abdominal, cu rezultate foarte bune.

4. Duodeno-jejunostomia supra mezcolică antecolică.

Este varianta duodeno-jejunostomiei care se găsește mai rar. Ea este supusă la complicațiuni din partea colonului care când se distinde poate rupe peretele duodenal, tot astfel greutatea intestinului (Boppe). Unul din cazurile Clinicii Chirurgicale din Cluj, care suferea de stază duodenală prin compresiune, prin hipertrofia ganglionilor mezenterici, și la care făcându-i-se duodeno-jejunostomie antecolică se obține rezultat admirabil. După 1 an bolnavă fiind revăzută nu mai suferea de nici unul din fenomenele dinainte de operație și se îngrășase cu 8 kg.

În expunerea cazurilor mă voi ocupa în parte de fiecare operațiune, rămânând ca la sfârșit din rezultatele obținute asupra celor 11 cazuri operate pentru stază duodenală la Clinica Chirurgicală din Cluj, să ne stabilim preferința asupra unuia din procedeele mai sus amintite.

Cazuistica

Observația I. C. O. de 29 ani. Funcționar. Boala actuală datează de un an, începând cu senzație de plenitudine și dureri în epigastru, care începeau imediat după mâncare. Are adeseori vărsături biliase. Prezintă din când în când dureri de cap și accese de tetanie ce se manifestă mai ales la membrele superioare (mână de mamos).

Când se face examinarea radioscopică cu bariu bolnavul începe să aibă vărsături repetate și dureri mari în epigastru, unde se palpează o contractură musculară foarte pronunțată. După simptomele pe care le prezenta crezându-se că este vorba de un ulcer gastric sau duodenal perforat se intervine de urgență.

Operația 1: (op. Prof. A. Pop). *Dg. operator:* Compresiune duodenală prin bridă hepato-duodenală. Gastro-enteroptoză. *Operația:* Secționarea bridei. Transversopexie.

Laparatomie mediană supra ombilicală. La nivelul primei porțiuni a duodenului, se constată o bridă care merge în sus și aderă de fața inferioară a ficatului. Această bridă fiind foarte puternică produce o mamelonare a parenchismului hepatic la nivelul inserțiunii sale pe ficat și este intim aplicată pe duoden strangulându-l la acest nivel. După secționarea bridei își revine atât ficatul cât și duodenul. Se explorează restul duodenului și stomacul. Nu se constată nimic patologic decât că stomacul și duodenul sunt foarte mult vascularizate, cu pereții îngroșați și hiperemici. Colonul transvers este ptozat. Se face o transversopexie. Se închide complet plaga. Mersul post operator normal. Părăsește clinica vindecat.

La o lună după părăsirea clinicii a început se aibă aceleași fenomene ca înainte de operație și cari s'au putut ameliora cu un tratament medicamentos.

După un an este apucat din nou de dureri în epigastru, însoțite de vărsături și fenomene de intoxicație, când reintră din nou în clinică.

După ce se fac toate reacțiile de laborator se supune unei a doua operații.

Operația II-a: Se intervine la 7 VIII. 1931, în anestezie generală cu eter. (Op. Prof. Al. Pop). *Dg. operator:* Periduodenită, compresiune duodenală. *Operația:* G. E. P.

Laparatomie mediană supra ombilicală. Se excizează vechia cicatrice. Se constată aderențe puternice între ficat și duoden. Stomacul

normal, duodenul dilatat. La palpație se constată niște ganglioni cari comprimă a treia porțiune a duodenului. Aceasta nu se poate pune în evidență din cauza aderențelor. Se face o G. E. P.

Mersul post operator normal. După un an se simte ameliorat, dar încă suferă.

