

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

No. 1041

CONSIDERAȚIUNI ASUPRA
TRATAMENTULUI MEDICAL
IN ULCKERUL GASTRIC ȘI
DUODENAL

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE

DE

IOAN MEȚIANU

PREPARATOR EXTRABUGETAR AL CLINICEI MEDICALE
INTERN LA SALVAREA



1936

TIP. „CARTEA ROMÂNEASCĂ”
CLUJ

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan : Prof. Dr. D. MICHAÏL

Profesori :

| | | |
|---|-----------|--------------|
| Clinica stomatologică | Prof. Dr. | ALEMAN I. |
| Microbiologia | " " | BARONI V. |
| Istoria Medicinii | " " | BOLOGA V. |
| Patologia generală și experimentală | " " | BOTEZ A. M. |
| Clinica oto-rino-laringologică | " " | BUZOIANU GH. |
| Istologia și embriologia umană | " " | DRĂGOIU I. |
| Semiologie medicală | " " | GOIA I. |
| Clinica ginecologică și obstetricală | " " | GRIGORIU C. |
| Clinica medicală | " " | HAȚIEGANU I. |
| Medicina legală | " " | KERNBACH M. |
| Farmacologia și farmacognozia (supl.) | " " | POPOVICI GH. |
| Clinica oftalmologică | " " | MICHAÏL D. |
| Clinica neurologică | " " | MINEA I. |
| Igiena și igiena socială | " " | MOLDOVAN I. |
| Radiologia medicală | " " | NEGRU D. |
| Anatomia descriptivă și topografică | " " | PAPILIAN V. |
| Clinica chirurgicală } Medicină operatoare } | " " | POP A. |
| Fiziologia umană (supl) | " " | DRĂGOIU I. |
| Balneologia | " " | STURZA M. |
| Clinica dermatovenerică | " " | TĂTARU C. |
| Clinica urologică | " " | ȚEPOSU E. |
| Chimia biologică | " " | THOMAS P. |
| Clinica psihiatrică | " " | URECHIA C. |
| Anatomia patologică | " " | VASILIU T. |
| Clinica Infantilă | " " | POPOVICI GH. |

JURIUL DE PROMOȚIE :

Președinte : Prof. Dr. I. HAȚIEGANU

Membrii : { " " " I. GOIA
 " " " AL. POP
 " " " M. STURZA
 " " " V. BOLOGA

Supleant : D-l Doc. Dr. I. GAVRILĂ

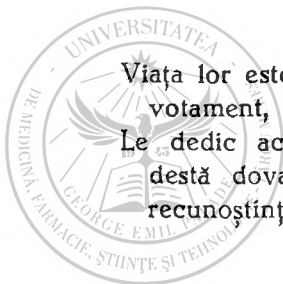
P. Nagy Maucy

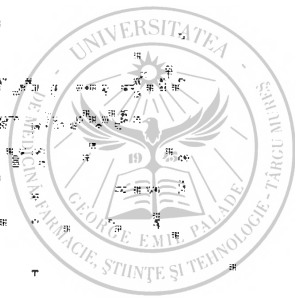
5/11/93

Metian

TATĂLUI MEU ȘI MAMEI MELE

Viața lor este un exemplu de devotament, muncă și sacrificiu. Le dedic această lucrare, modestă dovadă a dragostei și recunoștinței mele.





**MAESTRULUI MEU PROFESORUL Dr. IULIU HAȚIEGANU
DIRECTORUL CLINICEI MEDICALE**

In decursul celor patru ani in
cari am lucrat in serviciul
Domniei Voastre, a-ți fost pen-
tru mine un adevărat maestru.
Vă exprim recunoștința și ad-
mirația mea, mulțumindu-Vă
pentru marea cinste ce-mi fa-
ceți primind prezidenția primei
mele lucrări.



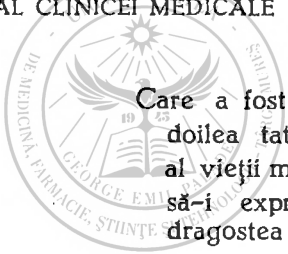
**MAESTRULUI MEU DOCTORUL IOAN GOIA
PROFESOR DE SEMIOLOGIE MEDICALĂ**

Vă rog să primiți omagiul res-
pectuoasei mele recunoștințe
pentru interesul ce mi-a-ți ară-
tat în cursul studiilor mele
Clinice. Pentru sfaturile și aju-
torul ce mi-a-ți dat la alcătuirea
acestei teze Vă aduc mulțu-
mirile mele.

JURIULUI DE PROMOTIE RESPECTUOASE MULȚUMIRI.



VĂRULUI MEU, DOCTORUL TIBERIU SPĂRCHEZ
ASISTENT AL CLINICEI MEDICALE



Care a fost pentru mine un al
doilea tată și un îndrumător
al vieții mele de student, vreau
să-i exprim recunoștința și
dragostea mea.

UNIVERSITATEA DE MĂDĂRAR



UNIVERSITATEA DE MĂDĂRAR
FACULTATEA DE MĂDĂRAR
ȘTIINȚA DE MĂDĂRAR ȘI TEHNOLOGIE - TÂRCU-LUI-PALADE

Introducere.

În patologia digestivă sindromul ulceros ocupă un loc important. Dela primele descrieri făcute de Cruveilhier până în ultimul timp s'au adus o serie de contribuțiuni în ceea ce privește simptomatologia, patogenia și tratamentul. S'au descris etape variate ale acestor capitole.

Dacă scenariul ulcerului e bine conturat, în schimb etiologia și patogenia lui formează încă obiectul unor cercetări științifice. Medicina experimentală, care a luat avânt așa de mare în timpul din urmă, a adus oarecari contribuțiuni și prin prisma acestor rezultate s'au emis noi ipoteze în ceea ce privește capitolele amintite.

Lipsa unei etiologii și patogenii a făcut desigur ca și terapeutică ulcerului să fie mai puțin precisă. Tratamentele simptomatice ori cât de variate au fost n'au deslegat problema terapeutică, iar rezultatele obținute au fost mai mult provizorii.

Aceste insuccese terapeutice din partea interniștilor a făcut să prindă ideia intervenționismului operator, astfel încât școala americană enunță că singurul remediu pentru terapia ulcerului este operația. Această manoperă brutală poate să aibă fără îndoială rezultate, a avut însă și insuccese nenumărate.

În fața acestor stări problema terapeutică a format din nou obiectul preocupărilor științifice ale interniștilor și chirurgilor. Astfel la Societatea Științelor Medicale din Paris specialiști cu autoritate aduc contribuțiunile lor personale pentru a judeca și sugera idei noi în terapeutică sindromului ulceros. În 1933 la Congresul de terapeutică, școala franceză, germană și italiană dau o atenție deosebită tratamentului în ceea ce privește ulcerul gastro-duodenal. Concluziile ce se desprind dela acest congres sunt foarte nesigure. Într'adevăr nici un autor nu poate să

enunțe cu tot obiectivismul superioritatea vre-unui procedeu terapeutic. Toți recomandă continuarea observațiilor în cadrul unor statistici cât mai vaste.

În Clinica Medicală din Cluj ulcerul gastro-duodenal a survenit foarte frecvent. Observația acestor cazuri, cu o rigurozitate științifică, formează fără îndoială un material extrem de bogat. În terapeutila aplicată în mod rațional, s'a ținut cont de noile principii enunțate, precum și de concepția D-lor Profesori Hațieganu și Goia.

La sugestia D-lui profesor Hațieganu de-a compara statistica ulcerelor tratate în clinica D-Sale, cu statisticile străine, am întreprins o anchetă observând evoluția ulcerelor în răstimp de 12 ani.

Pentru a avea criterii mai sigure de apreciere am urmărit pe de o parte rezultatele terapeutice imediate, aplicate în clinică, pe de altă parte efectele tardive în cursul celor 12 ani, chestionând o parte din bolnavi, alții fiind chiar reexaminați.

Această operațiune dificilă, care s'a făcut în răstimp de 5 ani a fost o realizare destul de grea. Am lansat 2700 fișe individuale. Răspunsurile primite dela o parte din acești bolnavi, precum și rezultatele terapeutice imediate obținute în clinică, constituie materialul uneia din cele mai bogate statistici. Aceste fapte mă îndreptățesc să fac oarecari aprecieri asupra terapiei ulcerului.

La această lucrare am avut un neprețuit ajutor din partea Domnilor prof. Dr. Goia și asistent Dr. Spârchez. În colaborare cu D-lor se lucrează la întocmirea unei statistici asupra terapiei ulcerului.

CAP. I.

Considerațiuni generale.

Ulcerul este o boală destul de frecventă, având o simptomatologie bine precizată, a cărui etiologie și patogenie însă este destul de misterioasă.

Cunoscut de Hipocrate, sub numele de Morbus Niger, ulcerul gastric a fost descris de Cruveilhier, iar mai târziu de Rokitansky.

Leziunea localizată pe duoden a fost descrisă mai târziu și se credea că este mult mai rară decât ulcerul gastric. Ulterior, bazați pe o experiență chirurgicală și radiologică, s'a ajuns să se vadă că ulcerul duodenal este mult mai frecvent decât cel gastric.

Din totalul de 35.000 cazuri tratate în clinică au prezentat suferințe stomacale 4582 (13,09%). Din acestea ulcerul gastro-duodenal a fost evidențiat în 2700 cazuri (58,92%). Procentul ulcerelor față de totalul bolnavilor este de 7.71%. Repartizate după localizare, ulcerele gastrice reprezintă un procent de 28.06% (758 cazuri), iar cele duodenale 71,93% (1942 cazuri) deci un raport de 1:2,5.

Anatomie patologică.

Localizarea de predilecție a ulcerului gastric este regiunea pilorică (10,88%), curbura mică (17,18%) și în mod excepțional curbura mare.

Ulcerul duodenal se localizează mai ales pe prima porțiune, rar pe porțiunea a doua și excepțional pe porțiunea a treia.

Aspectul macroscopic și microscopic al ulcerului variază după vechimea lui. Ulcerul recent se prezintă ca o pierdere de substanță ovalară de 1—3 cm. diametru. Marginile sunt regulate,

iar diametrul se micșorează spre profunzime, dând aspectul de crater. În ulcerele vechi, cronice, marginile sunt ridicate, îngroșate și scleroase.

Microscopic ulcerul recent se prezintă ca o pierdere de substanță. În ulcerele vechi craterul este înconjurat de un strat gros de țesut scleros aproape lipsit de vase. Se observă de asemenea leziuni inflamatorii cronice, leziuni de endarterită cronică și de nevrită cronică.

De obicei ulcerul se vindecă prin formare de țesut conjunctiv. Localizarea pe pilor poate da stenozări ale acestui orificiu, iar ulcerul pe curbura mică poate produce stomacul bilocular. În evoluția sa ulcerul poate să erodeze un vas dând emoragii abundente, sau poate să distrugă întreg peretele stomacului dând perforațiuni în cavitatea abdominală sau în organele învecinate (pancreas, ficat, splină). Când perforația se face într'un organ cavitat (colonul, vezica biliară, intestinul,) se produc fistule.

Etiologie și patogenie.

Ulcerul gastro-duodenal este o boală pe care o găsim mai frecvent la bărbați decât la femei. Din totalul de 2700 cazuri observate, 2221 (82,25%) au fost bărbați, iar 479 (17,74%) femeii.

Vârsta la care survine ulcerul mai des este între 25—45 ani. El este rar sub 15 ani (0,54%).

Ocupațiunea are deasemenea importanță în producerea ulcerului. Rezultatele statistice obținute dovedesc frecvența acestei afecțiuni în mediul rural, la țărani și muncitori (75%).

Se atribue importanță mare în etiologia ulcerului igienei alimentare, alcoolului și tutunului.

Patogenia exactă a ulcerului este încă necunoscută. Aceasta este și explicația numeroaselor teorii cari încearcă să o elucideze.

Marea majoritatea a autorilor au susținut teoria peptică digestivă în formarea ulcerului. Sucul gastric prin puterea peptică și scăderea rezistenței ar produce o autodigestie a mucoasei.

Alți autori admit că în ulcer este o acidifiere a organismului. Bazat pe acest fapt Balint susține că ulcerul s'ar datora modificării echilibrului acido-bazic. Această teorie a fost combătută de o serie de autori, Clinica Medicală din Cluj aducând contribuțiuni frumoase prin cercetările făcute de Gavrilă.

Turburările endocrine sunt incriminate de asemenea în formarea ulcerului. Pentru Palier ulcerul ar fi o litiază calcică a

mucoasei gastrice pusă în legătură cu un dezechilibru paratiroidian.

Un mare număr de gastro-enterologi explică formarea ulcerului prin embolii septice și tromboze infecțioase. Apendicite, cholecistite, salpingite, toxii-infecțiile alimentare, cariile dentare etc. ar fi focarele primitive de infecție.

Bergmann crede că la baza formării ulcerului ar sta un dezechilibru al sistemului vegetativ.

Konjetzny găsește gastrita în 100% a cazurilor de ulcer și ea ar fi punctul de plecare al ulcerelor.

Harris înclină să creadă că ulcerul ar apărea sub dependența unei avitaminoze.

După Weiss și Aron ulcerul ar fi o manifestare locală a unei turburări generale de metabolism în care lipsa histidinei ar juca mare rol.

Simptomatologie.

Durerea. Sîndromul ulceros evoluează prin perioade dureroase cari durează dela 5 zile la 3 săptămâni sau o lună. În acest interval de timp durerile sunt zilnice, fiind ritmate de alimentație. Ele pot fi precoce, când apar imediat după alimentație, semitardive, la 1—1, 1/2 ore, tardive la 3—4 ore, sau ipertardive. Durerile precoce sunt caracteristice ulcerului localizat pe cardiac, cele semitardive ulcerului pe curbura mică, cele tardive ulcerului duodenal. Uneori durerile apar pe nemâncate, ele fiind caracteristice localizării pe duoden. Moynihan a sugerat o schemă care are o valoare de diagnostic reală: dureri cu ritmul în 3 timpi la ulcerul duodenal (mîncare — bine — durere) și în 4 timpi la ulcerele localizate pe stomac (mîncare — bine — durere — bine). Durerea, localizată de obicei în epigastru, poate avea caracterul de arsură, apăsare dureroasă, torsiune sau caracterul de crampă. Ea se calmează ușor prin aplicare de căldură asupra regiunii epigastrice, sau prin ingerarea de substanțe alcaline.

După perioada dureroasă urmează o perioadă de liniște care poate dura mai multe săptămâni, mai multe luni, sau chiar mai mulți ani. Este caracteristic pentru ulcer apariția perioadelor dureroase în fiecare primăvară și toamnă.

Vărsăturile constituiesc al doilea semn de ulcer. Apar destul de frecvent, mai ales în timpul accesului dureros, producând o ușurare bolnavului. Vărsăturile devin foarte frecvente

când ulcerul evoluează spre stenozarea orificiului piloric. În acest caz cantitatea alimentelor evacuate este foarte mare și uneori conțin alimente ingerate înainte cu o zi.

Emoragia este un accident brutal care figurează în simptomatologia ulcerului. Apare în timpul unei perioade dureroase sau o precede. Emoregia gastrică apărând fie ca ematemeză, melenă sau ambele, a survenit în 20,21% a cazurilor. Ea poate să constituie în unele cazuri primul simptom manifest. Emoragia poate fi bruscă și abundentă, sau pierderea de sânge să fie lentă și de lungă durată. Când ematemeza este abundentă sângele are o culoare roșie rutilantă, pe când dacă emoragia se face în mod lent, are culoarea drojdiei de cafea din cauză că sângele a fost digerat în stomac. În cazurile de melenă scaunul are o culoare neagră închisă, ca păcura, sau cerneala. Când ematemeza, sau melena este abundentă, din cauza pierderii mari de sânge, bolnavii se plâng de amețeli, scăderea forței fizice. În majoritatea cazurilor de ulcer emoragia, în timpul perioadelor dureroase, este ocultă astfel că nu poate fi pusă în evidență decât prin reacțiuni chimice (reacția Gregersen). Și în aceste cazuri, din cauza pierderii mari de sânge, bolnavii prezintă o anemie pronunțată.

Regurgitățile, răgăielile, pirozele și constipația sunt alte simptome cari ne atrag atențiunea asupra ulcerului.

Examenul obiectiv.

La palparea regiunii epigastrice bolnavii prezintă o sensibilitate variabilă ca localizare după sediul ulcerului: în ulcerul curburii mici la stânga liniei mediane, în ulcerul piloric pe linia mediană, iar în ulcerul duodenal la dreapta liniei mediane.

Secreția și chimismul gastric ne dau un ajutor prețios în diagnosticul ulcerului. Secreția gastrică mărită se găsește într'un procent de 32,88% a cazurilor, fiind mai frecventă în localizările pe duoden și pilor. Iperaciditatea nu mai e considerată ca un simptom capital în diagnosticul ulcerelor. Noi l-am observat numai în 32,88% a cazurilor, în 54,44% a cazurilor normaciditate, iar în 12,74% ipoaciditate. Aciditate scăzută sau normală observăm în ulcerele cu evoluție lungă și complicate cu simptome de gastrită.

