

DR. ONORIU COMAN

*Alui Prof. S. H. Broga
de la un Brăstovean care l
în botez
Cluj 25. I. 1935
Stimulman*

CONSIDERAȚIUNI
ASUPRA
STENOZEI IPERTROFICE A PILORULUI
LA SUGACI
(CU TREI OBSERVAȚIUNI CLINICE)



TEZĂ DE DOCTORAT

23 MAY 2005

INST. MED. FARM.
Targu Mures
Prof. Dr. Onoriu Coman
nr. 88.404

CLUJ
CARTEA ROMĂNEASCĂ
1935



Pioasă amintire memoriei scumpului
meu tată, Preotul JOAN GOMAN,
mort ca martir în urma chinurilor
suferite timp de trei ani în temnițele
ungurești ale Glujului, pentru ideea
națională,

Ție dulce Mamă

care cu atâta seninătate și curaj
ai știut să nfrunți amarul sorții
crude, pentru toată truda și sa-
crificiile tale îți închin această
modestă lucrare.

Unchiul meu Ing. EMIL DIMA,
părintele meu sufletesc, educatorul
meu și prilejuitorul acestor clipe săr-
bătorești, va găsi aici recunoștința
morală a imenselor sale sacrificii ma-
teriale, iar pentru caldă iubire cu
care m'a înconjurat întotdeauna,
toată venerațiunea mea.

*Soriceaiei mele dragi,
nemărginită dragoste.*



Maestrului meu
Domnului Profesor Dr. Titu Gane
Secretar general al Ministerului Sănătății

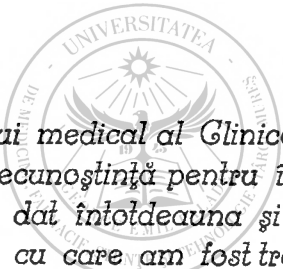
Respectuoase sentimente de stimă și admirație, împreună cu cele mai alese mulțumiri pentru lărga bunăvoință manifestată față de mine în timpul cât am lucrat sub conducerea Domniei Sale și pentru părinteștile griji ce ni-le poartă.



Domnului Profesor Dr. Gheorghe Zugravu
actualul meu șef

sincere cuvinte de mulțumire pentru cultul probității profesionale și spiritul de ordine și disciplină pe care a știut să le desvolte în mine zi de zi — prin generoase îndrumări și neprecupețite sfaturi.

*Profesorilor mei la Facultate și juriului
de promoție, omagii respectuoase*



*Personalului medical al Clinicii Infantile
din Gluj, recunoștință pentru îndrumările
ce mi le-a dat întotdeauna și pentru co-
legialitatea cu care am fost tratat în mij-
locul Domniilor lor.*

PREFAȚĂ.

...Și, bătrânul Cronos gârbovit sub povara anilor, a încrestat cu mâna-i tremurândă pe răbojul vieții mele, al nouăsprezecelea an de școală.

Sunt la răspântie.

Se cade la această cucernică vecernie a unei munci, să deschid comoara amintirilor înregistrate în mularul receptiv al sufletului tineresc și să las trecutul să vorbească.

Mă văd în vremea când pe cerul învăpăiat al frământărilor noastre naționale, se contura tot mai net curcubeul împlinirii visului.

...Și visul deveni realitate.

Nu mi-a fost însă dat să mă pot bucura îndeajuns de fiorii libertății naționale, prin care se deschideau perspective mai luminoase și pentru noi cei desrobiți, căci am pierdut farul conducător al vieții mele; pe tatăl meu. Sub aceste auspicii sumbre mi-am început școlaritatea la liceul real „Dr. Ioan Meșotă” din Brașov.

După doi ani prin generozitatea unchiului meu, ajung să cunost bine reputatul liceu „Moise Nicoară”, din Arad, unde timp de șase ani m'am bucurat de multă dragoste din partea profesorilor mei.

Imi voi reaminti cu multă plăcere timpul petrecut acolo... în cetățuia de lumină depe malul Mureșului, sub scutul ocrotitor al distinșilor dascăli, Ascaniu Crișan, Ștefan Manciuș și Al. Constantinescu.

Dar... vremea trece, astăzi încheind ultimul capitol al școlărității mele cred necesar să relev pe aceia cari au contribuit la formarea mea profesională. Mă gândesc în afara distinșilor

mei profesori dela Facultate, la Domnii: Docest Dr. Liviu Câmpianu (Braşov), Dr. Paul Corcan (Timișoara), Dr. Isaiia Popa (Timișoara) și toți cari cu dragă inimă m'au îndrumat pe calea accidentată a medicinei.

Mă despart acum cu multă duiosie de viața studenească extra școlară, în cadrul căreia mi-am găsit mereu un loc de muncă. Am trecut prin comitetele Societății Național-culturale „Crișane“, al Societății „Studentilor în Medicină“, Consiliul Centrului studențesc „Petru Maior“; și toate îmi vor rămâne dragi, căci la fiecare am lăsat câte-o fărâmă de energie.

Cea mai deplină mulțumire sufletească o avem însă, în descinderile „Comisiei de propagandă igienică“ a Soc. stud. în medicină, când cutreeram satele județelor Cluj, Turda și Alba, ducând cu noi vigoarea tinerească și făclia cunoștințelor de medicină și igienă. Cei trei ani de experiență în acest domeniu îmi vor rămâne pilduitori în cariera mea.

Găsesc ocazia să mă adresez aci familiilor clujene, în mijlocul cărora am găsit adesea ospitalitate și prilej de bună dispoziție și să le rog să creadă că și pe mai departe le voi păstra aceleași sentimente de prietenie și stimă.

Prietenii mei, cu cari mă pot mândri că-i am numeroși și buni și sinceri, vor găsi aci toată căldura inimii mele și trăinicia sentimentelor cari au cimentat legăturile noastre, în lungul șir al anilor de studenție.

Ținuturilor dragi cari mi-au ocrotit copilăria, le-am arătat doar o frântură a gândurilor mele bune, prin „Premiul Dr. VASILE BIANU“, al Soc. Stud. în Medicină, acordat mie pentru lucrarea: „Contribuțiuni la monografia circ. sanitară Busăul Ardelean jud. Braşov din p. d. v. sanitar, cultural și al folclorului medical popular“.

INTRODUCERE.

În marele domeniu al sindromelor gastrice la sugaci, vărsăturile constituiesc unele dintre cele mai frecvente simptome. Iată ce spune J. Poucel în lucrarea sa: „La sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson“. — „Les spécialistes d'enfants sont assaillis de nourrissons vomisseurs, car, à son entrée dans la vie, la petite larve humaine n'est guère qu'un tube digestif, dont le moindre trouble fonctionnel se traduit par l'intolérance“.

În producerea acestor simptome își are partea sa și stenoza hipertrofică a pilorului, care, deși nu prea de mult cunoscută, a inspirat o literatură abondentă în alte țări ca: Franța, Anglia, Germania, America, etc.

La noi afecțiunea este rară, sau cel puțin cazurile diagnosticate și publicate nu sunt numeroase.

Lucrarea de față este a doua în românește privind această chestiune, prima fiind a Domnului Profesor Manicatide, cu D-na Dr. C. V. Ionescu — publicată în Revista științelor medicale din 1928, în care relatează asupra a „două cazuri de stenoză prin hipertrofie musculară a pilorului la sugar“.