Observația II. T. I. de 40 ani. Agent de poliție. În antecedente nu se constată nimic deosebit. Boala actuală datează de 5 ani, debutând cu dureri în epigastru și senzație de plenitudine după alimentație. Durerile survenau cam la 3—4 ore după alimentație. După faze de acalmie fenomenele dureroase reapar din nou cu mai mare intensitate. Din când în când are vărsături alimentare și mai cu seamă bilioase. Hematemeză a avut la începutul boalei. Nu a observat melena. De când este bolnav a slăbit 20 Kgr.

La examenul medical se constată o t. b. c. pulmonară, încolo nimic deosebit.

Examine de laborator: Urina nu prezintă nimic patologic. Sucusul gastric, pe foame se scot 50 cc. lichid bilios. H. Cl. = 10, A. T. = 28.

R. Wassermann = negativă.

La radioscopie se constată un stomac în formă de cârlig, ușor ptozat, atonic. Pilonul este permeabil. Bulbul duodenal se umple regulat. Peristaltismul diminuat. După 6 ore stomacul complet evacuat.

Dg. radiologic: suspect de ulcer duodenal.

Operație: 8, IV. 1925 în rachianestezie cu stovaină-strichnină (Op. Prof. Iacobovici).

Dg. operator: stenoză duodenală cronică prin arc mezenteric.

Operație: G. E. P.

Laparatomie mediană supra ombilicală. Stomacul enorm dilatat; pilonul liber. Deasemenea este dilatat și duodenul. La nivelul celei de a treia porțiuni a duodenului se vede cum arcul mezenteric comprimă duodenul. Colonul transvers ptozat. Mezentarul este lung și toată masa intestinală este căzută în jos. Se face G. E. P. și se închide complet cavitatea abdominală.

Mersul post operator normal, părăsește clinica vindecat.

Observația III-a. I. I. 32 ani. Plugar. Boala actuală datează de trei ani, debutând cu dureri în epigastru și senzație de plenitudine după mâncare. Din când în când prezintă vărsături bilioase și alimentare. Durerile au caracter intermitent. A slăbit cu 7 kgr.

La examenul medical nimic deosebit.

Examine de laborator: Urina nu prezintă nimic patologic. R. Wassermann = negativă.

Sucusul gastric după dejun de probă. H. Cl. = 50. A. T. = 70. Glicemie = 1.0 mgr. Azot residual = 40 mgr.

Examen radioscopic: Stomacul în forma de cârlig, normal situat, ușor hipertonic. Bulbul duodenal cu margini ușor neregulate, aici se percepe o ușoară sensibilitate.

După 6 ore $\frac{2}{3}$ Bariu încă în stomac, bulbul persistent. După 24 h. Bariul în ileon și colonul ascendent. **Diagnosticul radiologic**: stenoză pilorică (?).

Operație: 13. VII. 1927. Rachianestezie cu stovaină-strichnină. (Op. Prof. Iacobovici). **Dg. operator**: compresiune duodenală prin arc mezențeric. **Operație** G. E. P.

Laparatomie mediană supra ombilicală. Stomacul nu prezintă nimic deosebit, pilorul permeabil. Prima și a doua porțiune a duodenului mult dilatate a treia porțiune fiind comprimată de arc mezențeric. Se face G. E. P. și se închide complet cavitatea abdominală.

Mersul post operator normal. Părăsește clinica vindecat.

Observația IV. S. T. 32 ani. Manevrant C. F. R. Boala actuală datează de 1 an. A debutat cu dureri în epigastru ce iradiau în spate, fără legătură cu alimentația. După câteva săptămâni durerile se intensifică cu deosebire după alimentație la 2—3 ore. Are vărsături bilioase și alimentare. A slăbit cu 10 kgr.

La examenul medical se constată o deplasare a ariei cardiace spre dreapta, încolo nimic deosebit.

Examen de laborator: Urina nimic patologic. R. Wassermann = negativă. Glicemia 110 mgr. Azotemia 0.30 gr. $\frac{0}{100}$. Sucus gastric după dejun de probă H.Cl. = 0 — A. T. urme.