Examenul radiologic. Diagnosticul ulcerului trebuie confirmat prin examenul radiosopic care în majoritatea cazurilor ne dă indicațiuni foarte prețioase. Semne sigure de ulcer am constatat în 55,66% a cazurilor, semne indirecte în 35,32% a cazurilor, iar lipsa semnelor radiologice abia în 8,7%.

Gastroscofia. Ca metodă complimentară de diagnostic în ulcerele gastrice este și gastroscofia care, ne permite să urmărim evoluția și eficacitatea metodelor terapeutice.

Formele clinice.

Din punct de vedere clinic ulcerul poate să evolueze sub forme variate. Distingem: O *formă acută* în care debutul este brusc, în plină sănătate, prin emoragii abundente sau perforație și o formă cronică: *Ulcerul cronic.* În aceste cazuri antecedentele bolnavului sunt foarte lungi, dela 5—30 ani. Durerea apare în paroxisme separate de perioade de acalmie.

Din punct de vedere al simptomatologiei distingem de asemenea mai multe forme.

1. *Forma latentă* sau „mută” în care nu avem nici un simptom clinic, sau ușoare fenomene dispeptice.

2. *Forma dureroasă* în care predomină durerile violente.

3. *Forma emoragică* în care simptomul cel mai important este ematemeza sau melena care se poate repeta la intervale mici.

4. *Forma vomitivă*, care se observă mai ales în ulcerele cu contracțiunea spasmodică ori stenoza orificiului piloric, este caracterizată prin vărsături frecvente.

5. *Forma febrilă* este caracterizată prin stare febrilă cu caracter infecțios.

Simptomatologia clinică a ulcerului variază și după localizarea lui astfel că din acest punct de vedere distingem:

1. *Sindromul ulcerului piloric.* Această localizare survine în 17,18% a cazurilor. Raportul dintre bărbați și femei este de 2:1 (66,37% bărbați și 33,63% femei). Durerea în ulcerul pe curbura mică este foarte mare, apare 1—2 ore după alimentație și nu se calmează prin ingerarea de alimente sau alcaline. Găsim sensibilitate la presiune, în epigastru, la stânga liniei mediane.

2. *Sindromul ulcerului piloric.* Se caracterizează prin dureri în epigastru cari apar tardiv, la 2—4 ore după alimentație și cari se calmează după alcaline și ingerarea de alimente. Bolnavii au vărsături abundente în legătură cu durerile. Examinați obiectiv au sensibilitate în epigastru pe linia mediană, clapotaj dimineața pe nemâncate, și ipersecreție. Față de celelalte ulcere localizarea pe pilor survine în 10,88% a cazurilor, fiind mult mai frecventă la bărbați (85,05%).

3. *Sindromul ulcerului duodenal.* Durerea apare la 4—5

ore după alimentație sau înainte de mâncare (foame dureroasă) și uneori noaptea. Ea este periodică, perioadele dureroase fiind mai frecvente primăvara și toamna. Durerile sunt însoțite de piroze, regurgități acide și uneori vărsături. Emoragia, mai ales sub formă de melenă, este un simptom important al ulcerului duodenal. Frecvența lui față de celelalte localizări este mare, el reprezentând 71,93% din totalul ulcerelor.

Complicațiile ulcerului.

Complicațiunile ulcerului sunt foarte variate. Ele pot fi de ordin general și local.

Complicațiuni generale. Anemia apare ca o complicațiune secundară, fie unei emoragii mari, fie emoragiilor mici și repetate. În producerea ei are importanță și gastrita, care este prezentă în majoritatea cazurilor de ulcer.

Tot ca o complicație de ordin general este constipația și colita.

Complicațiuni locale.

Emoragia este un accident brutal, care figurează în simptomatologia ulcerului. Este considerată ca o complicație când sângerarea este foarte abundentă și pune viața bolnavului în pericol. Ea apare ca ematemeză sau melenă în 20,21% a cazurilor.

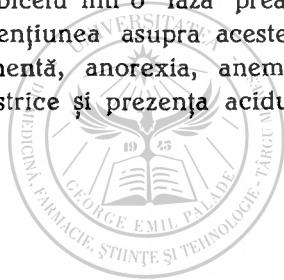
Perigastrita și periduodenita sunt complicațiuni cari modifică ritmicitatea durerilor cari devin continue și de intensitate mai mare. Le găsim într'o proporție de 8,8% cu o localizare mai frecventă la nivelul duodenului. Aceste complicațiuni iau naștere prin progresiunea procesului infecțios de la nivelul ulcerului spre seroasă. Prin reacțiunea peritoneului se formează bride și bande fibroase, cari fixează stomacul și duodenul de organele învecinate: ficat, vesica biliară, colon.

Perforația, numită catastrofa abdominală, este o complicațiune care după autorii americani apare în 4,5% a cazurilor. După Hansen în 10%. Frecvența este mai mare la bărbați și survine, mai ales în ulcerele duodenale. La câteva ore după ce bolnavul are o durere foarte mare în regiunea epigastrică, apar semnele unei peritonite acute: față peritoneală, abdomenul contractat iar mai târziu balonat, puls frecvent și filiform, hipotermie, scaunul și vânturile sunt suprimate, uneori bolnavul prezintă și vărsături. Când perforația se face într'un bloc de perigastrită sau periduodenită, se formează abcese (subhepatic, subfrenic), sau fistule (gastro-colică, gastro-cutanată).

Stenozele cicatriciale. Ulcerul în evoluția sa se poate vin-

deca prin cicatrizare, producând stenoza ale orificiului piloric duodenului și stomacului. Stenoza pilorică se observă relativ frecvent (10,51%), față de stenoza medio-gastrică sau stenoza duodenală. Stenoza medio-gastrică, realizând stomacul bilocular, a fost observată în clinica medicală în 32 cazuri, iar stenoza pilorică în 4 cazuri. Această complicație se trădează prin vărsături alimentare abundente în localizarea pilorică și gastrică, și prin vărsături bilioase în stenoza duodenală.

Ulcerocancerul, este o complicație asupra frecvenței căruia autorii nu sunt de acord. Chirurgii susțin că degenerescența canceroasă este foarte frecventă (Finsterer 21%, școala americană 40%—70%), pe când interniștii, mai moderați, admit degenerescența ulcerului în 3—7%. În clinica medicală s'a făcut diagnosticul de ulcerocancer în 47 cazuri, ceea ce reprezintă 1,70% a ulcerelor. Diagnosticul ulcerocancerului întâmpină dificultăți mari și el se face de obicei într'o fază prea tardivă. Simptomele cari ne atrag atențiunea asupra acestei complicații sunt: emoragia ocultă permanentă, anorexia, anemia, debilitatea, diminuarea acidităților gastrice și prezența acidului lactic.



CAP. II.

Tratamentul ulcerului.

Atât timp cât ulcerul a fost considerat ca o boală locală terapia a fost simptomatică. Criteriile de vindecare după această metodă consistă în aplicarea și găsierea unor serii de elemente cari contribuie la vindecarea ulcerului.

Repausul.

Este factorul desconsiderat de unii terapeuticieni. Importanța lui însă o dovedește observația clinică. Țărani, bolnavi dela sate, cu dureri aproape continue de multă vreme, în urma repausului impus în clinică în timpul examinărilor, se simt foarte bine, durerile diminuează sau chiar dispar, deși nu primiseră nici un medicament.

În general recomandăm liniște completă la pat, dela 2—6 săptămâni după gravitatea cazului. Această fază de relaxare a bolnavului permite un început de cicatrizare mai rapidă. Într'o fază de ameliorare recomandăm repaus obligator după mesele principale. Vom fi tot așa de severi cu prescripțiunea în ceea ce privește ocupațiunea intelectuală, interzicând eforturile pe durată de 4—6 săptămâni.

Alimentația.

În terapia ulcerului s'au recomandat regimuri foarte variate, bazate pe cercetări fiziologice asupra stomacului. Astfel se cunosc următoarele tipuri de regim: regim lactat, regimul lui Jarotzky, regimul lui Lenhartz, metoda lui Sippy, metoda lui Recht, regimului Senator, regimul Coleman, regimului lui Klimenko, metoda lui Einhorn, regimul lui Seale Harris.

1. *Regimul lactat.* Imaginat de Cruveilhier, el a fost considerat ca bază a alimentației în ulcer. Laptele este un aliment

complet, care irită însă puțin mucoasa gastrică. Ar avea desavantajul că în mediul acid din stomac dă un coagul, care ar putea să jeneză evacuarea pilorică, condiție care mărește hipersecreția și reprezintă un factor de iritație. Ca un corectiv s'a indicat laptele citratat, pentru a împiedeca formarea coagulilor mai mari din stomac. Nu toți bolnavii suportă regimul lactat din cauza idiosincraziei, iar alții reacționează prin fermentații intestinale cu diaree. Căntitatea de lapte recomandată era în medie 2 litri, la 1—1 $\frac{1}{2}$ oră câte 200 cmc.

2. *Regimul lui Jarotzky.* În 1910, acest autor bazat pe cercetările experimentale ale lui Pavlov, recomandă un regim mai complex. El administrează în doze mari albușul de ou nebătut, fără sare, căruia îi atașează untul proaspăt. Baza acestui regim consistă în administrarea alimentelor cari nu stagnează mult timp în stomac și permite o alimentație mai substanțială: grăsimi, creme, oleu, unt, albuș de ou crud. Mai târziu făinoase, pireuri de legume, și compoturi. Jarotzky dă următoarea schemă: în prima zi un albuș de ou și 20 gr. unt; a doua zi 2 albușuri de ou și 40 gr. unt, mergând în acest fel până ajunge la 10 albușuri de ou și 200 gr. unt. După 10—12 zile admite supă de făină de gris, orez, fără sare, cu unt și trecute prin sită, pireuri de legume, compoturi. Acest regim a fost introdus din 1925 în Rusia, Germania și Scandinavia. A fost supus unei critici foarte severe, obiectându-i-se că nu poate fi suportat de bolnav decât câteva zile. Este acceptat mai ales după emoragii gastrice.

3. *Regimul lui Lenhartz.* Consistă într'o alimentație mult mai completă și substanțială. El recomandă chiar în faza acută sau imediat după emoragie alimentația cu 150—200 gr. lapte și 2 ouă mărind repede cantitatea acestora astfel că în ziua 8-a admite 8 ouă și 1000 gr. lapte. Incepând cu ziua 6-a permite în alimentație carne de vită crudă, tocată (35 gr.), astfel că în câteva zile ajunge la un regim normal. Regimul lui Lenhartz este foarte obositor pentru stomac și pare a fi periculos prin faptul că acest autor recomandă începând cu săptămâna a doua o alimentație normală, cu predominanța albuminoidelor.

4. *Metoda lui Sippy,* tinde la o neutralizare permanentă a acidului clorhidric liber. Bolnavul fiind ținut la pat timp de 3 săptămâni, primește zilnic începând dela ora 7 dimineața până la ora 7 seara, tot din oră în oră o masă compusă din 50 gr.

lapte + 50 gr. smântână. La o jumătate de oră dela fiecare masă, bolnavul primește câte un pachetel din compoziția :

Magnezie calcinată
Bicarbonat de sodiu aa. 0,50 gr.

alternând cu :

Carbonat de calciu 0,50 gr.
Bicarbonat de sodiu 1,50 gr.

După ultima masă bolnavul primește încă 4 pachetele din compoziție de mai sus, tot la o jumătate de oră. La $\frac{1}{2}$ oră după ce a luat ultimul pachetel, adică la orele $9\frac{1}{2}$, se face evacuarea conținutului gastric. După 2 zile de astfel de regim se adaugă la una din mesele de dimineață un ou moale sau o bucățică de pâine cu unt, iar seara 100 gr. de orez sau făină de orez. Cantitatea acestor alimente se mărește progresiv, astfel că la începutul săptămânii a doua regimul cuprinde 12 mese de lapte + smântână, 2—3 ouă, 2—300 gr. de orez, sau făină de orez.

Este un regim greu aplicabil, foarte complicat și obositor pentru bolnav. Prin administrarea cantității mari de bicarbonat de sodiu ar favoriza și producerea unei alcaloze.

5. *Metoda lui Recht* tinde la o alcalinizare prin insulinemia reacțională administrării zahărului. Se dă bolnavului de 2—3 ori pe zi 50—80 gr. zahăr, disolvat în 200—250 cmc. apă sau lapte. Soluția zaharată se dă 1 oră și $\frac{1}{2}$ înainte de masă.

6. *Regimul lui Senator*. În decurs de 24 ore bolnavul trebuie să ingereze următoarele alimente: 15—20 gr. gelatină pură, disolvată în 200 gr. apă, la care se adaugă 50 gr. de oleozahărură de lămâie. În același timp bolnavul mai primește 250 gr. smântână și 30 gr. unt. Untul poate fi înlocuit cu untdelemn.

7. *Regimul lui Coleman*. Dimineața, după ce se face bolnavului o clismă evacuatorie, primește o clismă conținând 30 gr. glucoză în 300 de cmc. ser fiziologic. Până seara bolnavul primește încă 2—3 clisme cu compoziția de mai sus. Clismele se fac picătură cu picătură. Realimentarea pe cale bucală începe în ziua 5-a sau a 6-a, singurele alimente admise fiind untul de lemn, albușul de ou, și untul. Cantitatea inițială este de a 50—75 cmc. unt de lemn, 2—3 albușuri de ou. Progresiv ajunge la o cantitate de 150 cmc. unt de lemn și 8 ouă. Dacă bolnavul nu

suportă untul de lemn poate fi înlocuit cu unt proaspăt. Autorul continuă cu acest regim 3—4 săptămâni trecând apoi la o alimentație mai ușoară.

8. *Regimul lui Klimentko*. Se dă dimineața 2—4 albușuri de ou crude iar în restul zilei:

125 gr. făine de grâu albă
800 gr. cartofi fierți în apă și
200 gr. unt.

9. *Metoda lui Einhorn*. Acest autor recomandă alimentația prin sonda duodenală 10—12 zile, punând în repaos stomacul și prima porțiune a duodenului. Tot din 2 în 2 ore se introduce prin sondă 250 cmc. lapte fiert, un ou crud și 15 gr. lactoză. Alimentele introduse în sondă trebuie să fie călduțe. Evităm astuparea sondei prin injectarea la sfârșitul fiecărei alimentații a unei cantități mici de apă.

10. *Regimul lui Seale Harris*. Acest autor recomandă un regim bogat în vitamine. Bazat pe cercetările lui Mac Carrisson, care în regiunea Himalaei din 4000 bolnavi operați nu găsește nici un ulcer, crede că acest fapt curios este datorit alimentației bogate în vitamine, utilizată de populația locală. Autorul citează o experiență concludentă: administrează la 12 maimuțe un regim normal, iar la 24 maimuțe un regim compus din hidrați de carbon sterilizați; la această ultimă grupă s'au prezentat ulcerazioni ale tubului digestiv, verificate și la autopsie (8 cazuri de ulcere gastrice). În urma acestei comunicări autorul american recomandă regim bogat în vitamină C: vegetale și fructe crude, suc de pătlăgele roșii, portocale, lapte, cremă. În săptămâna 4-a regim cu pâine complectă. Acest regim bogat în vitamine ar mări puterea anti-infecțioasă a glandelor endocrine tonizând organismul, favorizând o creștere a sărurilor minerale, în special a Ph. și Ca.

Toate aceste regimuri sunt supuse unor critici mai mult sau mai puțin severe, fiind fie greu de aplicat, fie recomandate timp mai îndelungat debilitază bolnavul.

În prescrierea lui regimul trebuie individualizat dela caz la caz, după gravitate.

În clinica medicală se recomandă un regim ținând cont de evoluția ulcerului:

În faza acută sau dureroasă se prescrie în toate cazurile

regim lactat-hidric: lapte, ceaiu, supe de legume. Acest regim nu trebuie prelungit prea mult, bolnavul slăbind în greutate și forța fizică. După 5 zile se trece la un regim ovo-lacto-făinos, iar după 3 sau 4 săptămâni la regimul complet.

În faza de acalmie prescriem un regim de durată mai lungă. Vom permite următoarele alimente: ceaiu, ceaiu cu lapte, lapte, cafea cu lapte, cacao, smântână proaspătă, orez cu lapte, gris cu lapte; supe de legume, supe false, (pregătite fără răntaș); făinoase: pâine, biscuiți, gris, orez, macaroane, arpăcaș, tăieței, fidea, etc.; legume: fasole verde, fasole țucără, mazăre verde, dovlecei, conopidă, morcovi, pătrânel, cartofi; carne de vițel, de pasăre, de puiu, de miel, suncă slabă, pește slab (știucă, șalău, crap, calcan); ouă moi, ochiuri; brânzeturi nefermentate; prăjituri din făină de grâu cu zahăr, frișcă, unt, ou; budinci: de orez, gris, macaroane, tăieței, fidea, paste făinoase; compoturi: de cireșe, vișine, afine, coarne, fragi, căpșuni, smeură, pere, prune, mere, struguri, portocale, mandarine; dulceață, miere, marmeladă, magiun, gelee. Beuturi permise: apă de izvor, limonată, sirop.