Raritatea acestei afecțiuni la noi a fost motivul care m'a determinat să solicit Domnului Profesor Dr. T. Gane acest subiect de teză. Prin un favorabil concurs de împrejurări, am reușit să adun trei observații clinice, verificate radiologic și operator. — Și aceasta în scurtul timp de un an și jumătate de când lucrez în Clinica Infantilă. Vor fi existând multe cazuri cari scapă investigațiilor noastre, deși Poucel zice: „Ce diagnostic de sténose pylorique n'est en général pas difficile. Mais il faut y penser“.

În lucrarea de față, voi căuta să schițez tabloul acestei afecțiuni în tot complexul ei, în dorința, ca prin cele trei cazuri observate de mine, să contribui la cunoașterea sa. Poate îmi va fi

dat în acest fel să fac să se întipărească în spirite maximele lui Poucel, concretizate astfel:

I. — „Sunt încă sugaci cari mor de stenoză pilorică nerecunoscută“.

— „Aceasta nu trebuie să se mai întâmple“.

II. — „Sunt sugaci cari mor, cu toată intervenția pentru stenoză deoarece este practică prea târziu“.

— „Și aceasta, cu atât mai mult nu trebuie să se mai întâmple“.

PLANUL LUCRĂRII VA FI URMĂTORUL:

- I. Definiție.
- II. Istoric.
- III. Tabloul clinic.
- IV. Examenul radiologic.
- V. Evoluția boalei.
- VI. Etiologie și frecvență.
- VII. Patogenie.
- VIII. Anatomia-patologică.
- IX. Tratamentul.
- X. Cazuri clinice.
- XI. Discuția cazurilor.
- XII. Concluziuni.

I. DEFINIȚIE.

Stenoza ipertrofică a pilorului sugaciului este o afecțiune caracterizată prin vărsături ce apar în primele săptămâni ale vieții vărsături incoercibile și puțin influențate de variațiunile alimentației. Prin peretele abdominal se vede un peristaltism gastric care trădează obstacolul piloric.

Acestui tablou clinic îi corespunde din punct de vedere anatomic o musculatură pilorică în stare de contractură și în general ipertrofiată, iar din punct de vedere radiologic o oprire mai mult sau mai puțin completă a tranzitului gastric.

Sinonime. Asupra nomenclaturei acestei afecțiuni nu s'a stabilit încă un acord.

Deaceea vom găsi-o descrisă sub diferite numiri ca: stenoza pilorică a sugaciului ((Hirschsprung 1887), stenoză pilorică congenitală, stenoză pilorică prin ipertrofie musculară, stenoză

spastică, piloro-stenoză. Unii autori au adoptat denumirea de, maladie pilorică (Genévrier) care însă se pretează la confuzia cu afecțiuni fără suport anatomic.

II. ISTORIC.

Se pare că Armstrong (1769) și Hezekiah Beardsley (1788) sunt primii cari au semnalat această afecțiune. Însă observațiile lor, cum și publicațiile ulterioare privind această chestiune (Pauli (1839), Williamsen (1841), Dawosky (1842), au trecut ne-luate în seamă.

În 1887 Hirschsprung separă această nouă entitate morbidă, numind-o „stenoza pilorică congenitală“, care după el ar fi o stenoză organică determinată exclusiv de o ipertrofie musculară, congenitală și identică cu stenoza congenitală a adolescentului și a adultului, descrisă anterior de Landerer (1879) și Meier (1885).

Thomson în 1895 socotește ca primordial un factor spasmodic a cărui consecință ar fi stenoza pilorului și o ipertrofie musculară de travaliu. Opinia lui Thomson este combătută de majoritatea pediatriilor cari revin, cu oarecare rezerve la părerea lui Hirschsprung, aceea a unei ipertrofii musculare congenitale primitive, recunoscând numai ca secundar factorul spasmodic ca determinant al fenomenelor clinice. (Cantley, Finkelstein, Ibrahim, Czerny, Fredet, Marfan).

Wernstedt în 1906, studiind chestiunea în ansamblu a arătat că se pot distinge două grupe din cazurile descrise până atunci, și etichetate toate de stenoză pilorică congenitală. În prima grupă (tip Landerer-Meier) este vorba după el de o stenoză pur organică constituită prin o malformație congenitală; lumenul pilorului este strâmtat fiind acoperit de o mucoasă netedă.

A doua grupă (tip Hirschsprung) diferă prin faptul că mucoasa pilorică examinată pe loc este plisată longitudinal și strâmtează astfel lumenul; însă după întindere se constată că ea are o suficientă lărgime pentru a acoperi un pilor de calibru normal. Stenoza deci în această a doua grupă, este datorită unui spasm. În cece privește patogenia acestui de al doilea tip, Wernstedt, adoptă concepția lui Thomson.

Cazurile, descrise până atunci ca stenoze pilorice la sugaci,

aparțin toate tipului „Hirschsprung“, căci stenoza tip „Landerer-Meier“ nu se manifestă clinic în primul an.

Mai recent se manifestă de către unii autori tendința de-a neglija ipertrofia musculară, pentru a acorda rolul principal factorului spasmodic. Așa de exemplu, Ochsenius, după vederile lui Czerny în 1926, consideră vărsăturile habituale, spasmul piloric și stenoza ipertrofică a pilorului, drept grade diferite ale uneia și aceleaș entități clinice: „Sindromul gastro-spasmodic“ („Gastrospastischen Symptomenkomplex“) (Heubner). În toate aceste stări, spasmul este factorul esențial, putându-se asocia la o ipertrofie congenitală a straturilor musculare ale pilorului — fără însă a fi relația între ele dela cauză la efect. Singură, aceeaș ipertrofie, fără spasmul supraadăugat, nu s'ar trăda prin nici un simptom clinic. (Heidenhein și Gruber 1923 și Keilmann 1924).

Bard în 1928 împărtășește pe-dea'ntregul opinia autorilor Ochsenius și Czerny.

III. TABLOUL CLINIC.

Simptomul de alarmă al sindromului îl constituie totdeauna vărsăturile. Caracterul acestor vărsături este că nu cedează la variațiunile alimentare. Și ceeace este mai surprinzător, ele apar cu predilecție la copiii alăptați la sân. Stenoza pilorică ipertrofică începe, mai frecvent în săptămâna a doua până la a patra după naștere.

Vărsăturile, care sunt explozive spastice, pot apărea în timpul mesei, imediat după ea, sau după mai multe mese când devin copioase. La început sunt numeroase și puțin abondente, pentru ca mai târziu să devină mai rari și mai abondente. Conținutul lor predominant este laptele în diferitele sale stadii de transformare după timpul trecut dela ingerare: se adaugă uneori mucus revelator al unei gastrite secundare. Rareori vărsăturile conțin urme de sânge și extrem de rar, bilă. Consecințele vărsăturilor sunt: scăderea în greutate, constipație și oligurie, simptome pe cari le vom detalia mai la vale.

Curba greutății, în plin crescendo până la apariția vărsăturilor, rămâne staționară în cazurile mai ușoare, sau descrește variind după gravitatea cazului, copilul putând pierde o treime din greutatea sa. Găsim, în aceste din urmă cazuri semnele evi-

dente ale unei atrepsii: aspect de îmbătrânit, fontanele deprimate, pielea uscată și zbârcită, dispariția completă a paniculului adipos, temperatură subnormală, încetinirea pulsului, apatie.

Blocajul alimentelor la pilor și eliminarea lor prin vărsături are drept consecință constipația și diminuarea cantității de urină. Vom găsi zilnic sau la două-trei zile câte un scaun puțin voluminos, format mai mult, din secreții intestinale, cu reacție alcalină, într'un cuvânt un scaun de inaniție. Urinele puțin abondente, foarte concentrate, colorează rufele.