La radioscopie: Stomacul și bulbul duodenal normale în ceea ce privește forma și situația. Genunchiul inferior situat în dreapta pilorului, iar continuarea spre porțiunea a treia nu se face la stânga ci în dreapta în formă de V. Toate ansele intestinului subțire sunt situate în flancul drept, alături de creasta iliacă. După $\frac{1}{2}$ ore Ba. în transvers. După 24 ore o parte din Ba. în transvers și descendent.

Diagnostic: Anomalii de poziție a potcoavei duodenale; a intestinului subțire situat în dreapta.

La 5. II. 1929 se intervine sub rachianestezie cu novocaină 10% (Op. Prof. Iacobovici). **Dg. operator**: Anomalii de poziție a duodenului, a intestinului subțire și a intestinului gros. Apendicită cronică.

Operație: Laparatomie mediană supra ombilicală. Stomacul în partea lui dreaptă prezintă aderente sub formă de bride cari unesc fața anterioară gastrică cu fața inferioară a ficatului. Se constată un proces intens de pericholecistită. Unghiul duodenojejunal este fixat la fața inferioară a ficatului și situat la dreapta coloanei vertebrale.

Duodenul este lung, prezintă forma unui V. Prima și a doua porțiune sunt dilatate și înconjurată de un proces de periduodenită. Masa intestinului subțire se găsește situată în partea dreaptă a abdomenului. Cecul este situat în fosa iliacă stângă. Apendicele are o lungime de 15 cm. Este foarte gros. Se face G. E. A. și Apendicectomie.

Părăsește clinica vindecat

După 3 ani bolnavul a fost revăzut, este bine, toate fenomenele au dispărut și s'a îngrășat cu câteva kgr.

Observația V. T. G. 38 ani, funcționar. În antecedente un șancru sifilitic în anul 1919 pentru care a urmat multă vreme un tratament specific.

Boala actuală datează de 4 luni, debutând cu dureri în epigastru cari survineau cam la $\frac{1}{2}$ —1 oră, după alimentație. Aceste dureri deveneau mai dureroase după mesele copioase. Are vărsături bilioase. Medicii consultați îi recomandă un tratament specific, fără nici un rezultat. A slăbit în greutatea cam vre-o 12 kgr.

Examine de laborator: În urină se constată o mare cantitate de albumină, în sediment rare hematii. Sucul gastric după dejun de probă H-Cl = 18, A. T. = 36. R. Wassermann = negativă.

R. Gregerser = pozitivă. În scaun nu se găesc ouă de parațiți. Azot rezidual 36 mgr. Glicemia = 120 mgr.

La radioscopie se constată: o dilatație prepilorică. Nu se găsește nici o leziune a peretilor gastrici. Bulbul duodenal se umple și bariul se evacează până la mijlocul porțiunii descendente unde se constată o stenoza a duodenului. După 24 ore $\frac{1}{5}$ Ba. se găsește încă în stomac și la nivelul stenozei, restul bariului umplând colonul transvers și descendent.

Dg. radiologic: Stenoza pe a doua porțiune a duodenului.

Operația I făcută la 4. II. 1929, în anestezie generală cu eter. (Op. Prof. Iacobovici). *Dg. operator:* Stenoza pe a doua porțiune a duodenului. Pancreatită cronică. *Operația:* G. E. P. și cholecistectomie.

Leparatomia mediană supra ombilicală. Se constată aderențe între vesicula biliară, marele epiploon, prima porțiune a duodenului și antrul piloric. Se desfac aceste aderențe apoi se observa că prima și a doua porțiune a duodenului sunt foarte dilatate, până la partea de mijloc a celei de a treia porțiuni duodenale. Aici se constată o stenozare a duodenului prin o serie de aderențe și ganglioni. Se face o butonieră în ligamentul gastro-colic, se explorează pancreasul unde se constată un proces de pancreatită cronică manifestat cu deosebire la capul pancreasului. Stomacul de aspect normal, se observa câțiva ganglioni dealungul micii curburi. Se extirpă un ganglion pentru biopsie. Se face o gastro-entorostomie posterioară și o cholecistectomie.