Li-se va interzice cu desăvârșire bolnavilor să fumeze.

Bolnavii vor respecta igiena alimentară; alimentele nu vor fi consumate nici prea calde nici prea reci; alimentele vor fi bine și îndelung mestecate; cantitatea de alimente ingerată la o masă va fi mai redusă, înmulțindu-se numărul meselor (cinci): dimineața, ora 10, prânz, ora 4 și cină.

Vom interzice: alimentele sărate, piperate, ardeiate, bulion gros, supă de carne, mâncări cu sos, grăsimi, alimente crude, alimente conservate; carne conservată; sardele, carne de porc, carne de vită, vânat, cârnați, mezeluri, hors d'oeuvre, icre, ridichi, pătlăgele roșii, vinete, castraveți, varză, țelină, pepene, sparanghel, dovleac, salate crude, hrean, ciuperci, ouă fierte tari, omlet, maioneză, brânzeturi fermentate, fructe crude, choco-lată, înghețată, pâine proaspătă, cafea neagră, și ori ce băutură alcoolică: vin, bere, licheur, țuică.

Tratamentul formelor acute.

Tratamentul ulcerului variază după faza în care se găsește.

În formele acute, caracterizate prin dureri mari și intoleranță gastrică (vărsături) vom recomanda repaus absolut la pat, pungă cu gheață pe regiunea epigastrică și suprimarea alimentației pe cale bucală. Alimentarea bolnavului se va face pe cale rectală, dând în clisme calorile necesare organismului.

Mathieu prescrie următoarea combinație:

Apă sau bulion fără grășine și sare 30 gr.

Ouă 1—3 buc.

Dextrină 10 gr.

Carbonat de sodiu

Fosfat de sodiu aa. 1 gr.

Laudanum 4—6 pic.

Sau vom prescrie următoarea compoziție:

Apă fiartă 200 gr.

Glucoză 30 gr.

Glicerină 20 gr.

Peptonă 10 gr.

Fosfat de sodiu 2 gr.

Laudanum 5 gr.

Pentru a favoriza absorbția clismelor, ele vor fi făcute după metoda lui Murfy (picătură cu picătură).

Alimentația rectală nefiind suficientă decât rareori, pentru a completa rația alimentară a bolnavului ne vom adresa căii parenterale. Vom face injecții subcutanate de ser glucozat izotonic (47 gr. la litru) de 2 ori la zi câte 250 cmc.

Pentru a calma vărsăturile și durerile vom administra pe cale rectală supozitorii cu Nautisan.

Când fenomenele acute au cedat, admitem alimentarea cu lichide pe cale bucală în cantități mici, iar după 2—3 zile trecem la un regim lactat. Pe încetul admitem supe, făinoase, pireuri de cartofi, pireuri de legume, astfel că la sfârșitul săptămânii a 4-a vom prescrie regimul complet.

Tratamentul medicamentos.

Tratamentul medicamentos urmărește cicatrizarea ulcerului, calmarea durerilor și remedierea turburărilor funcționale.

Principiile generale cari se urmăresc în această terapie se rezumă la administrarea pansamentelor, neutralizarea acidităților și calmarea spasmurilor.

Pansamente.

Carbonatul de bismut. Școala franceză recomandă preparatele de bismut. Subnitratul de bismut administrat în doze mari s'a dovedit a fi toxic, din care cauză a fost înlocuit cu carbonatul de bismut, utilizat și în clinica medicală cu foarte mult succes. Acțiunea acestui medicament este complexă. Carbonatul de bismut prin puterea sa absorbantă protejează mucoasa de acțiunea nocivă a sucului gastric hiperacid. Este un protector al mucoasei ulcerate contra acțiunii acidului clorhidric în exces, formând un strat de mucus. În fine a treia caracteristică este diminuarea motilității gastrice care atenuază spasmul piloric favorizând evacuarea stomacului.

Carbonatul de bismut va fi administrat dimineața pe nemâncate și seara când stomacul este evacuat, iar la bolnavii cari au dureri mari se recomandă și în timpul zilei, înainte de mesele principale cu $\frac{1}{2}$ oră. Primăvara și toamna bolnavii vor face un tratament preventiv.

Doza mijlocie este de 20 gr. la zi, se pot da însă chiar 30—40 gr. la zi, timp de mai multe luni. Mathieu, care este foarte sceptic în terapie, recomandă utilizarea acestui pansament toată viață.

Sulfatul de bariu are același calități ca și carbonatul de bismut. Fiind mult mai ieftin se prescrie mai ales în mediul rural.

Doza zilnică este de 10—20 gr. la zi.

Kaolina, un silicat de aluminiu, poate înlocui bismutul în tratamentul ulcerului.

Se administrează în doză de 30—40 gr. la zi; poate fi asociat cu bismutul în doze egale.

Cărbunele animal este recomandat, ca un pansament util, de Felix Ramon.

Dintre preparatele originale sunt recomandabile: *pansamentul „Zizin”, Aluocolul, Fluidobaritul, Gelogastrina, Gastrocolul, etc.*

Alcaline.

Bicarbonatul de sodiu este un saturant excelent al acidității gastrice; neutralizând acidul clorhidric din stomac, pune în libertate acidul carbonic, care are proprietate calmantă, anestezică.

Are însă desavantajul, că produce o ipersecreție tardivă. Pentru a evita acest inconvenient, poate fi asociat cu alte alcaline.

Rețeta clasică, care se utilizează și azi, a fost imaginată de Bourget:

Bicarbonat de sodiu 60 gr.

Fosfat de sodiu 40 gr.

Sulfat de sodiu 20 gr.

Ds. După mâncare o linguriță.

Sau sub formă de soluție:

Bicarbonat de sodiu 6 gr.

Sulfat de sodiu 2 gr.

Fosfat de sodiu 4 gr.

Ds. Un pachetel disolvat într'un litru de apă.

În ulcerul duodenal alcalinele se administrează tardiv, înainte de apariția durerilor.

În cazurile de ulcer asociate de gastrită se fac combinațiuni cu citrat de sodiu, care este un disolvant al mucusului:

Bicarbonat de sodiu 40 gr.

Carbonat de calciu

Citrat de sodiu aa. 20 gr.

Ds. După mâncare o linguriță.

Magnezia calcinată este un alcalinizant foarte bun, utilizat singur sau combinat cu bicarbonatul de sodiu.

Bicarbonat de sodiu

Magnezia calcinată aa. 0,50 gr.

sau combinat cu carbonatul de calciu:

Magnezie calcinată

Carbonat de calciu aa.

Are și o acțiune laxativă, ameliorând constipația ulceroșilor.

Se pot face cele mai variate combinațiuni în prescrierea alcalinelor. Vom ține cont însă de următoarele principii: în cazuri de gastralgii diminuăm fosfații, mărim doza de sulfat la constipați; în formele dureroase dăm carbonat de calciu, iar la neurastenici mărim cantitatea de fosfați.

Alcalinele trebuiesc administrate într'o perioadă mai lungă. Moravitz și Henning au enunțat că administrarea alcalinelor fiind mai îndelungată, produce stări toxice, stări de alcaloză.

O altă critică care s'a adus întrebunțării prelungite a alcalinelor, din partea unori autori ca Westphal, Mayer I., este producerea unei achilii („Alkaliachylie“).

Pentru a deslega aceste probleme, Boas a publicat o anchetă la care au răspuns cei mai chemați specialiști.

Porges, Luger și alți autori, nu observă o modificare a acidităților după administrarea alcalinelor, nici achilii secundare.

Strauss, Einhorn, recunosc producerea achiliilor după administrarea îndelungată a alcalinelor.

Antispasmodice.

Atropina, alcaloid al belladonei, calmează durerile prin modificarea tonicității și motilității stomacului.

Se administrează sub formă de injecții:

Sulfat neutru de atropină $\frac{1}{2}$ mgr. pe fiolă, sau sub formă de soluție:

Sulfat de atropină 1 ctgr.

Apă destilată 10 gr.

Ds. de 3 ori 5—15 picături la zi.

Tot ca antispasmodice se mai administrează alcaloizii: *papaverina*, *novatropina*, *dionina*, în diferite compoziții.

Rețeta care se scrie obișnuit în clinica medicală este:

Papaverină mur 0,30.

Novatropină 0,02 gr.

Apă destilată 30 gr.

Ds. De 3 ori 10—15 picături înainte de masă. sau combinăm papaverină cu dionină și eumidrină:

Papaverină

Dionină aa. 0,20 gr.

Eumidrină 0,02 gr.

Apă destilată 30 gr.

Ds. De 3-ori 10—15 picături la zi.

Papaverina și novatropina se pot da și sub formă de injecții subcutanate.

Belladona combate spasmul și ipersecreția stomacală, acționând asupra terminațiilor vagului și diminuând excitabilitatea musculară.

Belladona se prescrie sub formă de pilule sau tinctură: 0,02—0,06 gr. extract sub formă de pilule; 30—60 picătură de tinctură.

Se poate asocia cu hioscina :

Tinctură belladona

Tinctura hioscian aa.

Ds. de 3 ori 5—15 picături la zi.

Unii autori o asociază cu bromura de sodiu :

Bromură de sodiu 15 gr.

Tinctură de jusquiama 4 gr.

Sirop de belladonă 40 gr.

Apă destilată 300 gr.

Ds. 2 sau 3 linguri la zi.

Obișnuit belladona se scrie combinată cu substanțe alcaline :

Extract de belladona 0,10 ctgr.

Bicarbonat de sodiu

Magnezie calcinată aa. 20 gr.

Sulfat de sodiu 15 gr.

Ds. De 3-ori pe zi câte un vârf de cuțit după mâncare.

Este de asemenea foarte bună combinația dintre pansamente, alcaline și antispasmodice :

Sulfat de bariu

Bicarbonat de sodiu aa. 60 gr.

Fosfat de sodiu 40 gr.

Sulfat de sodiu 20 gr.

Papaverină mur. 0,30 gr.

Extract de belladona 0,04 gr.

Mf. pulv. Ds. Câte o linguriță înainte și după mâncare.

Preparatele originale: *Troparina*, *Perparia*, *Eupaverina*, *Bellafolina*, *Octin*, *Surparil*, etc.

Tratamentul simptomatic.

Tratamentul simptomatic constând din regim dietetic, pansamente, alcaline și antipasmodice a fost aplicat în clinica medicală în 1192 cazuri, după cum reese din următorul tablou:

| | Ulcer duodenal | Ulcer pe mica curbură | Ulcer piloric | Total |
|-------------------------------|----------------|-----------------------|---------------|--------------|
| Total : | 880 | 199 | 113 | 1192 |
| Vechimea ulc. până la un 1 an | 132 | 24 | 10 | 166 |
| de un an | 100 | 26 | 9 | 135 |
| de 2 ani | 150 | 24 | 19 | 193 |
| 3 ani | 100 | 16 | 14 | 130 |
| 4 ani | 73 | 24 | 9 | 106 |
| 5 ani | 45 | 11 | 10 | 66 |
| 6 ani | 40 | 14 | 8 | 62 |
| 7 ani | 43 | 6 | 7 | 56 |
| 8 ani | 26 | 9 | 3 | 38 |
| 9 ani | 10 | 4 | 1 | 15 |
| 10 ani | 51 | 9 | 8 | 68 |
| Peste 10 ani | 110 | 30 | 16 | 156 |
| Vindecăt | 25 2,8% | 6 3,0% | 1 0,9% | 32 2,7% |
| Ameliorat | 327 37,1% | 81 40,7% | 19 16,8% | 427 35,8% |
| Insucces. | 528 60,0% | 112 57,3% | 93 82,3% | 733 61,5% |

| | Ulcer duodenal | Ulcer pe mica curbura | Ulcer piloric | Total |
|---------------------|----------------|-----------------------|---------------|---------------|
| Total : | 880 | 199 | 113 | 1192 |
| Vârsta : | 550 | 99 | 62 | 711 |
| | 62,50% | 49,7% | 54,86% | 59,7% |
| | 330 | 100 | 51 | 481 |
| | 37,5% | 50,2% | 46,13% | 40,3% |
| Semne directe | 528 | 145 | 92 | 765 |
| Semne indirecte | 310 | 43 | 18 | 371 |
| Fără semne | 42 | 11 | 3 | 56 |
| Transp. la operație | — | — | — | 388 32,50% |
| Operat : bine | 55 | 4 | 16 | 75 |
| Operat : rău | 44 | 16 | 7 | 67 |

Rezultatele obținute în timpul cât bolnavii au stat în serviciul clinice nu sunt tocmai favorabile.

În 733 cazuri, ceea ce reprezintă 61,5%, simptomele subiective nu au putut fi influențate, bolnavii continuând să sufere ca și înainte de tratament.

Ameliorări subiective și obiective am observat în 427 cazuri 35,8%.

Vindecări momentane, confirmate radiologic, am obținut în 32 cazuri, ceea ce reprezintă 2,7%.

Cel mai mare procent de insuccese este dat de ulcerul localizat pe pilor (82,3%). Diferență prea mare între ulcerul pe curbura mică și cel duodenal nu găsim, deși unii autori susțin că procesul ulceros al duodenului se vindecă mai ușor.

Analizând rezultatele, luând în considerare vechimea ulcerului și vârsta bolnavilor, se observă că au reacționat mai favorabil ulcerul recent până la 1—2 ani, și mai ales dacă individul era tânăr, sub 40 ani.

Dintre ulcerul refractare terapiei, majoritatea complicate, 388 au fost îndrumate la intervenție chirurgicală. Dintre acestea 75 cazuri se simt bine iar 67 continuă să sufere.

Interpretarea rezultatelor terapeutice este destul de dificilă.

Dispariția durerilor nu este un criteriu sigur de vindecare,

fiindcă durerile în ulcer apar în perioade cu un ritm variat. Instituirea tratamentului a putut să coincidă cu sfârșitul unei faze dureroase, care face parte din ciclul evolutiv și simptomatologia ulcerului. Foarte mulți autori acordă o valoare prea mare pe-rioadelor de acalmie de câteva luni, pe care le interpretează ca vindecare. Datele publicate în acest sens nu se bucură de o prea mare încredere.

Cercetările făcute în baza statisticei dovedesc că în evoluția ulcerului fazele de acalmie pot fi de câteva săptămâni, luni, sau chiar ani. Ori aprecierile noastre vor fi greșite dacă perioada de liniște o punem în contul unui tratament oarecare. Am remarcat de multe ori dispariția durerilor după hemoragii fără vre-uu tratament. Nici în aceste cazuri nu poate fi vorba de vindecare. Durerea este un simptom important în ulcer însă dispariția ei nu exclude vindecarea.

Un alt criteriu de vindecare ar fi dispariția imaginii caracteristice la razele röntgen. Dispariția sau diminuarea „nișei“ în cursul tratamentului constituie un semn bun. Am observat însă cazuri în cari nișa a reapărut după un interval variabil de timp. Explicația acestui fapt ar sta în aceea că, în faza de acalmie, inflamația și edemele din jurul ulcerului se reduc, astfel că dacă nu are dimensiuni prea mari și nu e prea profund, imaginea caracteristică nu se mai distinge. Iată deci că nici acest simptom nu ne dă indicațiuni absolute asupra vindecării ulcerului.

Gastroscoopia ne dă indicațiuni foarte prețioase în ulcerele gastrice, cari sunt accesibile acestei metode de investigațiune. Ne permite un diagnostic precis, urmărirea tratamentului, și explicarea cazurilor refractare la tratament datorită proceselor vechi de gastrită. Nu sunt accesibile acestei metode ulcerele doudenale.

Dispariția sângelui din materiile fecale nu înseamnă cicatrizarea ulcerului. În foarte multe cazuri de ulcere caloase, confirmate prin laparatomie, reacția Gregersen a fost negativă.

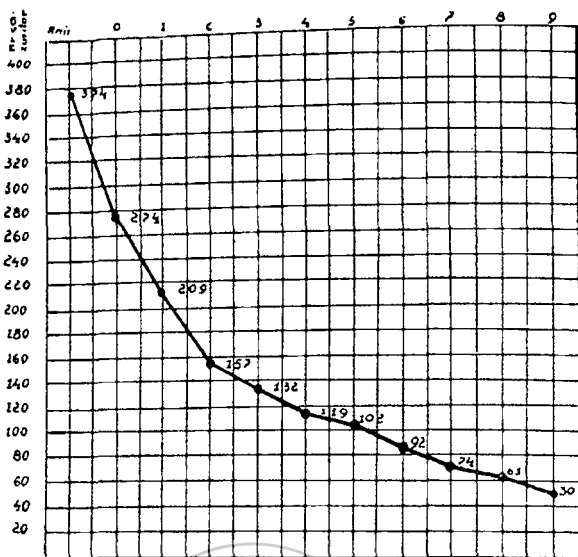
În fața acestor fapte se pare că este greu să vorbim de vindecare, singuraticele criterii neavând valoare absolută. Putem enunța vindecarea bazați pe controlul diferitelor metode, dar în special ținem cont de dispariția fenomenelor dureroase. Este greu să stabilim însă timpul de acalmie care ne îndreptățește să declarăm bolnavul sănătos. După unii autori se poate vorbi de vindecare dacă nu apar recidive în decurs de 3—4 ani. Guttman consideră procesul ulceros vindecat după 6—8 ani.