Inspectând abdomenul, obținem date de mai mare importanță. Regiunea subombilicală este turtită și retractată, contrastând cu epigastrul care proemină și este globulos. Undele peristaltice ale stomacului, vizibile prin peretele abdominal, constituiesc un simptom de capitală importanță. Ele apar mai ales după mese, sunt intermitente și nedureroase, iar intensitatea lor, nu este în raport cu gravitatea cazului. Aceste unde, plecând de sub rebordul costal stâng, se propagă dela stânga la dreapta, gonindu-se una pe alta ca și când „niște coline mișcătoare ar defila sub peretele abdominal subțiat“ (Feer). Ele persistă și după dispariția celorlalte fenomene de stenoză pilorică, ceea ce a permis să se creadă că ar fi sub dependența hipertrofiei compensatoare a straturilor musculare ale stomacului (Feer). În cazuri grave, întreg stomacul se desenează sub peretele abdominal și la palpate dă senzația unei rezistențe și rigidități.

După cum a remarcat Finkelstein în 1896, pilorul se palpează în multe cazuri ca o tumoră dură, netedă, mobilă, de mărimea unei falangete a degetului mic. De obicei, se palpează deasupra ombilicului pe linia mediană, sau ușor la dreapta. Ca și undele peristaltice, această tumoră persistă uneori luni întregi după vindecarea clinică.

IV. EXAMENUL RADIOLOGIC.

Barret și Chaufour în lucrarea lor publicată în „Presse Medicale“ din 1922, disting la sugaci ca și la adult trei sindrome și anume:

1. Un sindrom radiologic al stenozei (organice).
2. Un sindrom radiologic al spasmului.
3. Un sindrom mixt de stenoză cu spasm.

Vom descrie pe fiecare. Primul este caracterizat, prin crize peristaltice alternând cu faze de oboseală, acompaniate de-o dilatație prepilorică, prin o evacuare cu debit restrâns, însă sincronă cu peristaltismul, prin o evacuare provocată posibilă și în fine prin o prelungire a duratei evacuării care la începutul stenozei poate fi minimă ori nulă, căci supraactivitatea peristaltică tinde să compenseze stenoza pilorului. Într'o fază ulterioară când începe decompensarea se observă o evacuare inițială rapidă urmată de o încetinire terminală în așa fel că stomacul va conține un rest din masa opacă, pe când cea trecută prin pilor a ajuns deja în intestinul gros. În perioada ultimă staza gastrică este foarte pronunțată și permanentă, iar crizele peristaltice sunt slabe și distanțate.

2. Al doilea sindrom se caracterizează — în opoziție cu cel precedent — prin un peristaltism diminuat ale cărui unde de amplitudine mică merg încet și rămân uneori staționare, prin un stomac cu tonus, crescut, a cărui regiune prepilorică este puternic retractată, prin o evacuare nulă pe tot timpul duratei spasmului, dar odată spasmul trecut, pilorul devine în întregime liber.

3. Cel din urmă sindrom, foarte frequent la sugaci, este caracterizat printr'o primă fază — putând dura o oră și ceva — pur spasmodică cu simptomele descrise la punctul doi. Urmează a doua fază în timpul căreia vor apare semnele sindromului stenozei organice pe care le-am văzut la primul sindrom.

Capacitatea stomacului deși ar părea paradoxal, este în general normală. Rohmer (1912) a semnalat în 10% a cazurilor dilatația stomacului. Rareori, în cazuri grave, stomacul poate fi mic și retractat.

Retenția alimentară este constantă. Dacă, cum se întâmplă de obicei — stomacul nu a fost golit printr'o vărsătură copioasă — la 4—5 ore după ultima masă se găsesc resturi atingând sau chiar depășind în volum ultimele mese ingerate. Tobler găsește pentru 100—160 c. c. lapte ingerat, 81—115 c. c. rest. Lesne și Coffin în 1926 ajung la aceleași concluzii. Dintre elementele componente ale laptelui, grăsimile sunt acelea care stagnează mai mult după cum constată Tobler și confirmă Hertz.

Chimismul gastric este modificat în sensul unei ipersecrețiuni după cum a semnalat Engel și a demonstrat experimental Hertz. Tot acest din urmă autor a probat că iperclorhidria se da-

toarește unei ipersecreții gastrice iar mărirea acidității totale se datorește acizilor de fermentație: acidul lactic și acizii grași.

V. EVOLUȚIA BOALEI.

După 8—14 zile în cazurile ușoare, copiii pot merge spre vindecare. Dela aceste cazuri se găsesc o serie de forme intermediare până la cazurile mijlocii în cari curba greutății rămâne în platou timp de 15 zile, după care timp, copilul începe să crească și tinde repede spre vindecare. În forma gravă curba greutății cade, gravitatea fiind în raport cu iușeala și intensitatea scăderii în greutate. În cazurile grave copiii mor prin inaniție, în stare de atrepsie completă, în general însă după o perioadă de stare de 50—60 de zile, curba de greutate, în platou ori în ușoară descreștere până atunci, devine ascendentă și copilul merge spre vindecare.

VI. ETIOLOGIA ȘI FRECVENȚA.

Chestiunea etiologiei este destul de obscură. În ce privește rasa ar părea că Anglo-Saxonii și Germanii ar fi mai des atinși după cum arată statistica lui Ibrahim din 1908. Ulterior acestei date s'au descris numeroase cazuri și la rasa latină, ceea ce ar proba că nici ea nu este îndemnă.

În ce privește sexul toate statisticile sunt de acord în a constata că băieții sunt afectați în 80—85%, iar după unele statistici chiar 100%. Unii dintre copiii bolnavi sunt primi născuți.

În ce privește vârsta boala se manifestă în prima lună.

Unii autori au subliniat caracterul familiar al afecțiunii, alții vorbesc de o ereditate nervoasă și în fine alții fac să intervină ereditatea sifilitică. Toate acestea probează ceea ce am afirmat mai înainte că etiologia este încă o problemă care își așteaptă rezolvarea în viitor.

În ce privește frecvența, Hill a găsit la 1000 nașteri, 5 cazuri de spasm al pilorului. Se citează deasemenea că rasa neagră este atinsă într'un procent mai redus decât rasa albă de către această maladie (Davison).

VII. PATOGENIE.

În ce privește patogenia acestei afecțiuni, suntem în fața mai multor ipoteze.

Prima este „teoria malformației congenitale” susținută de Hirschsprung încă dela 1887. Această teorie admite drept cauză exclusivă a stenozei, ipertrofia musculară a celor două straturi, cu predominanța fibrelor circulare. Această ipoteză nu concordă însă cu tabloul clinic pentru că nu ne oferă explicații de ce boala nu apare încă dela naștere, ci mai târziu și de ce, fără ca substratul anatomic să sufere vre-o modificare, este posibilă vindecarea clinică?!..

În 1895 Thomson emite teoria „spasmului ipertrofiant”. El presupune că la origina stenozei pilorice a sugaciului este o tulburare de coordonare între pilor și forțele expulsive ale stomacului, pilorul și stomacul, contractându-se simultan, în loc de-a aceasta alternativ. În felul acesta se produce un spasm cu ipertrofia consecutivă a musculaturii. Obiecțiunilor cari s’au adus pentru ce imediat după naștere se poate găsi această ipertrofie a pilorului, el le răspunde că spasmul ipertrofiant își are origina încă din viața fetală când copilul poate înghiți lichid amniotic.