La examenul histopatologic al ganglionului extirpat se constata o hiperplazie cu caracter inflamator (Prof. Titu Vasiliu).

După o lună și jumătate bolnavul părăsește clinica vindecat.

La patru luni dela părăsirea clinice, durerile reapar însoțite de vărsături, independente de alimentație.

Operația II-a. 21. X. 1929. (Op. Prof. Iacobovici). Se face laparotomie mediană supra ombilicală excizându-se vechia cicatrice. Se constată aderențe între stomac, colonul transvers și peretele abdominal, cari se desface. Stomacul și duodenul sunt prinse într'un pro-

ceș de perigastrită și periduodenită. Stomacul este enorm dilatat, împreună cu prima și a doua porțiune a duodenului. Gastro-enteranastomoza funcționează bine. Se face o resecție de stomac Billroth II. După care bolnavul părăsește clinica vindecat.

Observația VI. R. 1. 40 ani, suflător de sticlă. Boala actuală datează de 2 ani. Inoepce cu dureri în epigastriu la 2—3 ore după mâncare. Durerile survin neregulat. De 5 luni durerile survin regulat începe să aiaă vărsături bilioase și alimentare. A slăbit cu 8 kgr.

Examenul medical nimic deosebit.

Examen de laborator: Urina nu prezintă nimic deosebit. R. Wassermann = negativă. Azot residual 82 mgr. Glicemia 110 = mgr. Sucul gastric după dejun de probă: H. Cl. = 13. A. T. = 25.

La radioscopie stomacul ptozat, aerofagie, avacuarea se face. Bulbul duodenal se umple este dilatat. În porțiunea transversală se constată o stenoză.

Operația I-a: Se intervine sub anestezia locală. (Op. D. I. Mușan). *Dg. operator:* Stenoză duodenală prin compresiune ganglionară a duodenului. Operația G. E. P.

Laparatomie mediană supra-ombilicală. Stomacul nu prezintă nimic deosebit. Duodenul, prima și a doua porțiune dilatate. Pe recesul extern a primei porțiuni a duodenului se găsește o dilatație diverticulară. Porțiunea treia este stenozată de un grup de ganglioni. Se face o G. E. P.

Mersul post operator normal. Părăsește clinica vindecat.

La câteva luni după operație, fenomenele dureroase revin. Reintră în clinică. Se constată că bolnavul e mult anemiat, din care cauză se face o tranfuzie de 360 cc. sânge. Se pregătește pentru operația.

La radioscopie se constată: stomacul alungit, foarte dilatat și ptozat. Tonicitatea mult redusă. Evacuarea se face și prin pilor și prin anastomoză. Bulbul duodenal transformat într'un canal situat transversal. Bariul stagnează aici și în întreg duodenul.

Operația II-a 17. V. 1931 sub anestezie generală cu Eukodal-Scopalemină-Ephetonină. (Op. Prof. Iacovovici).

Se excizează vechia cicatrice. Din cauza aderențelor se pătrunde foarte greu în cavitatea abdominală. Se constată că stomacul precum și prima și a doua porțiune a duodenului sunt dilatate. Gastro-enteroanestomoza funcționează insuficient din cauză că este prinsă în aderențe.

Se face o resecție largă a duodenului și stomacului împreună cu anastomoza. Apoi restaurarea tractului intestinal prin o anastomoză termino-terminală a jejunului, iar între stomac și intestin o anastomoză termino-laterală ante colică.

Mersul post operator normal, Bolnavul părăsește serviciul vindecat. După câteva luni ne comunică că s'a îngrășat și nu mai are nici unul din fenomenele dinainte de intervenție.