Studiind statistica noastră din acest punct de vedere observăm următoarele: din 374 cazuri la 100 bolnavi durerile nu au putut fi influențate. După o perioadă de un an vindecări aparente avem în 65 cazuri, astfel că procentul celor vindecați este de 73,52%. Numărul vindecărilor scade în fiecare an, astfel că după 10 ani abia 30 din 374 nu au făcut recidive, ceea ce reprezintă un procent de 8,02%.

Aprecierile de mai sus nu sunt tocmai reale, fiindcă majoritatea bolnavilor au făcut acest tratament timp prea scurt; nici unu din bolnavi n'a urmat tratamentul mai mult de 3—6 luni. Nici regimul și repaosul prescris nu au fost respectate decât foarte scurt timp, majoritatea bolnavilor fiind dela țară și neavând deci posibilitate materială de a le urma. Multe din cazurile urmărite prezentau complicațiuni după cum reese din următorul tablou:

| Totalul cazurilor 374. | | | | | | |
|-----------------------------------|----------------|---------------------|---------------|--------------|-------|----------------|
| | Ulcer duodenal | Ulcer pe curb. mică | Ulcer piloric | Ulcer peptic | Total | Vindecare în % |
| Insuccese | 68 | 10 | 20 | 2 | 100 | |
| Bine până la | | | | | | |
| 1 an | 189 | 39 | 44 | 2 | 274 | 73,52% |
| 2 ani | 139 | 29 | 39 | 2 | 209 | 55,88% |
| 3 ani | 103 | 19 | 27 | 2 | 157 | 41,97% |
| 4 ani | 90 | 17 | 23 | 2 | 132 | 35,28% |
| 5 ani | 82 | 13 | 22 | 2 | 119 | 31,55% |
| 6 ani | 70 | 10 | 20 | 2 | 102 | 27,27% |
| 7 ani | 73 | 9 | 18 | 2 | 92 | 24,56% |
| 8 ani | 54 | 5 | 15 | — | 74 | 19,78% |
| 9 ani | 47 | 3 | 11 | — | 61 | 16,31% |
| 10 ani | 21 | 3 | 6 | — | 30 | 8,02% |
| Aderențe | 9 | — | — | — | 6 | |
| Stenoză | 10 | 3 | 13 | — | 26 | |
| Peri | 8 | 2 | — | — | 10 | |
| Ulcer recidivant | 1 | 2 | — | — | 3 | |
| Diverticol | 1 | — | — | — | 1 | |
| Morți, nu se știe cauza | 9 | 2 | 2 | — | 13 | |

Reprezentând grafic rezultatele tratamentului simptomatic pe o perioadă de 10 ani, obținem următoarea curbă:



Obs. 1. Ulcer duodenal.

Dănilă P. 26 ani, plugar.

Fumător și alcoolic.

De 2 ani are senzație de greutate în epigastru, balonare și piroze; dureri la 2—3 ore după alimentație, cari se calmează după vărsături. Constipație.

Radiologie: semne directe de ulcer duodenal. Secreția și aciditățile gastrice normale. Reacția Gregersen în scaun pozitivă.

După un tratament simptomatic îndelungat și regim alimentar bolnavul se simte bine după 5 ani.

Obs. 2. Ulcer duodenal.

Pavel S. 21 ani, student.

De 5 ani acuză la intervale mari dureri în fosa iliacă stg. în legătură cu alimentația, la 2—3 ore. Constipație.

La examenul radiologic ulcer duodenal. Aciditățile și secreția gastrică normale. Proba firului pozitivă (52 cm.). Reacția Gregersen în scaun negativă.

Face tratamentul simptomatic simțindu-se foarte bine. Revăzut după un an continuă să nu aibă dureri.

Obs. 3. Ulcer piloric.

Dumitru H. 36 ani, plugar.

De 2 ani are dureri în epigastru imediat după alimentație, uneori și noaptea, cari se calmează după vărsături. Constipație.

Aciditățile: H. Cl. 10 A. T. 26. Reacția Gregersen în scaun pozitivă. La examenul radiologic semne directe de ulcer juxtampiloric.

După un tratament simptomatic durerile au cedat complet. După 10 ani este sănătos.

Obs. 4. Ulcer piloric.

Dănilă H. 52 ani, plugar.

Uzează moderat de alcool și tutur.

Înainte cu 1½ ani, ar fi avut 2 zile dureri în epigastru. De 4 săptămâni au reapărut durerile la 1—2 ore după alimentație, însoțite de piroze, regurgități și ghiorăituri.

Radiologic semne directe de ulcer juxtampiloric. Secreția gastrică normală: Reacția Gregersen în scaun negativă. Sensibilitate la presiune în epigastru.

Se institue un tratament simptomatic după care se simte foarte bine. Revăzut după 10 ani bolnavul este complet sănătos.

Obs. 5. Ulcer duodenal.

Nicolae B 39 ani, muncitor.

De 2 ani la intervale neregulate, are dureri în epigastru a jeun, cari se caltau după alimentație, reapărând la 2—3 ore.

La examenul radiologic semne directe de ulcer duodenal. Aciditățile: H. Cl. 45, A. T. 73. Reacția Gregersen în scaun pozitivă.

Face tratament simptomatic simțindu-se bine timp de un an, când îi reapar durerile. Reluând tratamentul durerile cedează.

Obs. 6. Ulcer duodenal.

Ștefan B. 38 ani, plugar.

Este bolnav de un an cu dureri abdominale cari apar uneori după alimentație, alteori noaptea, piroze, regurgități acide. De 2 zile este foarte slăbit, are amețeli.

Radiologic semne directe de ulcer duodenal. Reacția Gregersen pozitivă.

Face tratament cu injecții Calciu Clorat, pudra Bourget, antispasmodice și regim, după care bolnavul se reface foarte repede. Durerile dispar complet timp de 4½ ani, când reapar. Se face indicație operatorie.

Obs. 7. Ulcer pe curbura mică.

Elena M. 45 ani.

De 3 ani fenomene de ulcer gastric, cu melene repetate.

Examinată radiologic se evidențiază o nișe pe mica curbură. A jeun H. Cl. 47, A. T. 67. Reacția Gregersen pozitivă.

După un tratament simptomatic durerile cedează pentru 9 luni.

Reapărând face un nou tratament după care se simte bine ½ an, când are melene repetate.

Obs. 8. Ulcer pe mica curbură.

Carolina C. 42 ani.

De 2 luni are dureri în epigastru după alimentație, însoțite de piroze și vărsături spontane. Hematemeză și melenă.

Radiologic semne directe de ulcer pe mica curbură. Aciditățile normale. Reacția Gregersen în scaun pozitivă.

După un tratament simptomatic durerile cedează. Revăzută după 6 ani se simte bine, nu a mai avut dureri.

Obs. 9. Ulcer piloric.

Teodor H. 26 ani, plugar.

De 2 ani dureri tipice pentru ulcer. Văzut de un medic i-se face diagnosticul de ulcer juxtampiloric, prescriindu-i tratament simptomatic, după care se simte bine până înainte cu o lună.

Radiologic: ulcer juxtampiloric. Aciditățile: H. Cl. 8, A. T. 22.

După regim și tratament simptomatic durerile au dispărut. După 10 ani este sănătos.

Obs. 10. Ulcer duodenal.

Constantin T. 32 ani, muncitor.

De 1½ ani acuze tipice pentru ulcer duodenal. Examenul radiologic confirmă diagnosticul. Face tratament simptomatic simțindu-se bine aproape un an. Revăzut ulcerul persistă. Aciditățile H. Cl. 16, A. T. 24. Reacția Gregersen pozitivă.

Face din nou tratament simptomatic fără să observe vre-o ameliorare.

Obs. 11. Ulcer pe curbura mică.

Mihail T. 45 ani, muncitor.

De 6 ani acuză balonare epigastrică, regurgități acide, și dureri după alimentație la 2—3 ore, cari se calmează după bicarbonat de sodiu. Melene repetate. Scaunul constipat.

Radiologic: nișe pe curbura mică. Reacția Gregersen în scaun pozitivă. Face tratament simptomatic fără să observe ameliorare.

Obs. 12. Ulcer duodenal și ulcer peptic.

Teodor N. 18 ani, elev.

Este bolnav de un an, cu dureri în epigastru după alimentație la 1—2 ore. Inapetență, scăderea în greutate.

Aciditățile H. Cl. 35, A. T. Radiologic: semne directe de ulcer duodenal.

Face tratament simptomatic fără să observe vre-o ameliorare. Astfel că se supune intervenției chirurgicale. La 3 luni după intervenție durerile reapar. Revăzut radiologic, se face diagnosticul de ulcer duodenal și ulcer peptic.

Tratamentul cu paratiroidă.

Grove și Vines aplică pentru prima oară, 1912, extractul paratiroidian pe cale bucală, la 12 bolnavi de ulcer, obținând rezultate satisfăcătoare. Alkan (1926) publică 18 observațiuni de ulcer favorabil influențate prin hormonul paratiroidian, administrat în injecții. El remarcă rapiditatea extraordinară a efectului terapeutic, obținând dispariția durerilor după 7—8 injecții. Nu a putut urmări însă cazurile un timp mai îndelungat.

Fără să supună bolnavii la vre-un regim special sau alt tratament medical, Moutier și Camus, obțin rezultate foarte bune în 4 cazuri din 9 tratate cu extract de paratiroidă. În celalalte 5 cazuri au obținut ameliorări temporare. Ei administrau timp de 9—15 zile, injecții de Parathormon Lilly 10 unități sau 0,10 gr. de paratiroidă Byla. În unele cazuri au dat bolnavilor și 1—2 gr. clorură de calciu sau lactat de calciu. Ceea ce a frapat pe Camus și Moutier a fost acțiunea extraordinar de rapidă în cazurile favorabil influențate. Chiar după 3 injecții durerile dispar complet, deasemenea vărsăturile, iar după scurt timp au observat o creștere în greutate și o ameliorare radiologică evidentă. În cazurile în cari durerile au reapărut după un timp oarecare, reluarea tratamentului cu paratiroidă aduce ameliorări sau chiar vindecări definitive. Cazurile în cari nu au observat nici o ameliorare după acest tratament erau ulcere vechi, sau ulcere multiple. Cazurile tratate de ei fiind urmărite, procentul vindecărilor după un an scade dela 62,5% la 33%, iar după 5 ani numai în 6% nu au apărut recidive.

În 1931 Lewy publică rezultatele obținute prin injecții de extract paratiroidian aplicat în 10 cazuri de ulcer. Extractul paratiroidian face ca durerile să dispară în majoritatea cazurilor după 1—2 injecții; starea generală este influențată în mod favorabil. Secreția gastrică este deasemenea influențată: atât aci-

ditatea liberă dar mai ales aciditatea totală este mul scăzută. Nu au observat modificarea calcemiei. Deși în unele cazuri s'a administrat 2—3 serii de paratiroidă, durerile au reapărut la intervale variabile în aproape toate cazurile, iar dispariția nișei nu a fost observată decât la unul din bolnavi. Conduita în tratament era următoarea: bolnavul nu este supus nici unui regim, nu primește nici o altă medicațiune decât extractul paratiroidian; se fac zilnic sau tot a doua zi o injecție subcutanată de extract paratiroidian, corespunzând la 0,10 gr. glandă. O serie cuprinde 12 injecții.

Pentru Palier ulcerul ar fi o litiază calcică a mucoasei gastrice. Acidul clorhidric ar distruge formațiunile calculoase ducând în acelaș timp la alterarea țesuturile capabile să prepare evoluția ulceroasă. El constată la bolnavi o cantitate mărită de calciu în sucul gastric și o mărire a eliminării calciului prin urină sub formă de fosfați și carbonați anorganici. Aceste tulburări de metabolism ale calciului ar fi de origine endocriniană și paratiroidiană.

Alkan crede că turburările paratiroidiene nu ar fi cauza directă a formării ulcerului. Ulcerațiuni mici anterioare ale mucoasei sunt trecute la cronicitate printr'o stare spasmofilică și o iritație a antrului piloric, datorită unei excitațiuni vagale, consecutive unei hipocalcemii.

După Moutier și Camus acțiunea hormonului paratiroidian s'ar explica prin exaltarea apărării generale și locale a organismului contra infecțiunilor bacteriene prin acțiunea simpaticotropă și leucopedetică.

Tratamentul cu paratiroidă a fost aplicat în clinica medicală la un număr de 28 bolnavi. Dintre aceștia 17 prezentau ulcer duodenal, 10 ulcer pe mica curbura, iar unul ulcer piloric.

În general bolnavii au reacționat favorabil acestui tratament; durerile au cedat după 4—6 injecții. Mai favorabil au reacționat ulcerele localizate pe duoden și în special la vârsta tânără.

Calcemia a fost studiată la toate cazurile fără să putem confirma existența ipocalcemiei, iar după tratamentul cu paratiroidă calcemia nu s'a modificat.

La 14 bolnavi (59,20%) simptomele subiective au fost surimate iar în unele cazuri diformațiunile cicatriciale au dispărut la röntgen.

În 50% simptomele subiective s'a atenuat, bolnavii părăsind serviciul cu indicația de-a continua seriile de injecții.

În 10,8% (3 cazuri) simptomele nu au putut fi influențate, ulcerul continuându-și evoluția. Dintre aceștia un bolnav a fost operat fără succes.

| | Ulcer duodenal | Ulcer pe mica curbură | Ulcer piloric | Total |
|---------------------------|----------------|-----------------------|---------------|-------------|
| Total | 17 | 10 | 1 | 28 |
| Vârsta: — 40 ani | 12 70,9% | 5 50% | — | 17 60,7% |
| + 40 ani | 5 29,5% | 5 50% | 1 — | 11 39,3% |
| Semne directe . . . | 14 | 10 | 1 | 25 |
| Semne indirecte . . . | 2 | — | — | 2 |
| Fără semne | 1 | — | — | 1 |
| Vindecat | 6 35,2% | 4 40% | 1 — | 11 39,2% |
| Ameliorat | 10 58% | 4 40% | — | 14 50% |
| Insuccese | 1 6% | 2 20% | — | 3 10,8% |
| Transp. la operație . . . | — | — | — | 1 |
| Operat: rău | 1 | — | — | 1 |

Rezultate tardive nu pot comunica decât în 4 cazuri, cari sunt într'o perfectă stare de sănătate după 5—6 ani. La acești bolnavi controlul radiologic a fost negativ. Toți au repetat seriile de injecții conform instrucțiunilor date de clinică.

Obs. 13. Ulcer pe mica curbură, stomac bilocular.

Ana D. 20 ani.

De 3 ani dureri în epigastru fără iradierii, la ½ oră după alimentație, mai ales primăvara și toamna. În ultimul timp durerile vin la intervale mai mici; a avut de 3 ori hematemeză. Constipație.

Sensibilitatea la presiune în epigastru. Sucul gastric: a jeun H. Cl. 14, A. T. 22. Reacția Gregersen în scaun intens pozitivă. Examenul radiologic: stomac bilocular organic, ptozat, ipotonic. Pe fața posterioară 1/3 mijlocie mucoasa prezintă la nivelul bilocularității un desen radiar.

Bolnava face o serie de injecții cu paratiroidă, iar la interval de o lună a doua serie. Durerile mult diminuate. La controlul radiologic se constată: pe 1/3 mijlocie a curburii mici o nișe de mărirea unui bob de mei; mucoasa prezintă un desen radiar spre nișe. Stomacul ușor bilocular.

După 6 ani bolnava nu mai are nici o. acuză.

Obs. 14. Ulcer duodenal.

Gavrilă C. 29 ani, tâmplar.

Fumător și alcoolic moderat.

Dureri în epigastru însoțite de balonare, eructații, greață și vărsături, cari datează de 3 ani. Uneori foame dureroasă. Constipație.

Aciditățile: H. Cl. 48, A. T. 60. Reacția Gregersen în scaun negativă. Tens. art. 11—7 (V. L.). Radiologic: bulbul duodenal neregulat, în formă de trifoi cu o pată persistentă de mărmea unui bob de linte situată pe fața posterioară.

Face o serie de injecții cu paratiroidă la sfârșitul căreia durerile în epigastru au dispărut complet. După 5 ani bolnavul se simte foarte bine, nu a mai avut dureri.