Teoria dualistă a fost susținută încă din 1902 de către Graanboorn și completată mai târziu de Pfaundler. Acesta din urmă distinge o stenoză spasmodică pur funcțională și o stenoză spasmodică cu ipertrofie musculară. El explică stenoza spasmodică funcțională ca de origină reflexă, plecând dela o mică ulcerație a mucoasei, prin analogie cu spasmul anal. În ce privește stenoza ipertrofică este de părerea lui Thomson.

Teoria iperplaziei de natură inflamatorie susținută de Weill și Pehu este puțin acreditată în știință și după Fredet și Guillemot, fenomenele inflamatorii apar numai ca manifestății secundare.

După numeroase cercetări rezultă că există posibilitatea unui spasm piloric fără ipertrofie musculară, ceea ce însă este excepțional. În regulă generală spasmul este legat de prezența unei ipertrofii musculare (Peiffer).

Care este natura acestei ipertrofii? Peiffer crede că trebuie să admitem origina congenitală a ipertrofiei musculare. Această opinie nu satisface pe alți autori cari susțin primatul spasmului.

Dar dacă la baza maladiei se poate susține că stă ipertrofia

stratelor musculare ale canalului piloric este fără discuție adevărat că tabloul clinic în întregime este dominat de către starea spasmodică a musculaturii pilorice (Peiffer).

PATOGENIA SPASMULUI PILORIC.

Știm că contracțiunile gastrice sunt guvernate de un centru autonom format din ganglionii nervoși diseminați în perete. Nervii extrinseci: vagul ca întăritor și simpaticul ca moderator intervin numai ca nervi regulatori. În ce privește pilorul, acțiunea sa este regulată prin plexul lui Auerbach în așa fel că o excitație a celulelor sale ganglionare determină o închidere a pilorului. Spre a se produce spasmul, trebuie ca celulele ganglionare ale plexului lui Auerbach să fie în stare de excitație permanentă, deci ele să fi devenit hiper-excitable. (Otvös, 1921). Natura excitației își poate găsi explicația în foarte rari cazuri în un ulcer al regiunii pilorice. În general excitația trebuie să provină dela nervi extrinseci. Pentru ca să se producă un spasm trebuie să fie vorba ori de o vagotonie adevărată, ori de o vagotonie relativă (simpatico-ipotonie).

Turburările metabolismului în stenoza pilorică a sugaciului. În această chestiune rezumăm lucrările lui Hartmann și Smyth. Vărsăturile determină o pierdere de cloruri. Pe măsură ce cloruremia scade, crește în sânge bicarbonatul de sodiu în așa fel că concentrația totală rămâne aproximativ normală. Dacă însă mărirea bicarbonatului de sodiu nu poate compensa cloropenia, consecința este o creștere a azotului neproteic în sânge, dar totdeauna tensiunea rămâne constantă.

Se găsește în general un p. H. normal sau numai ușor ridicat. Dacă se compensează deficitul clorurilor din sânge, prin administrarea de clorură de sodiu, excesul de azot neproteic și de bicarbonat de sodiu din sânge sunt repede excretate pe cale urinară. Administrarea de HCl. face să diminue vărsăturile fără să le oprească cu totul.

Vărsăturile sunt atribuite de către Eckstein și Goldschmidt unei hiperexcitabilități a centrului bulbar.

Rezumând cele spuse asupra patogeniei stenozei pilorice a sugaciului, putem spune că:

1. Simptomele clinice sunt sub dependența spasmului.

2. Spasmul se însoțește de-o ipertrofie a musculaturii pilorice; relațiunile între spasm și ipertrofie sunt încă nelămurite.

3. Spasmul este probabil datorit unei perturbări de înervație extrinsecă și intrinsecă a pilorului, lucrând în sensul unei vagotonii.

VIII. ANATOMIA PATOLOGICĂ.

Anatomia patologică a fost o chestiune mult controversată și a suscitât serioase cercetări asupra anatomiei normale a stomacului fătului și al noului născut.

După Wernstedt există diferențe între stomacul stenozat, destins și între cel normal destins, diferențe care constau în aceea: 1. Segmentul piloric este mai accentuat și stenozat pe toată lungimea sa. 2. Partea pilorică a stomacului este mai destinsă. 3. Punctul de flexiune al micii curburi este mai puțin evident și uneori complet șters în așa fel că tot stomacul ia forma unui cartaboș.

În stadiul actual al cunoștințelor noastre asupra acestei chestiuni, este neîndoelnică existența în stenoza pilorică a unei veritabile ipertrofii musculare. Pflaundler, Ibrahim și Wernstedt au arătat că straturile musculare ale canalului piloric au o grosime de 2—3 mm. la stomacurile antro-sistolice și 3½—5 mm. la cele stenozate.

Examinând regiunea pilorică a unui copil mort de stenoză ipertrofică a pilorului, se găsește intercalată între duoden și stomac, o masă cilindrică dură, de consistență cartilaginoasă, de 2—3½ cm. lungime și de 1½—2 cm. grosime. Această tumoră nu este altceva decât canalul piloric stenozat și ipertrofiat.

Mucoasa canalului piloric prezintă o cutare longitudinală considerabilă — având în secțiune transversală aspect de rozetă — care strâmtează lumenul canalului. Orificiul astfel strâmtat nu permite trecerea decât unor sonde foarte fine.

Clasicii descriu tumora pilorică ca de formă cilindrică însă după Wernstedt pe o secțiune trecând prin planul de inserție a meזורilor; tumora are forma unui segment de cerc. Straturile musculare sunt groase de 3½—5 mm. Se admite azi că ambele straturi sunt interesate și cu deosebire stratul circular.

Bernheim și Wernstedt au arătat că celulele sunt mai mari

ca normal și gășind și o mărire a nucleului ei au conchis la existența unei hipertrofii a celulelor musculare. Unii autori (Hirschsprung, Finkelstein, Cleveland, Williamsen și alții), au văzut o mărire a țesutului conjunctiv între fasciculele musculare.

Mucoasa și submucoasa sunt normale.

Impotriva așteptărilor, stomacul nu este destins decât în 10—27% a cazurilor, ba uneori este chiar diminuat (Rohmer și Loewenberg).

Hipertrofia musculară se întinde și dincolo de canalul piloric la straturile musculare ale vestibulului și dispore spre mijlocul stomacului.

Mucoasa gastrică este în general normală, dar adesea s'au semnalat cazuri de gastrită.

În spre duoden hipertrofia se oprește net în marea majoritate a cazurilor. Unii autori (Finkelstein, Still, Ibrahim și alții), au regăsit hipertrofia musculară și pe partea juxtapilorică a duodenului — acestea însă foarte rar. În câteva foarte rari cazuri s'a constatat că partea inferioară a esofagului era dilatată și hipertrofică.

Cercetând literatura, am gășit că s'a făcut examenul anatomo-patologic în câteva cazuri vindecate de această maladie, cari însă au sucombat prin alte maladii. În toate aceste cazuri, cari au prezentat în cele dintâi luni ale vieții lor tabloul clinic al stenozei pilorice a sugaciului, s'au putut regăsi la autopsie aceleași caractere anatomo-patologice ale unei stenoze hipertrofice. În aceste cazuri, vindecarea dura deja de câteva luni. Deci:

Substratul anatomo-patologic al stenozei hipertrofice a pilorului, persistă și după vindecarea clinică.

IX. TRATAMENTUL.

Stenoza pilorică hipertrofică comportă totdeauna un tratament medical și foarte adese un tratament chirurgical (Poucel).

a) *Tratamentul medical* este în primul rând dietetic, la care se adaugă adese unul fizic și medicamentos.