Observația VII. C. G. 32 ani funcționar. Boala actuală datează de 11 ani. A debutat în mod insidios cu dureri în epigastru ce iradiau în spate și senzație de plenitudine. Durerile apăreau la 2-3 ore după alimentație. Avea eructațiuni și regurgitațiuni acide destul de frecvente. Aceste fenomene apar periodic. De multe ori cum mănâncă durerile se calmează. Consultă mai mulți medici cari îl tratează de ulcer gastric. În ultimul timp fenomenele mai sus amintite agravându-se întră în serviciul clinicei chirurgicale. A slăbit 12 kgr.

La examenul medical nu se constată nimic deosebit.

Examenenele de laborator: Urina = urme de albumină. R. Wassermann = negativă. Azotul residual = 32 mgr. Glicemia = 110 mgr.

Radioscopic: Stomacul în forma de cârlig, tras ușor spre dreapta. Pilorul este excentric. Bulbul duodenal se umple greu. Este neregulat, sensibil la presiune. *Dg. Radiologic:* Suspect de ulcer duodenal.

Operația: 2. VIII. 1923 în anestzie generală cu Eukodal-Scolamină-Ephetonină (Op. Prof. Iacobovici). *Dg. op.* Stenoză duodenală cronică prin arc mezenteric. *Operație:* G. E. P.

Laparatomie mediană supra ombilicală. Stomacul este normal. Prima și a doua porțiune a duodenului sunt dilatate, până la nivelul celei de a treia porțiuni care este comprimată prin arc mezenteric. Pentru că duodenul nu se poate pune bine în evidență se face G. E. P. Mersul post operator normal, părește clinica vindecat.

Observația VIII-a. S. G. 37 ani, pantofar. În antecedente nimic deosebit. Boala actuală datează de un an. A început insidios cu dureri și senzație de plenitudine în epigastru ce survenea la 1 oră după alimentație. Mai târziu durerile devin mai violente, încât bolnavul era obligat să ia atitudini forțate, după care se calma mai bine. Nu era constipat. Avea dureri și în timpul nopții cam pe la ora 2. Este operat într'un spital, de apendicită. După o lună durerile survin cu mai mare intensitate, are vărsături bilioase post alimentare. A slăbit considerabil.

La examenul medical se constată o infiltrația a ambelor vârfuri pulmonare, din partea celorlalte organe nimic deosebit.

Examenene de laborator; în urină nu se găsește nimic patologic. R. Wassermann = negativă.

La radioscopie se constată simptome de ulcer duodenal și aderențe cecale.

Se intervine la 18. VI. 1926, în rachianestzie cu stovaină-strichnină. (Op. Prof. Iacobovici). *Dg. operator:* Compresiune duodenală prin arc mezenteric. Peritonită bacilară. *Operația:* Duodeno-jejunostomie sub mezocolică. Se face laparatomie mediană supra ombilicală. Stomacul normal. Prima și a doua porțiune a duodenului sunt mult dilatate. Cea de a treia porțiune este comprimată prin arc mezenteric. Mezenterul prezintă ganglionii măriți, iar pe intestin tuberculi miliari. Se face o duodeno-jejunostomie. Mersul post operator normal. Revăzut după un an, este bine și a câștigat în greutate.

Observația IX-a. R. A. 20 ani de profesiune casnică. Boala actuală datează de 6 luni. Observă că i-se balonează abdomenul mai ales după mâncare. După câțva timp are și dureri post alimentare. Este nevoită să-și provoace vărsături cari sunt bilioase și alimentare. Are dureri de cap destul de frecvente. Scaun neregulat. A slăbit 18 kgr.

La examenul medical se constata o infiltrație a ambelor vârfări pulmonare. Din partea celorlalte organe nimic deosebit.

Examenele de laborator: Urina nu prezintă nimic patologic. Sucul gastric după dejun de probă H. Cl. = 18 A. T. 43. — R. Gressen negativă.