Obs. 15. Ulcer duodenal.

Teodor S. 33 ani, muncitor.

De 5 ani periodic la 3—4 luni are dureri în epigastru cari apar a jeun, la 2—3 ore după alimentație și uneori noaptea; piroze, regurgități acide, Constipație.

La examenul radiologic semne directe de ulcer duodenal. A jeun H. Cl. 36, A. T. 41. Reacția Gregersen pozitivă.

Se începe tratament cu injecții de paratiroidă fără ca durerile să cedeze după o serie completă. Revăzut după 5 ani, continuă să aibă dureri la intervale mari și de intensitate redusă.

Obs. 16. Ulcer duodenal.

Ioan D. 50 ani, plugar.

Acuză dureri în epigastru însoțite de piroze, cari datează de 4 ani. Durerile apar la 2—3 ore după alimentație și se calmează numai după alcaline. Are perioade dureroase de 3—4 săptămâni mai ales primăvara și toamna. Constipație.

Aciditățile gastrice: a jeun H. Cl. 0, A. T. 10. La examenul radiosopic bulbul duodenal cu contur șters, care rămâne pătat după evacuare.

După o serie de injecții cu paratiroidă toate fenomenele au dispărut. Revăzut după 5 ani, bolnavul se simte foarte bine, nu a mai avut dureri și a câștigat în greutate.

Tratamentul cu pepsină.

Pepsina a fost aplicată pentru prima oară în tratamentul ulcerului de către Loeper și Gläsner.

Mecanismul de acțiune nu este încă bine cunoscut. Müller a observat că injecțiile de pepsină au acțiune cicatrizantă asupra plăgilor banale. Prin același mecanism ar putea să acționeze și în cazurile de ulcer.

Loeper se întreabă dacă extractele glandulare nu ar fi capabile să excite elementele celulare normale ale mucoasei și să faciliteze neoformația și reconstituirea lor.

Acțiunea favorabilă a pepsinei este interpretată de unii autori prin formarea antipepsinei, care ar împiedeca puterea digestivă exagerată a pepsinei din stomac. Până în prezent nu s'a putut demonstra prezența antipepsinei.

Rezultatele terapeutice publicate de Loeper sunt foarte favorabile acestei metode. Din 20 cazuri de ulcer gastro-duodenal tratate, în aproape toate cazurile, durerile și arsurile au dispărut, bolnavii câștigând în greutate. În unele cazuri a observat și dispariția semnelor radiologice.

Maurice Debray obține vindecări în 28% a cazurilor, în 20% insuccese, iar restul bolnavilor prezentând ameliorări subiective.

Conduita în tratamentul cu pepsină este următoarea: se fac injecții intramusculare la intervale de 3 zile. Prima injecție este de un' cmc. (0,05 gr. pepsină), iar următoarele de 2 cm. (0,10 gr. pepsină). Într'o serie se fac 12—15 injecții, ele putându-se repeta după 3—4 săptămâni.

În general tratamentul este suportat bine; în unele cazuri bolnavii pot prezenta reacțiuni febrile.

Pepsinoterapia a fost aplicată în clinica medicală în 30 cazuri cu rezultate imediată destul de favorabile.

| | Ulcer duodenal | Ulcer pe mica curbură | Ulcer piloric | Total |
|-----------------------|----------------|-----------------------|---------------|-------------|
| Total | 16 | 13 | 1 | 30 |
| Vârsta : - 40 ani | 11 62,4% | 7 53,7% | 1 — | 19 63,4% |
| + 40 ani | 5 37,6% | 6 46,2% | — — | 11 36,3% |
| Semne directe . . | 14 | 12 | 1 | 27 |
| Semne indirecte . . | 1 | 1 | — | 2 |
| Fără semne | 1 | 1 | — | 1 |
| Vindecăt | 5 31,20% | 1 7,6% | — — | 6 20% |
| Ameliorat | 7 43,8% | 9 69,4% | 1 — | 17 56,7% |
| Insucese | 4 25% | 3 23% | — — | 7 23% |
| Transp. la operație | — | — | — | 6 |
| Operat : bine | 1 | 2 | — | 3 |
| „ rău | — | 3 | — | 3 |

În 20% am obținut dispariția tuturor fenomenelor subiective și obiective, în 56,7% ameliorări evidente, iar în 23,3% acuzele bolnavilor nu au putut fi influențate. Dintre cazurile cu insucces 6 au fost îndrumate la intervenție chirurgicală. Rezultate bune s'au obținut în 3 cazuri.

În general durerile și celelalte fenomene subiective au cedat după 4–8 injecții. Bolnavii și-au recâștigat pofta de mâncare și au crescut în greutate.

Urmărind cazurile tratate cu pepsină am observat reparația durerilor în 9 cazuri. În 3 cazuri recidivele au reapărut după 3 luni, iar în alte 2 cazuri după 2 ani. Încercând un tratament cu aktoprotină rezultatul este negativ. Examenul endoscopic a evidențiat imagini caracteristice de gastrită.

Faze de liniște mai prelungite s'au obținut în câte un caz timp de 3, 6, și 7 ani ceea ce ne îndreptățește să le considerăm vindecate. Înainte de a se institui pepsinoterapia crizele dure-roase apăreau la intervale de 2–4 săptămâni, iar ulcerele aveau o vechime de 2–4 ani.

Observațiunile de mai sus confirmă posibilitatea de cicatrizare a ulcerelor prin injecțiile cu pepsină. Cazurile cari nu au reacționat la acest tratament au rămas refractare și față de aktoprotină.

Obs. 17. Ulcer duodenal.

Pompei R. 33 ani, plugar.

De 15 luni dureri în epigastru ritmate de alimentație, la 2—3 ore și noaptea; piroze, balonare, eructațiuni, vărsături, cari calmau durerile.

Radiologic: pe duoden o pată persistentă și sensibilă. Aciditățile: H. Cl. 30, A. T. 51. Reacția Gregersen negativă.

După o serie de injecții cu pepsină părăsește clinica ameliorat. La scurt timp durerile reapar.

Obs. 18. Ulcer duodenal, periduodenită.

Gheorghe M. 35 ani, plugar.

Tabagic pasionat. Boala actuală a debutat înainte cu 4 ani prin ematemeză și melenă. De atunci are dureri după alimentație la 2 ore, dureri a jeun și noaptea. Perioade dureroase mai ales primăvara și toamna. În ultimul timp durerile sunt aproape continue, calmându-se după vărsături provocate. Constipație.

Radiologic: ulcer duodenal, periduodenită. Iperaciditate. Reacția Gregersen pozitivă.

Face o serie de injecții cu pepsină fără ca durerile să cedeze, deși câștigă în greutate 3 kgr. Se transpune pentru intervenție.

Obs. 19. Ulcer dublu: duodenal și pe mica curbură.

Ilie C. 40 ani, plugar.

Fumător, uzează alcool.

De un an dureri în epigastru fără legătură cu alimentația, cari țin 2—3 zile, urmate de perioade de liniște de 2—3 săptămâni. În ultimul timp durerile sunt foarte puternice și continue.

Examenul radiologic evidențiază un ulcer dublu, duodenal și pe mica curbură. Iperaciditate: H. Cl. 50, A. T. 76. Reacția Gregersen negativă.

După un tratament cu pepsină se simte foarte bine timp de 2 ani. Reapărându-i durerile face o serie de injecții cu Actoprotină + atropină, după cari urmează o perioadă de liniște de un an. Se supune intervenției chirurgicale.

Obs. 20. Ulcer duodenal.

Ioan H. 31 ani, plugar.

De un an dureri în epigastru, după alimente grele, la ½ oră. Piroze, eructațiuni, vărsături spontane sau provocate. Constipație.

Iperaciditate: H. Cl. 80, A. T. 92. Reacția Gregersen în scaun pozitivă. Radiologic: bulbul duodenal neregulat cu o pată sensibilă.

După o serie de injecții cu pepsină toate fenomenele au cedat. Revăzut după 6 ani, bolnavul este complet vindecat.

Obs. 21. Ulcer duodenal.

Vasile C. 30 ani, plugar.

De 4 ani are dureri abdominale independente de alimentație, cari se prezintă la 3—4 săptămâni, cu o durată de 1—2 zile. De 3 luni durerile sunt continue, accentuându-se după alimentație.

Aciditățile: H. Cl. 52, A. T. 76. Reacția Gregersen în scaun negativă. Radiologic: duodenul complet distrus, desemnându-se numai vârful.

După un tratament cu pepsină (o serie) durerile mult diminuate. După 3 ani bolnavul nu mai are nici o acuză.

Obs. 22. Ulcer pe mica curbură.

Teodor O. 31 ani, muncitor.

Bolnav de 8 ani cu fenomene le ulcer: dureri în epigastru la 2—3 ore după alimentație cari se calmează după vărsături sau alcaline. Ematemeze repetate. Constipație.

Radioscopie: nișe pe mica curbură. Iperaciditate. Reacția Gregersen în scaun pozitivă.

După o serie de injecții cu pepsină durerile sunt mult diminuate, a câștigat în greutate 5 kgr.

Se simte bine aproximativ un an, când îi reapar durerile având acelaș caracter.

Obs. 23. Ulcer piloric.

Vasile M. 25 ani, plugar.

De 4 ani dureri în epigastru la 1—2 ore după alimentație, asociate de piroze și regurgități acide. În ultimul timp dureri zilnice, vărsături alimentare spontane. A slăbit în greutate. Constipație.

La examenul radiologic: regiunea piloro-duodenală neregulată, pătată și sensibilă. Reacția Gregersen în scaun pozitivă. Iperaciditate: H. Cl. 56, A. T. 68.

După o serie de injecții cu pepsină, durerile cedează pentru foarte scurt timp, astfel că bolnavul cere să fie transpus la clinica chirurgicală pentru intervenție.

Obs. 24. Ulcer pe mica curbură.

Vasile C. 44 ani, miner.

Alcoolic și tabagic.

Bolnavul acuză de un an dureri în epigastru, cari apar după alimentație la $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ oră, piroze, eructațiuni, uneori vărsături cari calmează durerile. În ultimul timp, durerile mult mai accentuate, apar și noaptea.

Radiologic: ulcer pe mica curbură. Ipersecreție, aciditățile normale. Reacția Gregersen în scaun pozitivă.

După o serie de injecții cu pepsină nu observă nici o ameliorare, astfel că i se face intervenție operatorie. După 6 ani se simte foarte bine.

Obs. 25. Ulcer duodenal.

Gheorghe M. 41 ani, militar.

Fumător pasionat.

De 13 ani are dureri în epigastru postalimentar, însoțite de piroze. Văzut de un medic se face diagnosticul de ulcer duodenal.

După un tratament cu injecții de pepsină toate fenomenele cedează. După 5 ani se simte bine.

Proteinoterapia.

Etiologia infecțioasă a ulcerului a fost susținută, încă dela 1874, de Bottcher și mai târziu de Mathieu.

În urma cercetărilor de laborator s'a admis printre teoriile ulcerului și inflamația. Cunoșcându-se că ori ce inflamație se poate ameliora sau vineca printr'o activare susceptibilă de a exalta capacitatea de regenerare, s'a ajuns la ideea de a aplica proteinoterapia în tratamentul ulcerului gastro-duodenal.

Prin examinările macroscopice și microscopice ale ulcerului s'au pus în evidență edeme ale submucoasei, leziuni neuro-vasculare și reacțiuni conjunctive și limfoide, deci reacțiuni anti-infecțioase. S'a admis infecția pe cale sanghină de către Letulle, Griffon. S'au susținut teoria emboliilor septice și trombozelor infecțioase. Au fost incriminate în etiologia ulcerului. apendicitele, cholecistitele, salpingitele, toxi-infecțiile alimentare

Culturile făcute dela nivelul ulcerățiunilor au pus în evidență entero-streptococi, diplococi încapsulați, diverse bacterii. Prezența acestor agenți la nivelul ulcerului s'ar explica prin existența la distanță a unor focare, rezervoare de virus, capabile să acționeze prin însămânțare sau reinsămânțare pe cale sanghină. Aceste focare pot fi la nivelul gurei, rino-faringelui, tubului digestiv sau prostatei. Aceste supra-infecțiuni ar putea explica în parte și discontinuitatea cilică a ulcerului.

Acțiunea proteinoterapiei se explică printr'o sensibilizare și iritabilitatea țesuturilor la nivelul focarului ulceros, prin iperemie locală, mărirind puterea de apărare și vindecare a organismului. După Rosenthal și Holzbeim se produce stimularea simpaticului și o mobilizare a fermenților și anticorpilor, cu accentuarea acțiunii endocrine.

Primul care aplică proteinoterapia în tratamentul ulcerului este Holler.

În clinica medicală din Cluj, proteinoterapia a fost introdusă de Prof. Goia în 1922. Ea a fost aplicată sub formă de vaccineurină, lapte, Actoprotină și Actoprotină + atropină.

Vaccineurina.

Vaccinoterapia a fost aplicată de o serie de autori, însă pe un număr restrâns de cazuri.

Rosenow a obținut rezultate satisfăcătoare prin un vaccin cu bază de streptococ viridans. Unii autori au întrebuințat stock-vaccin sau bacterii luate de pe piesele rezecate. O altă serie de autori au încercat auto-vaccinuri cu material din focare infecțioase la distanță de ulcer: focare gingivale (Mathieu), nas, faringe, sinusuri, amigdale.

Calea de administrare a variat de asemenea dela autor la autor. Billand se servea de un stock-vaccin pe cale bucală și hipodermică; Aaron a obținut rezultate bune cu dermatopina, administrată pe cale dermo-epidermică. Mathieu a întrebuințat lizat de stafilococi (stafilolizatul lui Toraude).

În general prin acest tratament s'a obținut o ameliorare a semnelor subiective, în special o calmare rapidă a durerilor, dispariția hemoragiilor oculute și uneori dispariția nișei, o îndreptare a stării generale și creștere în greutate.

Acțiunea vaccinoterapiei poate fi locală, antibacteriană, sau generală, umorală; ea s'ar putea explica și prin acțiunea neurotropă făcând să dispară nișa.

Dintre contraindicațiile vaccinoterapiei, singura asupra căreia trebuie să insistăm, este tuberculoza.

Holler aplică vaccineurina în 120 cazuri, cu rezultate excelente. Dintre acestea numai 2 cazuri nu au reacționat la tratament. Utilizând o proteină vegetală (Novoprotina), Pribram obține vindecare în 42 din 77 cazuri tratate. După 5 luni au recidivat 15 cazuri.

Vaccineurina este un autolizat din stafilococi și bacilul prodigios. Se fac iniecții intravenoase cu doza I. Dacă nu observăm nici o reacție, administrăm după 2—5 zile doza II și continuăm astfel după capacitatea de reacțiune a bolnavului.

În general bolnavii reacționează cu febră mare, inapetență, debilitate generală, și slăbire în greutate.

Vaccineurina a fost aplicată în clinica medicală din Cluj în 10 cazuri, cu rezultate destul de slabe. Am observat insuccese în 4 cazuri, în alte 5 cazuri ameliorări, iar un singur caz a reacționat favorabil.

| | Ulcer duodenal | Ulcer pe mica curbură | Ulcer piloric | Total |
|-----------------------|----------------|-----------------------|---------------|-------|
| Total | 4 | 3 | 3 | 10 |
| Vârsta : — 40 ani | 4 | 1 | 3 | 8 |
| + 40 ani | — | 33,3% | — | 80,0% |
| | — | 2 | — | 2 |
| | — | 66,7% | — | 20,0% |
| Semne directe . . | 2 | 3 | 2 | 7 |
| Semne indirecte . . | 2 | — | 1 | 3 |
| Vindecat | — | 1 | — | 1 |
| | — | — | — | 10% |
| Ameliorat | 1 | 1 | 3 | 5 |
| | — | — | — | 50% |
| Insuccese | 3 | 1 | — | 4 |
| | — | — | — | 40% |
| Transp. la operație | — | — | — | 7 |
| Operat : bine | — | 1 | — | 1 |
| „ rău | 2 | — | — | 2 |

La ancheta întreprinsă au răspuns 3 bolnavi. Toți 3 continuă să sufere.

Obs. 26. Ulcer pe mica curbură.

Nicolae B. 42 ani, plugar.

Fumător pasionat, uzează de beuturi alcoolice.

Este bolnav de 4 ani, de când acuză dureri în epigastru la ½ oră după alimentație, piroze, eructațiuni acide, uneori greață și vărsături. În ultimul timp are dureri noaptea, mult mai puternice, cu iradieri spre ipocondrul stg. și spate.

La examenul radiologic se evidențiază o nișă pe curbură mică în 1/3 mijlocie. Aciditățile normale. Reacția Gregersen negativă.

Face o serie de injecții cu vaccinuerină, durerile cedând pentru scurt timp. Se supune intervenției chirurgicale.

Obs. 27. Ulcer piloric.

Ioan P. 29 ani, plugar.

Tabagic, alcoolic.