Tratamentul dietetic a trecut prin trei faze succesive. Primul a fost recomandat de Heubner. El pune copiii la sân le dă mese rari, fără să se intereseze de numărul și intensitatea vărsăturilor. El recomandă cataplasme pe regiunea epigastrică și

o spălătură zilnic cu apă caldă. Ca medicamente dă câteva picături de tinctură de valeriană cu urme de opium sau atropină. A doua fază dietetică a însemnat un succes și a fost sistematizată de Ibrahim. El recomandă *mese mici și dese* (30 gr. la 2 ore sau 10 gr. la o oră ziua și noaptea). Prescrie deasemenea spălături gastrice (zilnic de două ori) sau sonde gastrice spre a se evita staza gastrică, cu care sistem se evită sau cel puțin se răresc vărsăturile.

Aceste două metode au neajunsul de a subalimenta copilul, — ceea ce poate duce la o stare de denutriție gravă. De aceea — păstrând principiul meselor numeroase — s'a căutat să se dea alimente mai substanțiale. Aceasta este a treia fază dietetică.

Tratamentul medical ajutător:

Prin agenți fizici: Spălături de stomac spre a goli stomacul și a evita staza. Va trebui să folosim lichide alcaline.

Atropină (sulfat neutru $1\frac{0}{100}$) spre a paraliza terminațiunile vagului. Spre a evita pericolele mortale — destul de rare — pe care le-ar putea produce atropina, Usener preconizează eumidrina.

S'a recomandat deasemenea și papaverina.

Paul recomandă întrebuințarea adrenalinei.

Tratamentul medical este de recomandat în cazurile ușoare și mijlocii. Dacă însă după tratamentul medical nu observăm nici o ameliorare, ba din contră starea micului pacient se agravează, în acest caz indicația operatorie trebuie făcută fără întârziere.

b) *Tratamentul chirurgical.* Prima intervenție chirurgicală s'a făcut în 1892 de către Cordua care a făcut o jejunostomie. Cazul însă a fost mortal.

Primul caz operator vindecat este semnalat de către Loebker (gastro-enterostomie făcută în 1898).

Divulsiunea pilorului este un procedeu întrebuințat de Lotreta și practicat de Nicoll (1900).

În 1907, Fredet a făcut la sugaci „*piloroplastia extramucosă*” în colaborare cu Dufour. În 1911 Rammstedt a modificat puțin tehnica lui Fredet.

Tehnica operatorie Fredet—Rammstedt a devenit operația aproape consacrată care a înregistrat cele mai frumoase suc-

cese. Statisticile diferiților autori arată o mortalitate foarte redusă prin această operațiune variind între 10,6%—2,7%.

Stenoza pilorică a sugaciului operat se vindecă în general complet.

X. CAZURI CLINICE.

După cum am amintit la începutul acestei lucrări, în Clinica Infantilă din Cluj s'au observat până acum numai trei cazuri de stenoză hipertrofică a pilorului la sugaci. Voi reda aici în mod succint observațiile acestor cazuri, pentruca apoi să fac discuțiunea lor în ansamblu.

Cazul I. No. 147/1934. Copilul C. Ioan în vârstă de 3 luni (născut la 7/1 1934), român din jud. Cluj, intrat în clinică în ziua de 27/III 1934.

Anamneza: Antecedente eredo-colaterale: al treilea copil din 3: ceilalți doi sunt sănătoși. Părinții, afirmativ, sunt sănătoși. Neagă tuberculoză, sifilis, avorturi.

Antecedente personale: Născut la termen; greutatea la naștere 4000 gr.; alimentat natural. Boala actuală datează de la vârsta de trei săptămâni și s'a manifestat cu următoarele simptome: vărsături spastice după fiecare alimentație, scădere în greutate. Are scaune de culoare verzuie numai la 3—4 zile. Mama a observat și ne semnaleză bombarea și retractarea periodică epigastrului. A auzit deasemenea ghiorăituri. Starea prezentă la intrare: temp. 36°1, greutatea corpului 4070 gr., lungimea corpului 58 cm., perimetrul toracelui 36 cm., al capului 39 cm. Tegumentele normal colorate, ganglionii inghinali palpabili, turgor redus, fontanela mare deschisă pentru două laturi de deget. Schelet, articulații, aparat respirator și cardio-vascular nimic patologic. Tubul digestiv: pofta de mâncare foarte mare, vărsă spastic după fiecare sugere. Scaun nu are decât la 3—4 zile. Abdomenul: în regiunea epigastrică se observă undulațiuni peristaltice. La palpare, abdomenul este contractat pe toată suprafața. Se aud ghiorăituri la distanță. În rest nimic patologic. Reacția Wassermann din sângele mamei negativă.

Examenul radiologic: În ziua de 28/III 1934 se administrează per os 5 lingurițe de Fluidobarit. S'a făcut radiosopia și radiografii în serie, constatându-se următorul tablou: Stomac

mare dilatat, polul inferior două degete sub crestele iliace (în poziția verticală). Bula de gaz mărită, rotundă, pilorul întrece cu trei degete coloana vertebrală. Peristaltismul mai profund, se văd și unde antiperistaltice. După 3½ ore dela ingestie mai mult de jumătate din Ba. se găsește încă în stomac, iar cealaltă parte a ajuns la colonul ascendent, fiind diseminată în ansele intestinului subțire. După 4½ ore, jumătatea Ba. persistă încă în stomac, intestinul subțire este evacuat, Ba. e în colonul ascendent și începutul celui transvers. După 20 ore Ba. este în colonul transvers (contractat spastic), în descendent și sigmoidian.

Determinarea Clorului din sângele total executată la institutul de Fiziologie de către dl. asistent R. Opreanu, ne-a dat următoarele cifre: Na Cl 3,82 gr. ‰, Cl 2,32‰, deci o evidență Cloropenice.

După toate aceste investigațiuni, date fiind simptomele descrise, s'a instituit un tratament medical. Din prima zi s'a pus copilul la schema lui Pirquet, administrându-i-se în doze mici și reptate la intervale apropiate lapte de mamă și ceai, iar serul glucozat în injecții subcutanate în peretele abdominal. I s'a mai aplicat termofor pe abdomen. Acest tratament s'a urmat timp de 18 zile când vărășturile au început să scadă. În ziua a 10-a s'a atașat la tratament și antispasmodice, tinctură de beladonă și papaverină. Curba greutății în tot acest timp s'a menținut aproape în platou, crescând doar cu 70 gr. în cele 18 zile. Din ziua a 15-a vărășturile devin din nou mai frecvente, iar starea generală se agravează. În 12/IV 1934 se face un nou examen radiologic care are următorul rezultat: Stomacul dilatat, mare, Ba. persistă în stomac aproape în întregime și după 4 ore dela ingestie. În fața acestei situațiuni se bănuiește o stenoză hipertrofică a pilorului și se pune în consecință indicația operatorie. În 14/IV 1934, deci în a 18-a zi dela internare copilul este transpus la Clinica Chirurgicală pentru intervenție care este executată de dl. șef de lucrări Dr. I. Mureșan. D-sa face în ziua 20/IV 1934 piloro-plastie după Fredet—Rammstedt și găsește „canalul piloric transformat într'un tub rigid de 3 cm. lungime. S'a secționat musculatura pe fața anterioară, buzele de secțiune s'au îndepărtat imediat și au lăsat să ernieze mucoasa. S'au secționat toate fibrele circulare ale sfincterului piloric“. După această intervenție, în aceeași zi copilul este transpus la Clinica Infantilă pentru

tratament post-operator. Starea generală este bună. Se administrează lapte de mamă și ceai în cantități mici (30 gr.) și clisme (Katzenstein). Copilul merge tot mai bine. Zilnic se mărește cantitatea de lapte, încât la sfârșit ia câte 150 gr. la o masă și tolerează foarte bine — nu mai vărsă de loc. Intre timp se scot firele de sutură și se schimbă de mai multe ori pansamentul, iar după 16 zile dela operație, la 5/V 1934, părăsește clinica, curba greutății fiind în plină ascendență, având greutatea de 4750 gr. Este readus după 2 luni la control. Găsim greutatea de 7150 gr. La Röntgen evacuarea stomacului normală.