La radioscopie fără fluideo-bariu se constată în regiunea duodenală o imagine hidro-aerică. Stomac extaziat cu tendință spre formă semilunară, situat normal. Bulbul duodenal situat normal, enorm dilatat pilorul insuficient. Porțiunea II. și a III. a duodenului deasemenea dilatare. Imediat după genunchiul inferior duodenal se termină linear. Aici se palpează o tumoră mobilă aparținând duodenului. Evacuarea nu se face nici după 6 ore. (Examenul făcut la Clinica Medicală de Dr Hăngănuț). Se intervine la 10 X. sub anestezie generală cu eter (cp Prof. Al Pop). *Dg. operator:* Stenoză duodenală inferioară prin compresiune ganglionară. *Operația.* Duodeno-jejunostomie ante colică.

Se face laparotomie mediană supra ombilicală Stomacul mult dilatat. Prima și a doua porțiune a duodenului dilatare parcă ar fi un al doilea stomac. Se constată pe a treia porțiune a duodenului o tumoră de mărimea unei mandarine care comprimă duodenul la acest nivel. Mezocolonul transvers prezintă o infiltrație și ganglioni măriți. Se extirpă un ganglion pentru biopsie. Se face o duodeno-jejunostomie ante-colică. La examenul histo-patologic ganglionul trimis, prezintă o tuberculoză. (Prof. Titu Vasiliu)

După un an bolnava se simte bine. S'a Ingrășat cu 8 kgr

Observația X-a. P. L. 25 ani, plugar. Boala actuală datează de un an și două luni. A debutat cu dureri în epigastru și senzație de plenitudine. Durerile survineau cam la 2-3 ore după alimentație. Avea deseori scaune diareice. A slăbit cu 8 kgr.

Examenle de laborator: Urina nu conține nimic patologic. R. Wassermann = negativă. Azotul residual = 40 mgr. Glicemia = 105 mgr. Sucul gastric după dejun de probă H.Cl. = 17 $\frac{1}{2}$ — A. T. = 33.

La radioscopie: Stomac în forma de cârlig, hipertonic cu infundătură permanentă în porțiunea aurală peste care trece peristaltismul. Hipersecreție. Peristaltismul exagerat. Bulbul duodenal prezintă un contur mai șters, mai ates marea curbură bulbară și recesul extern; în rest regulat. Stază fără ectasie la genunchiul inferior, cu evacuare în porțiuni mici.

Se intervine la 5. VIII. 1931 în rachianestezie cu novocaină 100/0. (Op. Prof. Iacobovici) *Dg. operator:* Stenoză duodenală prin arc mezenteric. Adenită bacilară. *Operația:* Duodeno-jejunostomie sub-meso colică.

Laparatomie mediană supra ombilicală. Stomacul nu prezintă nimic patologic. Prima și a doua porțiuni a duodenului sunt dilatate. Se constată o stenozare a porțiunii transverse prin arc mezenteric și ganglioni bacilari. Se face o duodeno-jejunostomie.

Mersul post operator normal, părăsește clinica vindecat. Peste 5 luni este bine și a câștigat 5 kgr. în greutate.

Observația XI-a. R. A. 30 ani, funcționar C. F. R.

În antecedentele personale se constată: în 1919 febră tifoidă, în 1912 reumatism poliarticular, în 1930 lambliază intestinală.

Boala actuală datează de 4 luni, debutând cu dureri în epigastru la 2—3 ore după alimentație. Durerile iradiau în hipocondrul și umărul drept. Câte odată are vărsături, care survin periodic. Intră într'un spital unde i-se pune diagnosticul de cholecistită și urmează un tratament în consecință. După un timp de acalmie simptomele survin în mod periodic cu mai mare intensitate. Pofta de mâncare o are păstrată. Nu a slăbit.

Examenul medical: nu se constată nimic deosebit.

Examine de laborator: Urina nu prezintă nimic patologic. R. Wasserman = negativă. Azotul residual = 38 mg. Glicemia = 11 mgr.