Înainte cu 5 ani are dureri în epigastru la 1—2 ore după alimentație, zilnic, timp de 2 luni. Urmează o perioadă de calmie de 3 ani, când durerile reapar mai puternice, însoțite de piroze și regurgitări acide.

La examenul radiologic se face diagnosticul de ulcer piloric. Acidități: H. Cl. 0, A. T. 5. Reacția Gregersen negativă.

Face o serie de injecții cu vaccineurină, durerile cedând mult în intensitate. Timp de 2 ani se simte relativ bine. Reapărându-i durerile se supune intervenției chirurgicale.

Obs. 28. Ulcer duodenal recidivant, disfuncția ansei.

Cornelia P. 25 ani.

De 4 ani are fenomene tipice de ulcer duodenal. Face un tratament simptomatic fără succes ceea ce o determină să se opereze. După operație continuă să aibă dureri în epigastru, a jeun, după alimentație la câteva ore și noaptea târziu.

Examinată radiologic se face diagnosticul de ulcer duodenal recidivant, disfuncția ansei (cerc vicios), aderențe periduodenale.

Se începe un tratament cu injecții de vaccineurină. Bolnava face 9 serii fără să observe vre-o ameliorare.



Injecțiile cu lapte.

Laptele acționează la fel ca ori și care proteină. Are avantajul că este ieftin, fiind utilizabil la țărani.

Pentru a fi utilizat, după degresare se fierbe timp de 15 minute. Se administrează în injecții intramusculare. Prima doză este de 2—3 cmc. mergând progresiv până la 10 - 15 cm., după rezistența bolnavului. Injecțiile se fac zilnic.

Ca și vaccineurina, injecțiile cu lapte produc o reacție febrilă puternică, dureri în epigastru și o stare de slăbire. Un alt dezavantaj îl constituie faptul că injecțiile cu lapte sunt foarte dureroase.

Acest tratament a fost aplicat în 19 cazuri. Ameliorări evidente am obținut în 52% a cazurilor. În 21,2% durerile au dispărut, iar în 5 cazuri (27,3%) bolnavii nu au reacționat la acest tratament, ei continuând să aibă dureri. Trei bolnavi au fost operați, cu rezultat bun în 2 cazuri.

| | Ulcer duodenal | Ulcer pe mica curbură | Ulcer piloric | Total |
|-----------------------|----------------|-----------------------|---------------|-------------|
| Total | 14 | 3 | 2 | 19 |
| Vârsta : - 40 ani | 9 64,2% | 3 — | 2 — | 14 73,6% |
| + 40 ani | 5 35,8% | — — | — — | 5 26,4% |
| Semne directe . . | 8 | 1 | 1 | 10 |
| Semne indirecte . . | 6 | 2 | 1 | 9 |
| Vindecat | 3 — | 1 — | 2 — | 4 21,2% |
| Ameliorat | 6 — | 2 — | 2 — | 10 52,6% |
| Insuccese | 5 — | — — | — — | 10 26,3% |
| Trans. la operație . | — | — | — | 3 |
| Operat : bine | 2 | — | — | 2 |

Rezultate tardive avem dela 5 bolnavi. Două cazuri au prezentat vindecări aparente dela 1—3 ani, într'un caz timp de 7 ani, iar 2 bolnavi se simt foarte bine după 11 ani.

Obs. 29. Ulcer duodenal.

Iuliu K. 32 ani, muncitor.

Uzează de alcool și de tutun.

De 2 ani are dureri localizate în epigastru cari vin la 3—4 ore după alimentație, acompaniate de ghiorături și regurgități acide. De 6 luni durerile sunt mai accentuate, apar și în timpul nopții. Constipație. Radiologic: semne directe de ulcer duodenal. Aciditățile normale.

Face 10 injecții cu lapte după cari durerile dispar. După o perioadă de liniște de $\frac{1}{2}$ an, durerile reapar cu acelaș caracter. Este supus intervenției chirurgicale după care se simte foarte bine.

Obs. 30. Ulcer pe mica curbură.

Catalina Sz. 48 ani.

De $\frac{1}{2}$ an acuză dureri în epigastru imediat după alimentație, piroze și vărsături alimentare cari o calmau. Constipație.

La examenul radiologic se evidențiază o nișe de mărimea unei cireșe, pe $\frac{1}{3}$ mijlocie a micii curburii. Aciditățile normale. Reacția Gregersen în scaun pozitivă.

După o serie de injecții cu lapte durerile au cedat. Revăzută după 2 ani, se simte foarte bine.

Obs. 31. Ulcer pe mica curbură.

Ana P. 27 ani.

De 2 luni dureri în epigastru imediat după alimentație, piroze. Constipație.

Aciditățile normale. Reacția Gregersen în scaun negativă. La examenul radiosopic nișe pe $\frac{1}{3}$ mijlocie a curburii mici.

Face o serie de injecții cu lapte, după care durerile cedează. Revăzută după 11 ani, bolnava se simte foarte bine.

Aktoprotina.

Inconveniente pe cari le prezintă vaccineurina și laptele, au făcut ca ele să fie înlocuite cu alte proteine.

Aktoprotina, o soluție de 4% a cazienei, are avantajul că este de compoziție stabilă și se poate administra intravenos.

Prima doza este de un cmc. administrat intravenos, apoi progresiv mărim doza la 5 cmc. Injecțiile se fac zilnic, o serie cuprinzând 12 bucați. Seriile se pot repeta după o lună. În timpul tratamentului bolnavul ține regimul pentru ulcer. Este preferabil ca în acest timp să stea la pat, tratamentul poate fi făcut însă și ambulant.

Aktoprotina are acțiune indiscutabilă asupra durerii. În general după 5—6 injecții durerile cedează sau chiar dispar. Odată cu dispariția lor bolnavul începe să se alimenteze mai bine, câștigând în greutate.

Am observat de asemenea modificări obiective importante. Punctele epigastrice sensibile la presiune, după tratamentul cu Aktoprotină, pot să dispară.

Prin controlul radiologic am remarcat diminuirea sau dispariția nișei caracteristice. În unele cazuri fără dureri semnele radiologice nu s'au modificat.

Emoragia ocultă a devenit negativă în majoritatea cazurilor.

Examenul gastroscopic făcut la câțiva bolnavi a evidențiat dispariția ulcerului cu menținerea procesului de gastrită.

Aktoprotina a fost aplicat în clinica medicală la 312 bolnavi după cum reiese din tablou.

Dispariția completă fenomenelor dureroase s'a observat în 15,7% a cazurilor. Ameliorări am obținut în 188 cazuri, ceea ce reprezintă 60,3%, iar în 75 cazuri (24%) Aktoprotina nu a modificat simptomatologia ulcerului.

| | Ulcer duodenal | Ulcer pe mica curbură | Ulcer piloric | Total |
|-------------------------------|----------------|-----------------------|---------------|--------------|
| Total | 215 | 86 | 11 | 312 |
| Vechimea ulcerului | | | | |
| până la 1 an | 34 | 20 | 2 | 56 |
| de 1 an | 22 | 10 | — | 32 |
| 2 ani | 35 | 15 | 1 | 51 |
| 3 ani | 29 | 5 | 1 | 35 |
| 4 ani | 15 | 10 | 1 | 26 |
| 5 ani | 12 | 7 | 1 | 20 |
| 6 ani | 15 | 5 | 1 | 21 |
| 7 ani | 8 | 5 | — | 13 |
| 8 ani | 5 | 2 | 2 | 9 |
| 9 ani | 4 | 2 | — | 6 |
| 10 ani | 7 | 2 | 1 | 10 |
| peste 10 ani | 29 | 4 | 1 | 34 |
| Vindecat | 30 13,9% | 17 19,17% | 2 18,18% | 49 15,7% |
| Ameliorat | 131 60,9% | 49 57,0% | 8 72,72% | 188 60,3% |
| Insuccese | 54 25,2% | 20 23,8% | 1 9,09% | 75 24,0% |
| Vârsta: — 40 ani | 145 67,4% | 48 55,6% | 5 45,4% | 198 63,4% |
| + 40 ani | 70 32,6% | 38 44,4% | 6 54,6% | 114 36,6% |
| Semne directe | 135 | 78 | 9 | 222 |
| Semne indirecte | 72 | 8 | 2 | 82 |
| Fără semne | 8 | — | — | 8 |
| Transp. la operație | — | — | — | 53 |
| Operat: bine | 14 | 3 | — | 17 |
| „ rău | 2 | 3 | 2 | 7 |

Din cele 75 cazuri de insucces s'a indicat intervenția operatorie în 24 cazuri. Urmărind acești bolnavi am constatat că 7 au continuat să sufere, iar 17 se simt foarte bine.

Repartizând rezultatele obținute după localizări, nu distingem diferențe evidente.

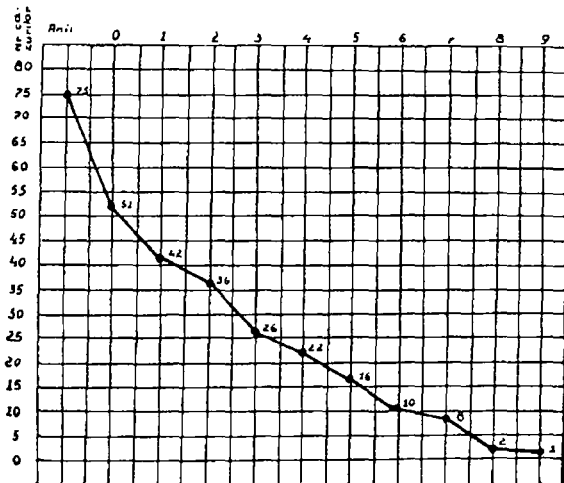
Aprecieri mai sigure asupra efectului Aktoprotinei în ulcerul gastro-duodenal, le-am făcut urmărind bolnavii cari au fost supuși la acest tratament. Ancheta noastră cuprinde un număr de 75 cazuri. În 32% (24 cazuri) ritmul evolutiv al ulcerului a continuat ca și înainte de tratament. O mare parte a acestor cazuri erau complicate cu stenoză (4), stomac bilocular (3), perigastrită sau periduodenită (5).

| Totalul cazurilor 75 | | | | | | |
|--------------------------|-------------|-----------------------|---------------|--------------|-------|-------------------------|
| | Ulcer duod. | Ulcer pe mica curbură | Ulcer piloric | Ulcer peptic | Total | Vinde. în câri în proc. |
| Insuccese | 15 | 6 | 3 | — | 24 | — |
| Bine până la | | | | | | |
| 1 an | 31 | 14 | 4 | 2 | 51 | 78% |
| 2 ani | 26 | 11 | 3 | 2 | 42 | 56% |
| 3 ani | 23 | 10 | 3 | — | 36 | 42,66% |
| 4 ani | 15 | 8 | 3 | — | 26 | 37,33% |
| 5 ani | 11 | 8 | 3 | — | 22 | 29,33% |
| 6 ani | 8 | 6 | 2 | — | 16 | 21,33% |
| 7 ani | 4 | 4 | 2 | — | 10 | 18,66% |
| 8 ani | 2 | 4 | 2 | — | 8 | 10,66% |
| 9 ani | 2 | 4 | 2 | — | 8 | 10,66% |
| 10 ani | — | 1 | 1 | — | 2 | 9,33% |
| 11 ani | — | 1 | — | — | 1 | 8,00% |
| Stenoza | 2 | — | 2 | — | 4 | — |
| Stomac bilocul | — | 3 | — | — | 3 | — |
| Peri | 4 | — | 1 | — | 5 | — |
| Diverticol | 1 | — | — | — | 1 | — |

Vindecările aparente descreșc în cursul anilor, astfel că după o perioadă de 3 ani rămân 26 bolnavi vindecați, după 6 ani 10, iar după 11 ani abea un caz.

Explicația acestor rezultate slabe trebuie căutată și în faptul, că seriile de întreținere au fost abandonate. Așa 6 bolnavi au repetat, la intervale de un an, injecțiile cu Aktoprotină.

Grafica rezultatelor tardive în tratamentul cu Aktoprotină se prezintă astfel:



Obs. 32. Ulcer duodenal.

Gheorghe T. 26 ani, lucrător.

Tabagic și alcoolic.

Este bolnav de 14 ani, cu dureri localizate în epigastru, piroze, cari veneau de 1—2 ori la an. În ultimul an durerile apar la 1—2 ore după alimentație, sunt aproape continue și foarte puternice.

Radiologic: semne directe de ulcer duodenal. Secreția și aciditățile normale. Reacția Gregersen în scaun negativă.

După o serie de injecții cu Aktoprotină durerile au cedat mult. În scurt timp durerile reapar, de intensitate mare, astfel că bolnavul acceptă intervenția. După operație se simte bine.

Obs. 33. Ulcer pe mica curbură.

Florica V. 30 ani.

De 3 luni are dureri mari în epigastru, la 3 ore după alimentație, cari iradiază în întreg abdomenul.

Aciditățile normale. Reacția Gregersen negativă. Radiologic: nișe pe mica curbură.

După a patra injecție cu Aktoprotină durerile reapar. La controlul radiologic, făcut după terminarea seriei de injecții, nu se constată nici o modificare. Revăzută după 10 ani, bolnava continuă să sufere.

Obs. 34. Ulcer piloric.

Gheorghe L. 28 ani, dulgher.

Fumător pasionat.

De 6 ani acuză dureri în epigastru și piroze cari survin la 1—2 ore după alimentație. Din când în când vărsături alimentare spontane.

Aciditățile normale, ipersecreție. Reacția Gregersen negativă. La examenul radiologic semne directe de ulcer piloric.

După tratament cu Aktoprotina durerile au cedat, a câștigat în greutate 5 kgr. După 8 ani are aceleași acuze.

Obs. 35. Ulcer duodenal.

Ștefan P. 38 ani, preot.

De 5 ani fenomene tipice de ulcer duodenal. Examinat radiologic se evidențiază o pată persistentă pe duoden. După o serie de injecții cu Aktoprotină se simte bine timp de un an. Continuă să sufere timp de 2 ani, când, făcând o nouă serie de Aktoprotină, se simte iarăși bine un an. Reapărând durerile se supune intervenției chirurgicale.

Obs. 36. Ulcer pe ansă.

Gavrilă P. 25 ani, plugar.

De 2 ani dureri în epigastru la 2—3 ore după alimentație. Făcându-se diagnosticul de ulcer duodenal, bolnavul se supune intervenției chirurgicale. La un an are ematemeză și melenă. Durerile abdominale reapar.

Revăzut radiologic se face diagnosticul de ulcer pe ansă. Aciditățile H. Cl. 12, A. T. 28. Reacția Gregersen în scaun negativă.

După o serie de injecții cu Aktoprotină durerile cedează. La o lună face o nouă ematemeză.

Obs. 37. Ulcer dublu, piloric și pe mica curbură.
Ecaterina C. 46 ani.

De un an are dureri după alimentație la 2—3 ore, însoțite de piroze, regurgități acide și vărsături. În ultimele 2 luni durerile sunt mult mai puternice, aproape continue și are vărsături zilnic.

La examenul radioscopic se pune în evidență un ulcer dublu, piloric și pe mica curbură. Aciditățile normale, ipersecreție.

Durerile cedează mult după o serie de injecții cu Aktoprotină. Revăzută după 11 ani, bolnava are dureri abdominale cu acelaș caracter.

Obs. 38. Ulcer duodenal.

Alexandru P. 27 ani, plugar.

Acuză dureri în regiunea epigastrică imediat după alimentație, piroze, regurgități acide, senzație de plenitudine, și vărsături spontane.

Aciditățile: H. Cl. 22, A. T. 34. Reacția Gregersen pozitivă. Radiologic: semne indirecte de ulcer duodenal.

După o serie de injecții cu Aktoprotină vărsăturile și durerile au dispărut. După 8 ani bolnava se simte foarte bine.

Obs. 39. Ulcer duodenal. G. E. A.

Ioan M. 56 ani, învățător.

De 20 ani are dureri tipice de ulcer duodenal. Înainte cu un an se su-pune intervenției chirurgicale (G. E. A.), după care continuă să sufere.

Examinat radiologic se evidențiază un duoden cu recesul intern mai alungit și cu bulbul mai șters, G. E. A. A jeun se extrage 15 cmc. sac gastric: H. Cl. 0, A. T. 16. Reacția Gregersen slab pozitivă.

Deși face o serie de injecții cu Aktoprotină și ține regim sever, durerile nu cedează. După 5 ani face o a doua serie de Aktoprotină după care nu mai are nici un simptom subiectiv.

Obs. 40. Ulcer pe curbura mică.

Gafie G. 32 ani.

De un an dureri în epigastru ritmate de alimentație, vărsături spontane. În repetate rânduri melenă.

Radiologic nișe de mărimea unui bob de mazăre pe curbura mică. Aciditățile normale.

Face o serie de injecții cu Aktoprotină, durerile dispar după a patra injecție. După 5 ani bolnava se simte foarte bine, nu a mai avut nici odată dureri abdominale.