Cazul II. No. 396/1934. V. Arcadie de două luni (născut la 20/III 1934), ungar din jud. Hunedoara, este adus la Clinică în 27/V 1934. Antecedente eredo-colaterale: Este primul și singurul copil; tbc. și sifilis negate. Mama a avut un avort spontan. Antecedente eredo-concepționale: Înainte cu trei ani, mama a suferit de nefrită și de atunci ține *regim declorurat*. Antecedente personale: Născut la termen, este alimentat natural la intervale regulate din 3 în 3 ore. Istoricul boalei actuale: Mama ne spune că copilul vărsa după alimentație cantități mici de lapte. De o săptămână a observat că boala se agravează și varsă spastic după fiecare alimentație. Este constipat și a scăzut foarte mult în greutate. La începutul boalei, regiunea epigastrică era foarte bombată. A consultat un medic în provincie care i-a prescris un purgativ, dietă de ceai 24 ore și alimentație naturală; n'a observat însă nici o ameliorare. I-a administrat atunc picături de cardiazol și tinctură de beladonă după cari s'a arătat o oarecare ameliorare. De o săptămână copilul are ascensiuni mari de temperatură. Este îndrumată la Clinica Infantilă Cluj. *Starea prezentă:* Temp. 38°1, greutatea corpului 3550 gr., talia 55 cm., perimetrul capului 37,5 cm., perimetrul toracelui 34 cm. Copilul este foarte slab dezvoltat în raport cu vârsta lui din punct de vedere ponderal și statural. Este foarte desidratat, turgorul aproape dispărut; tegumentele sunt palide, anemice, iar pe frunte încrețite. Micropoliadenie generalizată. Fontanela mare, deschisă pentru două pulpe de deget. Aparatul respirator și cardio-vasculare nu prezintă nimic patologic. Ficatul și splina sunt între limitele normale. Tubul digestiv: pofta de mâncare este bună. În regiunea epigastrică stomacul bombează ușor. Din când în când prin perețele abdominal anterior se observă mișcări peristaltice. Copilul

este constipat, are scaune numai cu clismă. Scaunele sunt de culoare verzuie cu mucozități. Cavitatea bucală: amigdalele mărite, hiperemice, cu câteva puncte pultacee profunde. Reacția Wassermann la mamă negativă. I se prescrie dietă de ceai 6 ore, lapte de mamă 8×50 gr., iar între mese ceai. Ca tratament i se aplică supozitor cu glicerină, supozitor cu chinină 0,10 gr., dezinfecția nasului, badijonarea cavității bucale cu H₂O₂, clisme evacuatoare.

Prima zi 28/V 1934: Copilul vărsa spastic după fiecare alimentație, aproape toate cantitatea ingerată. La ora 11½ cam la 30' dela sugere varsă 50 gr. după ce luase 60 gr. În zilele următoare se dau mese mici câte 20 gr. lapte de mamă răcit și ca medicamente papaverină cu tinctură de beladonă. După acestea se observă o ameliorare. Vărsăturile scad ca număr și volum, iar starea generală este mai bună. *Examenul radiologic* practicat între timp ne arată că la 5½ ore după prânzul de Fluidobarit mai sunt resturi opace în stomac. Curba greutății este în ușoară scădere timp de trei zile, pentruca apoi să înceapă să urce din nou dar destul de lent. În ziua de 4/VI 1934 se ia sânge în care se dozează Clorul și Cloruri obținându-se următorul rezultat: Clorul total 1,71‰ (normal 5,50‰ după Garmaine Phelizot), Na Cl 2,33‰. Deci și în acest caz este o cloropenie. Se atașează la tratament injecțiuni cu soluție Ringer câte 60 cc. zilnic. Vărsăturile se mențin totuș 2—3 pe zi, dar copilul crește în greutate. După 21 zile de tratament medical în 17/VI 1934 copilul începe să scadă în greutate și vărsăturile se sporesc 4—5 pe zi. Căderea greutății fiind destul de bruscă dela 3720 gr. la 3630 gr. în 3 zile. Se face indicația operatorie de pilorotomie. Este trimisă 20/VI 1934 la Clinica Chirurgicală unde dl. Dr. I. Mureșan execută operația lui Fredet—Rammstedt. Se găsește un canal piloric foarte îngroșat de mărimea unei nuci. Se secționează seroasa și musculara până la mucoasă. După operație copilul este imediat readus la noi spre a i se da îngrijirile post-operatorii. I se dau alternativ câte 12 mese à 10 gr. fiecare de lapte de mamă și ceai. Aceste cantități se măresc zilnic după toleranța copilului. Ziua următoare operației a vărsat doar odată. A treia zi dela operație a făcut un colaps care a cedat la injecții cu sânge dela mamă și oleu camphorat. Acest accident odată trecut, copilul își revine, iar starea generală este din ce în ce mai

bună. Incepe să crească în greutate destul de rapid, ajunge să ia 7 mese à 110 gr. fiecare. După 25 zile de tratament postoperator și 46 zile dela intrare, părăsește serviciul vindecat, având greutatea de 4180 gr. După 3 zile revine cu ușoare ascensiuni febrile cauzate de mici puncte supurate la nivelul plăgii operatorii cari se aranjează la chirurgie. Mama insistă să fie ținut în clinică, având dificultăți în alimentare, ea fiind funcționară. Rămâne în clinică 20 zile în care timp copilul crește foarte bine, ajungând la plecare să cântărească 4630 gr. În 8/IX 1934 vine la control. Mama afirmă că are încă mici vărsături post-alimentare atone. A crescut însă foarte bine în greutate. Cântărește 5870 gr., turgorul e bun. La examenul radiologic făcut cu această ocazie se vede că la 3 ore dela ingestia Fluidobaritului, stomacul este complet evacuat. Ba. este în intestinul subțire și colonul asc. La 5 ore dela ingestie Ba. se găsește în colonul descendent și sigmoid. Rezultă că și în acest caz tratamentul aplicat a fost salutar.