La radioscopie: Stomacul în formă de cârlig situat normal. Evacuarea bună. Bulbul duodenal nu se desenează decât baza cu recesul intern. Canalul piloric excentric. După 7 ore Ba. în cec și colonul ascendent. După 24 ore Ba. în transvers.

Cholecistografia cu iodtetragnost intravenos, vezicula biliară se desenează prezentând evacuare bună.

Se intervine sub amnezie generală cu eter (op. Prof. Iacobovici).

Dg. operator: Stenoză duodenală cronică prin arc mesenteric. *Operația:* Duodeno-jejunostomie sub colică.

Mersul post operator normal, părăsește clinica vindecat, după 8 luni ne scrie că este complet sănătos, a câștigat două kg. în greutate.

Rezultate.

Din cele 11 cazuri expuse rezultă următoarele:

Intr'un caz s'a făcut **secționarea bridei** care mergea dela duoden, pe care îl strangula la nivelul inserției sale, și până la fața inferioară a ficatului. După secționarea bridei își revine atât duodenul cât și ficatul pentru timp de un an când bolnavul este apucat din nou de dureri în epigastru însoțite de vărsături repetate și fenomene de retenție. Se intervine a doua oară când se constată aderențe puternice între duoden și ficat, duodenul mult di-

latat. La palpate se constată un grup ganglionar care comprimă duodenul.

De data aceasta se face gastro-enterostomie. Mersul post operator normal. După un an bolnavul se simte ameliorat fără a fi complet vindecat.

În șase cazuri se face **gastro-enterostomie** pentru stenoză duodenală. Toți șase au fost vindecați operator.

Din aceștia doi au continuat să sufere și au fost reoperați făcându-li-se rezecție de stomac. La unul se face rezecție largă a duodenului și stomacului împreună cu gura anastomatică. Apoi restaurarea tractului intestinal prin o anastomoză termino-terminală a jejunului iar între stomac și jejun o anastomoză termino-laterală antecolică.

De data aceasta se obțin rezultate bune. Bolnavul după câteva luni se îngrășe și nu mai are nici un fenomen din cele dinaintea de operație.

La al doilea bolnav, la a doua intervenție se constată un proces de perigastrită și periduodenită. Stomacul precum și prima și a doua porțiune a duodenului enorm dilatate. De data aceasta se face o rezecție de stomac procedeul Billroth II. după care bolnavul se vindecă.

Un bolnav se vindecă după gastro-enterostomie, vindecarea menținându-se încă după 3 ani dela operație când a fost revăzut.

Despre ceilalți trei nu avem nici o știre dela plecarea lor din clinică.

În patru cazuri se face **duodeno-jejunostomie simplă**, cu rezultate atât chirurgicale cât și clinice foarte bune.

Toți bolnavii la intervale destul de mari după operație se simt bine, câștigând în greutate și ne mai având nici una din suferințele dinaintea de operație.

Concluziuni.

1. Simptomele stazei duodenale cronice sunt :

a) *Simptome digestive* : durere și tensiune epigastrică, vărsături alimentare și bilioase, diaree, cari simptome se produc mai întotdeauna post alimentar.

b) *Simptome generale* : slăbire considerabilă a bolnavilor, aspect de mare intoxicație, dureri de cap, crize nervoase (accese de histerie, epileptiforme) tetanie.

2. Examenul radiologic are rol determinant în stabilirea diagnosticului, el precizează încă sediul stenozei și apreciază cu probabilitate natura leziunilor.

3. Indicațiile generale ale tratamentului chirurgical în stazele duodenale cronice, se impun în cazurile unde boala nu cedează la mici un tratament medical.

4. Operațiunile propuse pentru a soluționa staza duodenală cronică, cele mai importante sunt următoarele :

a) Operațiuni de suprimare a obstacolului (secționarea sau ridicarea bridelor, secționarea ligamentului lui Treitz).

b) Operațiuni de suspenziune (gastropexie, jejunopexie, cecocolopexie.

e) Operațiuni derivative (gastro-enterostomia, duodeno-duodenostomia Barker-Stavley, gastro-piloro-duodeno-jejunosomia după Delbet.

d) Resecțiuni (gastro-pilorectomia, gastropiloro-duodenectomia, colectomia preaptă.