Obs. 41. Ulcer duodenal, periduodenită.

Alexandru L. 39 ani, preot.

De un an acuză senzație de plenitudine și balonare în epigastru. La scurt timp are și dureri la 2—3 ore după alimentație, cari se camlează după alcaline. Constipație.

Radiologic: bulbul duodenal situat sus, cu contur mai șters după evacuare rămâne pătat. Aciditățile: H. Cl. 56, A. T. 80. Reacția Gregersen în scaun negativă.

Face tratament cu Aktoprotină și diatermie, după cari durerile cedează, persistă însă sensibilitatea la presiune. După 3 ani continuă să sufere.

Obs. 42. Ulcer pe curbura mică.

Iosif Sz. 51 ani, plugar.

Fumător, uzează de alcool.

De 4 săptămâni are dureri abdominale ritmate de alimentație. A slăbit foarte mult în greutate.

Radiologic: semne directe de ulcer pe curbura mică. Secreția și aciditățile gastrice normale.

Reacția Gregersen în scaun negativă.

Durerile dispar după o serie de injecții cu actoprotină. După 3 ani bolnava este vindecată.

Obs. 43. Ulcer duodenal, periduodenită.

Ioan S. 45 ani, muncitor.

Dela vârsta de 12 ani (de 33 ani) prezintă dureri abdominale după alimentație și noaptea, mai ales în timpul verii. De 18 ani aproape în fiecare vară ematemeză, uneori melenă.

Patologic ulcer duodenal cu periduodenită, Aciditățile H. Cl. 14, A. T. 24. Reacția Gregersen slab pozitivă.

Face o serie de Aktoprotină, după care durerile dispar. După 5 ani bolnavul se simte foarte bine.

— *Obs. 44.* Ulcer pe mica curbură.

Ioan D. 39 ani, funcționar.

De un an dureri în epigastru la 3—4 ore după alimentație, cari apar la intervale mari. De o lună durerile sunt mari și continue.

La examenul radiologic nișe pe curbura mică. Aciditățile H. Cl. 50, A. T. 56.

Face tratament cu Aktoprotină, durerile dispărând după o serie. Revăzut după 7 ani, bolnavul este vindecat.

Obs. 45. Ulcer duodenal penetrant, periduodenită.

Ilie B. 60 ani, plugar.

Fumător pasionat.

Antecedente de ulcer duodenal de 10 ani. În ultimul timp dureri mari continue. Constipație.

La examenul radiologic ulcer duodenal penetrant (fața posterioară), aderențe periduodenale. Aciditățile normale. Reacția Gregersen negativă.

După o serie de Aktoprotină se simte foarte bine, iar după 8 ani este vindecat.

Obs. 46. Ulcer dublu, duodenal și pe mica curbură.

Ioan Z. 63 ani, plugar.

Este bolnav de 20 ani, cu dureri în epigastru la $\frac{1}{2}$ oră după alimentație. Perioade dureroase mai ales primăvara și toamna. Constipație.

Examenul radiosopic evidențiază un ulcer dublu, duodenal și pe mica curbura. Aciditățile H. Cl. 8, A. T. 26. Reacția Gregersen pozitivă.

Făcând o serie de injecții cu Aktoprotină bolnavul se simte complet vindecat. Reacția Gregersen negativă. După 9 ani. nu mai are nici o acuză

Obs. 47. Ulcer duodenal recidivant.

Irimie M. 41 ani, muncitor.

De 10 ani are dureri în epigastru ritmate de alimentație. Vărsături. Constipație. Operat înainte cu 3 ani, se simte bine foarte scurt timp. În baza examinărilor radiologice și de laborator se face diagnosticul de ulcer duodenal recidivant, G. E. A.

După un tratament cu Aktoprotină durerile cedează mult, iar după 9 ani este vindecat.

Obs. 48. Ulcer pe mica curbura.

Rozalia F. 53 ani.

De 4 ani acuze tipice pentru ulcer gastric.

La examenul radiologic nișe pe curbura mică. Secreția normală, aciditățile H. Cl. 22, A. T. 30. Reacția Gregersen în scaun pozitivă.

După o serie de injecții cu Aktoprotină durerile dispar. Controlată radiologic nișa nu se mai vede.



Aktoprotina + atropină.

Metoda imaginată de Pribram a fost modificată prin adăugarea antispasmodicelor sub formă de injecții cu atropină, $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ mlgr.

Inlăturarea spasmului prin atropină favorizează o vindecare mai rapidă, ceea ce se confirmă și prin rezultatele mulțumitoare obținute.

Mersul tratamentului este același ca și cu Aktoprotină. Seriile, cari cuprind 10—12 injecții, se pot repeta la intervale de o lună. Este recomandabil tratamentul de întreținere făcut primăvara și toamna pentru a preîntâmpina recidivele. Aktoprotina și atropina se dă intravenos în aceeași seringă deodată.

De regulă după a 3-a sau a 4-a injecție acuzele subiective se calmează, bolnavii se simt bine, astfel că se pot realimenta.

Din 131 cazuri tratate în 40,4% durerile au cedat complet. Verificările făcute în fața ecranului au arătat în multe cazuri micșorarea sau dispariția nișei, iar peristaltismul stomacului mult mai redus.

Procentul ameliorărilor este de 45,8%, iar al insucceselor 13,8%. Indicație operatorie am făcut în 9 cazuri.

Rezultate tardive nu avem decât dela un număr redus de cazuri, acest tratament fiind introdus în clinică de abea 3 ani.

Din 10 bolnavi cari au fost reexaminați sau au răspuns anchetei, 4 cazuri continuă să nu mai aibă dureri dela instituirea tratamentului cu Aktoprotină + atropină, deși vechimea ulcerului era de 5—8 ani. Revăzuți radiologic imaginea nișei nu se mai observă. Alți 2 bolnavi, la cari suferințele datau de 5 și 12 ani, se simt de asemenea foarte bine, deși tratamentul a fost instituit înainte cu 2 ani. În alte 4 cazuri, la cari tratamentul a fost făcut înainte cu un an, durerea nu a mai reapărut, bolnavii bucurându-se de o sănătate perfectă.

| | Ulcer duodenal | Ulcer pe mica curbura | Ulcer piloric | Total |
|--|----------------|-----------------------|---------------|-------------|
| Total | 101 | 28 | 2 | 131 |
| Vechimea ulcerului până la 1 an | 13 | 4 | 1 | 18 |
| De 1 an | 12 | 3 | — | 15 |
| 2 ani | 17 | 6 | — | 23 |
| 3 ani | 7 | 2 | — | 9 |
| 4 ani | 9 | 3 | — | 12 |
| 5 ani | 7 | 2 | — | 9 |
| 6 ani | 8 | 1 | — | 9 |
| 7 ani | 2 | — | — | 2 |
| 8 ani | 6 | 1 | — | 7 |
| 9 ani | 4 | — | — | 4 |
| 10 ani | 6 | 1 | — | 7 |
| peste 10 ani | 10 | 5 | — | 16 |
| Vindecăt | 37 36,6% | 15 53,6% | 1 — | 53 40,4% |
| Ameliorat | 50 49,5% | 10 35,7% | — | 60 45,8% |
| Insucese | 14 13,9% | 3 11,7% | 1 — | 18 13,8% |
| Vârsta: — 40 ani | 65 64,4% | 12 42,9% | 2 — | 79 60,3% |
| + 40 ani | 36 35,6% | 16 57,1% | — | 52 39,7% |
| Semne directe | 84 | 26 | 2 | 112 |
| Semne indirecte | 8 | 1 | — | 9 |
| Fără semne | 9 | 1 | — | 10 |
| Transp. la oper. | — | — | — | 9 |
| Operat: bine | 2 | — | — | 2 |
| " rau | 2 | — | 1 | 3 |

Obs. 49. Ulcer duodenal.

Octavian M.

Din 1924 fenomene de ulcer duodenal: dureri la 4—5 ore după alimentație. Acalmie în timpul verii. Constipație.

La examenul radiologic ulcer duodenal. Reacția Gregersen în scaun pozitivă. Sucul gastric: H. Cl. 46, A. T. 54.

Face două serii de injecții cu Aktoprotină + atropină după cari durerile dispar complet. Ține regim alimentar, iar în fiecare primăvară și toamnă face tratament simptomatic. De 2 ani nu mai are nici o acuză. Revăzut radiologic nișa de pe duoden nu se mai vede.

Obs. 50. Ulcer duodenal.

Maior D. 48 ani.

Debut cu melenă acum 3 ani. Dureri postalimentare la 4—5 ore, piroze, regurgități acide. Constipație.

Examenul radiologic: Ulcer duodenal. Reacția Gregersen pozitivă.

Face o serie de injecții cu Aktoprotină + atropină după cari durerile dispar. Ține regim de 3 ani fără să aibă dureri. La controlul radiologic ulcerul nu se mai vede.

Obs. 51. Ulcer duodenal, diverticol duodenal.

Rudolf W. 38 ani, muzicant.

De un an dureri zilnice la $\frac{1}{2}$ oră după alimentație. Melenă.

La examenul radiologic ulcer duodenal cu diverticol. Reacția Gregersen pozitivă. Aciditățile normale.

Face o serie de injecții cu Aktoprotină + atropină, după cari se simte bine timp de un an. Reapărând durerile face o nouă serie după care cedează din nou. Revăzut radiologic ulcerul și diverticolul se mențin.

Obs. 52. Ulcer pe mica curbură.

Căpitan Cornel I. 40 ani.

De 5 ani dureri continue în epigastru, neinfluențate prin nici un medicament.

Aciditățile gastrice: H. Cl. 60, A. T. 68. Reacția Gregersen pozitivă. Radiologic semne directe de ulcer pe mica curbură.

Face o serie de injecții cu Aktoprotină + atropină, iar după 2 luni a doua serie. Durerile dispar. Face a treia serie de injecții. De 3 ani este fără dureri, a câștigat în greutate 6 kgr. La controlul radiologic nișa dispărută.

Obs. 53. Ulcer duodenal.

Gheorghe G. 40 ani, pantofar.

De câțiva ani dureri în epigastru postalimentar mai ales după alimente acre sau grase.

Radiologic: ulcer duodenal. Ipersecreție, aciditățile H. Cl. 48, A. T. 60.

Durerile dispar după o serie de injecții cu Aktoprotină + atropină. La 6 luni durerile reapar, se face o nouă serie. După a 3-a serie durerile dispar. După un an se simte foarte bine.

Obs. 54. Ulcer duodenal, diverticol duodenal.

Victor S., preot.

De 8 ani dureri în epigastru la intervale variate, mai ales primăvara și toamna. Durerile apăreau la 3—4 ore după alimentație.

La examenul radiologic duodenul distrus cu diverticol duodenal. Aciditățile mărite.

După 10 injecții cu Aktoprotină + atropină durerile dispar. Ține regim de un an, fără să aibă vre-o acuză.

Obs. 55. Ulcer pe mica curbură.

Maria C. 28 ani.

Din 1930 dureri în epigastru cari apar imediat după alimentație. Perioade de liniște dela 3—6 luni. Dureri în fiecare primăvara și toamna.

Sensibilitatea la presiune în epigastru. Radiologic, nișa mijlocie a curburii mici.

După regim și o serie de injecții cu Aktoprotină + atropină nu mai are nici o acuză. De 2 ani este bine.

Obs. 56. Ulcer duodenal, dublu.

Ioan F. 29 ani, laborant.

Din toamna anului 1935 piroze și regurgități acide cu lipsa poftei de mâncare. De 2 luni dureri zilnice în epigastru la 2—3 ore după alimentație și a jeun.

La examenul radiologic bulbul duodenal prezintă o incizură pe mica curbură și o a doua sub recesul intern. Iperaciditate, ipersecreție. Reacția Gregersen în scaun negativă.

Face o serie de injecții cu Aktoprotină + atropină, durerile dispar după a 3-a injecție. De $\frac{1}{2}$ an nu mai are nici o acuză.

Obs. 57. Ulcer pe mica curbură.

Nastasia I. 24 ani.

Înainte cu 2 luni dureri în epigastru imediat după alimentație, cari iradiau spre hipocondrul drept, și cari au apărut zilnic timp de o săptămână. De 2 săptămâni aceleași acuze. Constipație.

Radiologic nișe de mărimea unei boabe de cireșe pe curbura mică, fața posterioară. Reacția Gregersen negativă. Aciditățile normale. Sensibilitate la presiune în epigastru.

După o serie de injecții cu Aktoprotină + atropină, durerile au dispărut. La controlul radiologic nișa abea se mai vede.

Obs. 58. Ulcer duodenal.

Maria T. 22 ani.

De 2 ani prezintă fenomene tipice de ulcer duodenal.

Aciditățile H. Cl. 5, A. T. 45. Reacția Gregersen negativă. Radiologic semne directe de ulcer duodenal.

După o serie de injecții cu Aktoprotină + atropină durerile cedează. După 2 ani durerile reapar, iar la o săptămână face o ematemeză.

Tratamentul cu hipofiză.

Drouet a fost primul care a aplicat extractul de loc posterior hipofizar în terapia ulcerului. Cunoscând legătura strânsă ce există între hiperclorhidrie și ulcer, el conchide că o terapie cu scopul de-a micșora aciditatea sucului gastric, nu poate să contribuie decât în mod favorabil la vindecare. Drouet a verificat acțiunea hipofizei asupra secreției și acidității gastrice utilizând proba cu histamină. A constatat în general o scădere evidentă și permanentă a acidității și secreției gastrice, precum și a fenomenelor subiective.

Tratând 33 cazuri de ulcer gastro-duodenal prin extract de lob posterior al hipofizei obține următoarele rezultate: 2 eșecuri, 15 vindecări și 16 ameliorări.

Mecanismul de acțiune este explicat prin diminuarea acidității sucului gastric, care trebuie atribuită eliminării tisulare a clorurilor sub influența extractului hipofizar.

Această metodă a fost aplicată în clinica medicală în 7 cazuri de ulcer.

Tratamentul este condus astfel: se fac zilnic 2 injecții cuprinzând conținutul unei fiole corespunzând la 40 unități. Injecțiile se fac la 1—2 ore după mesele principale, adică la orele 3 p. m. și 9 seara. O serie cuprinde 12 injecții consecutive, iar seriile se pot repeta după 8—10 zile. În timpul tratamentului cu hipofiză bolnavul ține regim de ulcer. Este indicată administrarea beladonei pentru a atenua întru câțva efectele neplăcute ale extractului hipofizar.

Reacțiunile neplăcute observate după injecție au fost: vasoconstricție periferică (paloare) de scurtă durată și ușoare dureri abdominale, din cauza contracțiunii gastrice.

Vindecări evidente am obținut în 3 cazuri 42,8%, în 2 cazuri ameliorări 28,5% și iar 2 bolnavi nu au reacționat la acest

tratament. Unul din cazurile de insucces nu a reacționat nici la alte tratamente făcute: Aktoprotină, pepsină și Larostidă.

| | Ulcer duodenal | Ulcer pe mica curbură | Ulcer piloric | Total |
|---------------------|----------------|-----------------------|---------------|------------|
| Total | 6 | 1 | — | 7 |
| Vârsta: — 40 ani | 5 83,33% | 1 | — | 6 85,7% |
| + 40 ani | 1 16,66% | — | — | 1 14,3% |
| Semne directe . . . | 6 | 1 | — | 7 |
| Vindecat | 3 | — | — | 3 42,8% |
| Ameliorat | 1 | 1 | — | 2 28,5% |
| Insuccese | 2 | — | — | 2 28,5% |

Durerile se atenuează repede pentru a dispărea în majoritatea cazurilor după prima sau a doua serie de injecții. Vărsăturile, pirozele, senzația de arsură retrosternală dispar sau diminuează progresiv în câteva zile. Se observă o revenire rapidă a poftei de mâncare, creșterea în greutate și o stare generală bună.

Paralel cu dispariția turburărilor subiective și funcționale se ameliorează și semnele radiologice pentruca uneori să dispară.

Majoritatea cazurilor tratate prin această metodă au putut fi urmărite un timp de 2—3 ani. Cele două cazuri refractare continuă să sufere deși au încercat și alte metode terapeutice. Într'un caz durerile nu au mai apărut de 2 ani. Boala lui data de 8 ani, iar perioadele dureroase se repetau la intervale foarte scurte, 3—4 luni. Doi bolnavi se simt foarte bine de 3 ani. Unul din ei a făcut 3 serii de injecții, iar celalalt 8 serii.

Deci cazurile refractare acestui tratament nu au reacționat nici la altă metodă terapeutică, iar cazurile în cari tratamentul a fost prelungit, rezultatele tardive sunt mult mai bune. Desigur că nu putem trage concluziuni definitive având în vedere numărul mic de cazuri tratate și timpul scurt dela instituirea acestei metode.