Cazul III. No. 413/1934. Este vorba de copilul B. Bernat în etate de 2 luni, evreu din Simleul Silvaniei. Este adus la clinică în 17/IX 1934. Iată pe scurt povestea lui clinică: Este al 3-lea copil din 3. Părintii, afirmativ, sănătoși, bolile infectocontagioase și venerice sunt negate. Un frate mort la vârsta de 3 săptămâni, fără a se putea preciza cauza morții. Născut la termen, alimentat de mamă din 4 în 4 ore, de 5 ori pe zi. Boala sa datează cam de 4 săptămâni și a început cu vărsături aproape după fiecare alimentare. Vărsăturile sunt uneori spastice, alte ori atone. La început avea scaune frecvente, în ultimul timp însă este constipat și are scaun doar cu clisme. A slăbit mult în greutate. Este primit în clinică cu temp. de 36°6 C. Greutatea corpului 3400 gr., talia 58 cm., perimetrul capului 36 cm., al toracelui 34 cm. Este deci un copil mai slab dezvoltat în raport cu vârsta în ceea ce privește greutatea. Turgorul este flasc, inertrichoză pe spate și brate. Prezintă micro-macro-poliadenie generalizată. Fontanela mare deschisă pentru trei pulbe de deget, craniotabes pronunțat, ușoare mătăni costale. Aparatul respirator și cardio-vascular nimic deosebit. Abdomen: polul inferior al splinei este palpabil; mișcări peristaltice nu se observă. Tubul digestiv: copilul varsă, are scaune de consistență normală, dar numai după provocare. În rest nimic patologic. Reacția Wassermann în sângele mamei

negativă. Reacția Pirquet la copil negativă. Examenul radiologic: La ora 6 a. m. se dau 5 lingurițe Fluidobarit. La 3½ ore dela ingestie, aproape întreaga cantitate de Ba. se găsește în stomac. La 6½ ore ¾ din cant. de Ba. se află în stomac, iar o mică parte în intestinul subțire și cec. La 9 ore, mai mult de 1/3 din Ba. persistă încă în stomac, restul fiind în intestinul subțire și colonul asc. După 12 ore 1/3 din Ba. se găsește încă în stomac, iar restul în colonul transvers și descendent și după 30 ore mai sunt încă resturi de Ba. în stomac. Stomacul are formă alungită, este dilatat, bula de gaz e mărită. Se administrează 10 mese à 25 gr. fiecare (lapte de mamă). Ca medicament se dă o poțiune cu citrat de Na și tinct. beladonae. Se dă ser glucozat în clisme Katzenstein. După șapte zile i se dau 10 mese de 35 gr. fiecare dintre cari una basbeurre. În acest timp curba de greutate este mereu în scădere, vărsăturile variază între două până la cinci pe zi. În ziua a noua dela internare mama refuză să mai stea în clinică pentru tratament medical și cere ca să se facă copilului operație. În 26/IX 1934, deci a 10-a zi dela intrare se face intervenția chirurgicală găsindu-se o ipertrofie a pilorului lungă de aproape 3 cm. și mai mult de 1/2 cm. grosime. După intervenție copilul este readus la noi. Se dă tot la 1½ oră câte 5 gr. lapte de mamă și 5 gr. ceai, cardiotonice. A vărsat odată. Ziua următoare 27/IX 1934. starea generală este foarte gravă. Dela ora 8 a. m. temperatura este 40°4 C. fontanela deprimată, tremurături subconvulsive ale membrilor inferioare, nistagm, puls filiform, paliditate și varsă spastic. După masă starea generală se menține gravă, fața e plumburie, ochii înfundați în orbite, varsă spastic. Se fac injecții cu oleu camphorat și cofeină. Se administrează clismă Katzenstein cu 3 pic. adrenalină, balon cu oxigen. dar sucombă la ora 7 p. m. cu fenomene de ipertermie. La autopsia făcută la anatomia patologică, s'a găsit ipertrofia canalului piloric, strâmtat, abia permeabil pentru o sondă canelată. La plămân s'au găsit mici focare diseminate de broncho-pneumonie. Microscopic: secțiunile la nivelul stricturei arată următoarele caractere istologice; se văd glandele tubulare lungi bifurcate, în cea mai mare parte fără alterații. Pe alocuri se vede o micșorare a glandelor și o înlocuire cu țesut conjunctiv. Nu se văd nicăeri glandele lui Brünner. Submucoasa este foarte redusă și nu se văd foliculi limfoizi. Musculatura nu prezintă deasemeni caractere patologice; țesutul conjunctiv este în limitele obișnuite.

XI. DISCUȚIA CAZURILOR.

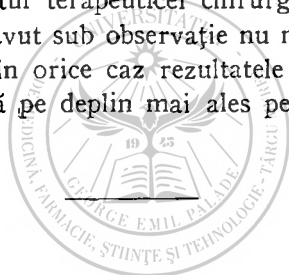
După cum rezultă din descrierea cazurilor noastre, ele concordă în ceea ce privește debutul și datele clinice, cu cazurile clasice.

În ce privește sexul cazurile noastre au fost toți de sex bărbătesc, deci și din acest punct de vedere se integrează în descrierea clasică.

Semnalăm ca un factor probabil cu rol în etiologia celui de-al 2-lea caz regimul declorurat îndelungat (3 ani) pe care mama îl ținea după o nefrită.

În ceea ce privește șansele de reușită ale dublei terapeutice medico-chirurgicale — acestea atârnă pe de o parte de gradul de gravitate al cazului, cum și de momentul când este adus.

Momentul indicației operatorii trebuie bine ales deoarece de el depinde rezultatul terapiei chirurgicale. Numărul mic de trei cazuri ce-am avut sub observație nu ne permite să hazardăm și alte deducții în orice caz rezultatele terapeutice sunt de natură să ne satisfacă pe deplin mai ales pentru un început.



DECLARAȚIE DE AUTENTICITATE

Eu, subsemnatul, declar că conținutul prezentei lucrări este corect și adevărat, fiind rezultatul propriilor cercetări științifice și a muncii proprii.

De asemenea, declar că nu am plagiat și că toate sursele citate sunt corecte și adevărate.

De asemenea, declar că nu am utilizat în redactarea prezentei lucrări servicii de traducere sau de editare profesională.

De asemenea, declar că nu am utilizat în redactarea prezentei lucrări servicii de traducere sau de editare profesională.

De asemenea, declar că nu am utilizat în redactarea prezentei lucrări servicii de traducere sau de editare profesională.

De asemenea, declar că nu am utilizat în redactarea prezentei lucrări servicii de traducere sau de editare profesională.

De asemenea, declar că nu am utilizat în redactarea prezentei lucrări servicii de traducere sau de editare profesională.

De asemenea, declar că nu am utilizat în redactarea prezentei lucrări servicii de traducere sau de editare profesională.

De asemenea, declar că nu am utilizat în redactarea prezentei lucrări servicii de traducere sau de editare profesională.

De asemenea, declar că nu am utilizat în redactarea prezentei lucrări servicii de traducere sau de editare profesională.

De asemenea, declar că nu am utilizat în redactarea prezentei lucrări servicii de traducere sau de editare profesională.

De asemenea, declar că nu am utilizat în redactarea prezentei lucrări servicii de traducere sau de editare profesională.

De asemenea, declar că nu am utilizat în redactarea prezentei lucrări servicii de traducere sau de editare profesională.



XII. CONCLUZIUNI.

1. Stenoza hipertrofică a pilorului la sugaci este o afecțiune rară la noi în țară.

2. Cunoașterea ei ca entitate clinică se datorește mai ales lui Hirschsprung și Thomson.

3. Din punct de vedere clinic se caracterizează prin vărsături incoercibile, neinfluențate de alimentație cari put duce pe sugaci până la atrepsie.

4. Radiologic se observă o oprire mai mult sau mai puțin completă a tranzitului gastric.

5. Evoluția clinică depinde dela caz la caz. Sunt posibile vindecări spontane precum sunt și cazuri grave cu prognostic infaust.

6. Etiologia și patogenia incomplet rezolvate rămân probleme deschise în viitor.

7. Din punct de vedere anatomo-patologic găsim o îngroșare a musculaturii pilorice cu deosebire a fibrelor circulare. Substratul anatomo-patologic persistă și după vindecare.