5. Cea mai bună operație este duodeo jejunostomia, care după o tehnică simplă ne-a dat nouă și la mulți alți chirurghi cele mai bune rezultate. Ea este o operațiune simplă și netraumatizantă, și poate fi submezocolică la dreapta sau la stânga mezenterului și supra mesocolică care poate fi retro sau antecolică.

6. Din cele 11 cazuri de stenoze duodenale operate în clinica din Cluj :

1 a fost operat prin secțiune de bride cu transversopexie, dând o ameliorațiune trecătoare și comportând ulterior o altă intervențiune.

6. au fost tratate prin gastro-enterostomie dintre care două au continuat să sufere și au fost reoperate făcându-li se rezecțiuni de stomac. Un bolnav este bine, iar despre ceilalți trei n'avem nici o știre.

In 4 cazuri s'a făcut duodeno-jejunostomia, cu rezultate imediate și tardive foarte bune.

Văzută și bună de imprimat.

Președintele tezei,

ss. **Prof. Dr. A. Pop**

Decanul Facultății,

ss. **Prof. Dr. Gh. Martinescu**



Bibliografie

- Bérard Jannin, Thomas** Lyon chirurgical 1933 p. 182.
- Beule Fr. de Bruxelles** m. d. 1932 Ian. No, 12 p, 332,
- Descomps** Bull. et mém de la Soc. de Chir. Paris 1
Junie 1927:
- Drăgulescu I.** Clujul Medical 1930 No. 12 p. 606.
- Duval P.** Bull. et mém. Soc. nat, de chir, Paris 1925
p. 890.
- Duval P.** Bull et mém. Soc. nat, de chir, Paris 1924
19 Noembrie p. 890.
- Duval P. Amelin A. Redon H,** Arch, des mal, de l'app.
digest. 1932 No. 22 p. 241.
- Duval P. Basset** Bull et mém. Soc. de Chirurgie Paris
1922 p. 391.
- Duval P. Gatellier J.** Arch, des mal, de l'app digest
1921 No. 3 p. 145.
- Duval P. Roux J. Ch.** Arch, des mal, de l'app digest
1930 p. 359.
- Duval P. Roux J. Ch. Béclère H.** Etudes medico-radio-
chirurgicales sur le duodénum 1924.
- Faut** Societé med. Bruxelles.
- Glénard** Ann. d. mal de l'app digest. 12 Aprilie 1926,
- Gutman R. A.** Syndromes douloureux épigastrique,
T. II.
- Haberer (von)** Erg. Chirurg. und Orthop. 1928 p. 485,
- Hațieganu I. și Hângănuț M.** Clujul Medical 1932,
No. 2.
- Hângănuț Marius.** Clujul Medical 1929 No. 5.
- Iamandi Gh.** Sibiul medical 1934 No. 3.
- Kellog Et. Kellog W. A.** Radiology Iulie 1927 p. 23,
- Kellog Et. Kellog W. A.** Annals of, Surgery 1921 T L
XXIII No. 5.

- Labbé Marcel, Seligman.** Soc. gastro-entero de Paris
14 Febr. 1927.
- Melchior** Chirurgie des duodenum 1917.
- Melchior** Arch. für klinische Chirurgie 1923 T C XXV,
fasc. 4, p. 653.
- Nasta Tr. Borcescu Al Corneanu M.** Spitalul 1922 No.
11, p. 451.
- Teodorescu Vasile.** Teză, București 1934.
- Turnescu D.** Le mesentère Thèse de Paris 1922.
- Vadde A. de** Thèse de Paris 1927.
- Vadde A. de** Revue de chirurgie 1928 T. LXVI, No.
7 p. 477.