8. Tratamentul este dublu: medical și chirurgical. Operația preferată este „piloro-plastia“ lui Fredet și Rammstedt.

9. In Clinica Infantilă din Cluj s'au observat 3 cazuri căroro li s'a aplicat tratament medical urmat de cel chirurgical. In 2 cazuri s'au produs vindecări, iar al treilea a sucombat..

Cluj, 21 Ianuarie 1935.

ACTE DE ÎNTR-UNIRE

cu privire la...

...



...

...

...

...

BIBLIOGRAFIE.

- BARD L.: *Du mechanisme et de la pathogenie de la maladie pylorique du nourrisson.* (Progr. med. t. 56, No. 14. pp. 557—565, 1928).
- BARRET G. et CHAUFOUR H.: *Les signes radiologiques de la stenose et du spasme du pylore chez l'adulte et chez la nourrisson.* (Presse medical, annee XXX. No. 89. pp. 897 a 899, 1922).
- CORCAN P. CHAUSSINAND R. et STOLZ J.: *Estomac biloculaire organique avec stenose pylorique congenitale type Landerer Maier chez une fillette de 2 ans.* (Rev. franç. de Pediatrie, t. V, No. 3, pp. 354—362, 1929).
- CZERNY A. *Zur Pylorusstenose.* (Berliner Klin. Wochenschr. 1906, p. 1054).
- FEER R.: *Ueber Pylorospasmus und Pylorusstenose.* (Verh. d. Ges. f. Kinderheile, 1908, pp. 125—132).
- FINKELSTEIN H.: *Lehrbuch der Säuglings krankheiten,* (pp. 690—704. Julius Springer. Berlin, 1934).
- FLAMINI M.: *Vomiti essenziali dei lattanti, terapia del calcio ed azione curativa della vitamina D.* (Clin. pediatri., t. 10 pp. 88—97, 1928).
- FREDET P.: *La cure de la stenose hypertrophique du pylore chez les nourrissons par la pylorotomie extramuqueuse.* (Journ. de chir., t. 29, No. 4, pp. 385—408, 1927).
- HIRSCHSPRUNG H. *Fälle von angeborener Pylorusstenose, beobachtet bei Säuglingen.* (Jahrb. f. Kinderheilt., t. 28, pp. 61—68, 1888).
- IBRAHIM J.: *Die Pylorusstenose der Säuglinge.* (Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk., t. 1, pp. 208—272, 1908).

- *Die interne Behandlung der spastischen Pylorusstenose der Säuling.* (Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk., t. 24, pp. 233—253, 1923).
- JOHN, FOOTE: *Pylorospasm and congenital pyloric stenosis.* (Americ. Journ. of. Dis. of. Childr., t. 15, No. 5, pp. 351—353, 1918).
- JONNESCO: *Danstraité d'anatomie humaine de Poirier*, 1895, t. IV. fasc. 1.
- KNOPFELMACHER W.: *Pylorospasmus mittels Papaverins behandelt.* (Münch. med. Wochenschr. 1914, I. p., 284).
- *Die Behandlung des spastischen Pylorusstenose.* (Wien, med. Wochschr., t. 74, No. 20, pp. 1024—1027, 1924).
- LANZARINI FELICE: *Un caso di stenosi pilorica congenita.* (Riv. di clin. pediatr. t. 22, pp. 171—179, 1924).
- LESNE E. et COFFIN M.: *Diagnostic et traitement des stenoses pyloriques du nourrisson.* (Le Nourrisson, t. 14, pp. 329—368, 1926).
- *Stenose par hypertrophie musculaire du pylore, de symptomatologie fruste, d'évolution chronique. Echec du traitement médical. Pylorotomie, guérison.* (Bull. de la soc. de ped. de Paris, t. 24, p. 122. 135, 1926).
- *Les vomissements chez le nourrisson, stenoses Pyloriques et duodénales.* (Monographies de Pédiatrie et de Puericulture, Gauthier—Villars et Cie. edit. Paris 1930, 139 pg.).
- MANICATIDE M. și C. V. IONESCU: *Două cazuri de stenoză prin hipertrofie musculară a pilorului la sugar.* (Rev. Științelor med. București an. 17, No. 9, 1928, pp. 761—767).
- MARFAN A. B.: *Le retrecissement congenital du pylore.* (Le Nourrisson, t., 7, pp. 129—146, 1919).
- *Tratament de la maladie des vomissements habituels et du retrecissement congenital du pylore.* (Le Nourrisson, t. 7, pp. 203—217, 1919).
- MUREȘAN I. și D-NA CIRLEA: *Un caz de stenoză hipertrofică a pilorului, operat și vindecat.* (Comunicare la Soc. Științelor med. din Cluj, ședința din 5 Mai 1934).

- NOBECOURT P. et L. BABONNEIX: *Taite de medecine des enfants, T. III. cap. Sindromes gastriques*, scris de P. Lereboullet și A. Bohn, Paris Masson et Cie 1934.
- OCHSENIUS K.: *Beitrag zur Beurteilung und Behandlung des gastro-spastischen Symptomenkomplexes.* (Jahrb. f. Kinderheilk, t. III, pp. 315—330, 1926).
- PEHU M.: *La Maladie pylorique du Nourrisson.* (Journ. de med. de Lyon. t. 2, No. 25, pp. 699—707, 1921).
- PEHU M. et PINEL X.: *La maladie pylorique du nourrisson.* (Le Nourrisson, t. 9, pp. 257—290, et 337—381, 1921).
- PEIFFER J.: *Les indications therapeutiques dans la stenose hypertrophique du pylore chez le nourrisson.* (Strasbourg, 97 pg.).
- PFAUNDLER M.: *Demonstrationen über Kongenitale Pylorusstenose.* (Veh. d. Ges. f. Kinderheilk. 1905, pp. 257—259).
- *Pylorusstenosen im Säuglingsalter.* (Handbuch der Kinderheilkunde von Pfaundler, Schlossmann. 2 Aufl. t. 3, pp. 193—211, 1910).
- PINEL X.: *La maladie pylorique.* These, Lyon, 1921.
- PHELIZOT G.: *Etude phisio-pathologicque des deshydratations du nourrisson.* (Strasbourg, 113 pg.).
- POUCEL I.: *La stenose hypertrophique du pylore chez le nourrisson.* (Masson et Cie edit. Paris, Coll. medecine et chirurgie pratique, 108 pg.).
- RAMMSTEDT C.: *Zud Operation des Pylorospasmus der Säuglige.* (Zentralbl. f. Chir. t. 49, No. 36, pp. 1329—1331, 1922).
- RÖHMER P.: *La dilatation de l'estomac dans la stenose hypertrophique du pylore du nourrisson.* (Le Nourrisson, t. 9, pp. 215—222, 1921).
- SAUER L. W.: *Hypertrophique pyloric stenosis.* (A monographic review). (Arch. of pediater. t. 41, No. 3, pp. 145—170, 1924).
- THOMSON J.: *Observations on conegenital hypertrophy on the*

pylorus. (Edinburgh. md. journ. t. 26, No. 1, pp. 1—20, 1921).

TOMA I. și PULCA R.: *Sindrom paloare-ipertermie după pilorotomie*. (Com. la Soc. științelor med. Cluj, șed. 17 Nov. 1934).

WERNSTEDT W.: *Ueber spastische Pyloruskontraktur der Säuglinge und angeborene Pylorusstenose. (Beziehungsweise Pylorusenge)*. (Monatschr. f. Kinderheilk., t. 8, pp. 524—534, 1909).

— *Ungeloste Probleme in der Pylorusstenosefrage*. (Monatschr. f. Kinderheilk., t. 25, pp. 676—693, 1923).