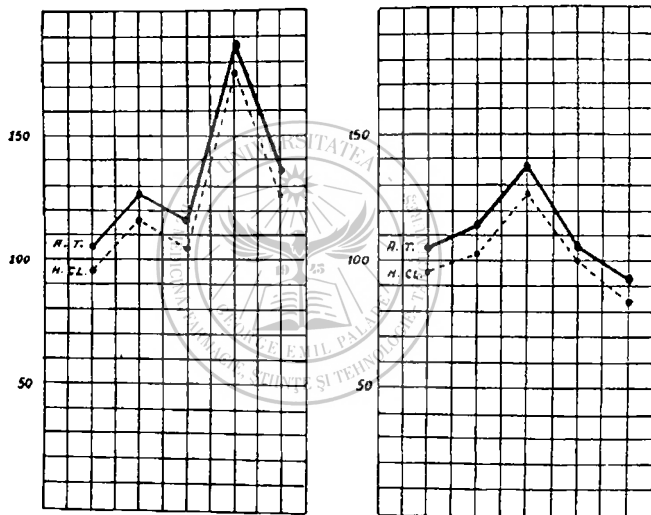
Am verificat acțiunea lobului posterior al hipofizei asupra secreției și acidității gastrice, utilizând proba cu histamină.

În prima zi ne convigeam de starea secreției gastrice prin injectarea histaminei. Recoltăm fracționat sucul gastric din 15 în

15 minute, timp de o oră. A doua zi repetăm proba injectând în același timp cu histamina și conținutul unei ampule de extract hipofizar.

Modificările sucului gastric sunt evidente. Scăderea acidității în unele cazuri este foarte mare și apare repede după injecție. Durata acestei scăderi, având în vedere fenomenele subiective, este în majoritatea cazurilor de lungă durată. Se observă de asemenea o diminuare cantitativă a sucului gastric. În unele cazuri este mărită.

Iată grafica variației acidităților gastrice în unul din cazurile studiate:



Obs. 59. Ulcer duodenal.

Aurel L.

De 11 ani dureri abdominale a jeun și la 4—5 ore după alimentație, piroze, regurgități acide. Perioade de liniște 2—3 luni.

La examenul radiologic niște pe duoden.

Se indică un tratament cu hipofiză. Face timp de 4 ani câte 2 serii anual (8 serii). Durerile dispar complet după a 3-a serie, bolnavul câștigă în greutate 6 kgr. De 3 ani se simte foarte bine.

Obs. 60. Ulcer duodenal.

Ioșif G. 31 ani, tipograf.

Tabagic, alcoolic.

Bolnav de 8 ani cu dureri postalimentare la 2—3 ore. Dureri zilnic timp de 3 săptămâni urmate de perioade de liniște de 3—4 luni. Examinat

în Septembrie 1929, prezintă sensibilitate în punctul duodenal; aciditățile: H. Cl. 48, A. T. 62; radiologic bulbul duodenal neregulat, pătat și sensibil.

Face tratament cu Aktoprotină simțindu-se relativ bine timp de 4 ani. Revăzut în Octombrie 1933, ulcerul persistă. Aciditățile: a jeun H. Cl. 103, A. T. 124. Reacția Gregersen în scaun pozitivă. Sensibilitate în epigastru cu ușoară defensă musculară.

Se începe tratamentul cu hipofiză lob posterior, antispasmodice și regim. După prima serie durerile mult diminuate, iar după a 2-a serie durerile dispărute complet. Revăzut după 2 ani, bolnavul se simte bine, a câștigat în greutate.

Obs. 61. Ulcer duodenal.
Gavrilă P. 36 ani, plugar.
Fumător pasionat.

De 9 ani are arsuri în epigastru a jeun, cari dispăreau după alimentație reapărând la 2—3 ore și se calmau după vărsături provocate. La scurt timp dela debut are dureri în hipocondrul drept. Examinat radiologic se evidențiază un ulcer duodenal. Revăzut în Noembrie 1926. are aceleași acuze plus vărsături sanghinolente. La examenul radiologic duodenul șters, iar în bulb o umbră intensă de mărimea unui bob de mătase persistentă și dure-roasă. Face 8 injecții cu lapte după cari se simte bine până în primăvara anului 1933 (7 ani). Având dureri continue timp de 3 săptămâni revine în clinică.

La examenul radiologic bulbul duodenal mic cu contur șters. Evacuarea în porțiuni mici.

Se face proba cu histamină și proba cu histamină + hipofiză:

| A jeun | H. Cl. | 0 | A. T. | 6 | A jeun | H. Cl. | 0 | A. T. | 6 |
|--------|--------|----|-------|----|--------|--------|---|-------|----|
| la 15' | | 8 | | 22 | la 15' | | 7 | | 22 |
| la 30' | | 11 | | 20 | la 30' | | 6 | | 20 |
| la 45' | | 18 | | 24 | la 45' | | 0 | | 5 |
| la 60' | | 8 | | 18 | la 60' | | 0 | | 6 |

Se începe un tratament cu hipofiză. După a 7-a injecție durerile dispar. Face a doua serie de injecții. După 3 ani se simte foarte bine.

Obs. 62. Ulcer duodenal.
Ioan M. 34 ani, fierar.
Fumător pasionat.

De 3 ani, la intervale mari și mai ales toamna, are piroze și regurgitări acide. De un an dureri în epigastru mai ales noaptea. În ultimul timp durerile sunt zilnice, de intensitate mare ceea ce determină pe bolnav să-și provoace vărsături. A observat sânge negru amestecat cu alimentele vărsate. A avut melenă. Dela debutul boalei a slăbit în greutate 20 kgr.

Sensibilitate la presiune în epigastru. Reacția Gregersen pozitivă. La examenul radiologic bulbul duodenal neregulat, pătat.

Proba cu histamină și proba cu histamină + hipofiză:

| | | | | | |
|--------|----------|---------|--------|-----------|----------|
| A jeun | H. Cl. 0 | A. T. 5 | la 15' | H. Cl. 84 | A. T. 96 |
| la 15' | 102 | 103 | la 30' | 72 | 82 |
| la 30' | 119 | 126 | la 45' | 84 | 92 |
| la 45' | 102 | 107 | la 60' | 104 | 114 |
| la 60' | 112 | 118 | | | |

Se institue tratament cu hipofiză lob posterior, antispasmodice, regim. După 5 zile durerile mult diminuate, nu mai are piroze; la terminarea seriei durerile abia perceptibile, starea generală mult ameliorată. Bolnavul nu a putut fi urmărit.

Obs. 63. Ulcer duodenal.

Eugen F. 24 ani, comerciant.

De 1½ ani dureri a jeun, la 2—3 ore după alimentație și noaptea, însoțite de piroze și regurgitări acide. In ultimul timp durerile sunt continue și foarte puternice.

Examinat radiologic se evidențiază un bulb duodenal neregulat, în formă de trifoi. Examenul sucului gastric:

Proba cu histamină și proba cu histamină + hipofiză:

| | | | | | |
|--------|-----------|-----------|--------|------------|-----------|
| A jeun | H. Cl. 96 | A. T. 106 | la 15' | H. Cl. 103 | A. T. 114 |
| la 15' | 116 | 126 | la 30' | 128 | 138 |
| la 30' | 106 | 116 | la 45' | 100 | 105 |
| la 45' | 178 | 184 | la 60' | 85 | 93 |
| la 60' | 126 | 134 | | | |

După 2 serii de injecții cu hipofiză lob posterior nu se observă nici o ameliorare.

Obs. 64. Ulcer duodenal.

Elisabeta C. 50 ani.

De 16 ani acuză dureri în epigastru ritmate de alimentație cari țineau câteva zile, fiind urmate de perioade mari de liniște. In ultimii 3 ani durerile sunt mai mari, apărând uneori și noaptea. Melene repetate. Constipație. In urma examinărilor făcute se face diagnosticul de ulcer duodenal.

Se începe tratament cu postlobină, durerile dispărând după a 4-a injecție. Face o serie de injecții.

Tratamentul cu mucină.

Rolul mucusului ca protector al mucoaselor este cunoscut de mult (Harvley). Pe baza unor cercetări și concepțiuni noi, în ultimul timp, i-se dă iarăși importanță în terapeutila gastro-intestinală.

Studiind istologia mucoasei tubului digestiv, Policard a arătat că stomacul are zece milioane glande mucoase și crede că acest număr mare trebuie să aibă un rol în patologie; fără îndoială că turburările de secreție sau excreție ale acestor glande pot fi cauza unor leziuni a mucoasei tubului digestiv.

Leriche, la congresul de chirurgie din 1931, a demonstrat că antrul și regiunea pilorică sunt protejate de aciditatea din timpul digestiei prin o secreție sirupoasă mucoasă. Orice turburare care alterează stratul de mucus, fie că secretă cantitate mai mică, fie că este o alterație a constituției lui, poate favoriza leziuni ale mucoasei și ca o consecință se produce ulcerul. Concluzia la care ajunge Leriche este că mucusul are rol de importanță capitală în fiziopatologia gastrică și în numeroasele procese biologice.

Dierat consideră mucusul gastric ca un regulator al acidității stomacale.

Sunt interesante cercetările lui Fogelson și alți autori cari ajung la concluzia că un gram de mucină absoarbe 15 cm. H. Cl. N/10. Mucina este considerată deci ca un antiacid, fixând H. Cl., fără să deranjeze însă digestia.

În mod normal mucusul este protector mecanic, chimic și biologic al mucoasei tubului digestiv: protejează mucoasa contra particulelor alimentare mai mari cari sunt traumatizante; protejează chimic prin fixarea excesului de H. Cl.; protejează biologic prin împiedecarea lezării mucoasei de către sucurile digestive, mucina rezistând și la acțiunea pepsinei.

În caz de ulcer este calmant, neutralizant și favorizează vindecarea.

Spârchez și Rusu urmăresc acțiunea mucinei în ulcerele experimentale. Cercetările lor sunt în curs, iar rezultatele obținute până acum sunt mulțumitoare.

Rezultatele obținute de Fogelson, în tratamentul ulcerului, sunt foarte favorabile. După tratamentul cu mucină, ameliorarea este rapidă, pirozele și durerile dispar, starea generală se ameliorează: creșterea în greutate, modificarea cifrei hemoglobinei și a globulelor roșii.

Mucina se prescrie la $\frac{1}{4}$ de oră înaintea celor 3 mese (5 gr. în puțină apă sau într'o bulină).

În clinica medicală, Mucina Nordmark, a fost aplicată în 10 cazuri de ulcer gastro-duodenal. După 1—2 săptămâni turburările funcționale au dispărut în toate cazurile. De asemenea și sângerările oculte. În 2 cazuri am constatat și vindecări radiologice.

Acest tratament fiind instituit abea de un an, nu putem vorbi în cazurile noastre de vindecări definitive. Bolnavii continuă însă acest tratament, fără să fi observat până în prezent vre-o recidivă.

Obs. 65. Ulcer duodenal.

Margareta R. 30 ani.

Antecedente de 5 ani, cu dureri tipice de ulcer duodenal.

Radiologic semne directe de ulcer duodenal. A jeun H. Cl. 52, A. T.

60. Reacția Gregersen în scaun pozitivă.

Face tratament simptomatic fără să observe vre-o ameliorare. După o serie de injecții cu Aktoprotină + atropină se simte foarte bine timp de 5 luni. Se institue un tratament cu Mucină timp de $\frac{1}{2}$ an, după care durerile cedează. După un an se simte foarte bine.

Obs. 66. Ulcer duodenal.

Gheorghe D. 40 ani, muzicant.

Tabagic, alcoolic.

De 3 ani acuză dureri abdominale postalimentar la 2—3 ore, piroze, regurgități acide și vărsături alimentare. Perioade scurte dureroase, urmate de perioade de acalmie dela 2 luni la un an. Constipație.

Radiologic semne directe de ulcer duodenal. Reacția Gregersen negativă. Aciditățile normale.

Face tratament cu Mucină timp de 15 zile, după care durerile au dispărut. Se recomandă continuarea tratamentului.

Obs. 67. Ulcer duodenal.

Vasile M. 40 ani, plugar.

De 13 ani fenomene de ulcer duodenal. Face tratament simptomatic după care are o perioadă de liniște de 4 ani. Reapărând durerile consultă clinica.

La examenul radiologic bulbul duodenal complet distrus și rămâne în permanență pătat la bază. Aciditățile normale.

După un tratament cu Mucină durerile au cedat.

Obs. 68. Ulcer duodenal.

Tereza M. 31 ani.

Acuză dureri abdominale cari datează de 7 ani. Durerile apar în legătură cu alimentația la o oră, mai ales primăvara și toamna. În ultimul timp durerile sunt continue. A slăbit în greutate 14 kgr. Constipație. Se face diagnostic de ulcer duodenal. După un tratament simptomatic și regim se simte bine timp de 3 ani.

Revăzută se constată la examenul radiologic un ulcer duodenal. Aciditățile gastrice normale. Reacția Gregersen negativă.

Se institue un tratament cu Mucină, după care durerile dispar.



Tratamentul de histidină.

Cercetările experimentale întreprinse de Mann și Williamson, iar mai târziu de Weiss și Aron, au adus date noi în patologia ulcerului gastro-duodenal.

Acești autori, au produs la câini leziuni tipice de ulcer, derivând sucii duodenali alcalini, din drumul său normal. Prin acest procedeu celulele mucoasei digestive sunt lipsite de acizii aminați pe care organismul este incapabil să-i sintetizeze. Mucoasa, fiind lipsită de aceste elemente care sunt indispensabile, este atacată ușor de sucii acido-peptici. Făcând însă injecții cu histidină ulcerele nu au mai apărut, astfel că amino-acidul histidina s'a dovedit că are o putere anti-ulceroasă. Deci, după părerea lui Weiss și Aron, ulcerul ar fi o manifestare locală a unei turburări generale de metabolism, în care lipsa histidinei ar juca mare rol. Histidina ar avea un rol constructiv în regenerarea celulelor mucoasei digestive, ea fiind medicamentul mucoasei digestive bolnave.

Aplicând tratamentul cu injecții de histidină la om, acești autori, au obținut rezultate bune: calmarea durerii, dispariția durabilă a tuturor fenomenelor clinice și radiologice.

Rezultate încurajatoare, prin tratamentul cu soluția de histidină 4%, a obținut și Lenormant.

Larostidina, soluție de clorhidrat de histidină, preparată de casa La Roche, a fost întrebuințată de mulți clinicieni cu rezultate bune. Astfel de rezultate publică Winter, Buchner, Hassel, Stolz și Weiss.

Tratamentul cu Larostidină a fost încercat în clinica medicală în 11 cazuri: 9 ulcere duodenale, și 2 ulcere pe carbura mică.

Rezultatele imediate obținute sunt destul de favorabile. În 45,4%, adică în 5 cazuri, am obținut vindecări imediate, în alte 5 cazuri ameliorări evidente, și numai într'un singur caz nu am

observat nici o modificare a stării bolnavului. De altfel acest caz s'a arătat refractar și tratamentul cu hipofiză, pepsină și Akto-protină.

| | Ulcer duodenal | Ulcer pe mica curbură | Ulcer piloric | Total |
|-----------------|----------------|-----------------------|---------------|------------|
| Total : | 9 | 2 | — | 11 |
| — 40 ani | 6 | 1 | — | 7 |
| Vârsta : | 66,6% | — | — | 63,6% |
| + 40 ani | 3 | 1 | — | 4 |
| | 33,4% | — | — | 36,4% |
| Semne directe . | 8 | 2 | — | 10 |
| Fără semne . . | 1 | — | — | 1 |
| Vindecăt. . . . | 3 33,4% | 2 — | — — | 5 45,4% |
| Ămeliorat . . . | 5 55,5% | — — | — — | 5 45,4% |
| Insuccese . . . | 1 11,1% | — — | — — | 1 9,2% |

Ceea ce ne-a frapat în timpul tratamentului cu Larostidină, a fost dispariția rapidă a durerii. După 3—7 injecții acest simptom s'a atenuat sau a dispărut în marea majoritate a cazurilor. Acest fapt a permis bolnavilor să se alimenteze, astfel că în scurt timp dela dispariția durerilor starea generală era mult îndreptată.

Intr'un caz, după o serie de injecții cu Larostidină, nu am mai putut evidenția leziunea ulceroasă nici la examenul radioscopic și nici la gastroscopie. La alți doi bolnavi la controlul radiologic făcut după tratamentul cu Larostidină, deși durerile au dispărut, nișa era pe loc.

Din totalul cazurilor tratate, 8 au putut fi urmărite $1\frac{1}{2}$ —1 an. Majoritatea lor au făcut 2—3 serii de injecții. Șase bolnavi se simt foarte bine după un an de la tratament, unul după $1\frac{1}{2}$ an, iar într'un singur caz fenomenele nu au putut fi influențate, deși a repetat seriile de injecții și a ținut un regim sever.

Larostidina se administrează în injecții intramusculare a 5 cmc. O serie cuprinde 21 injecții făcute zilnic, ele se pot repeta la interval de o lună. Nu am observat în nici un caz fenomene neplăcute.

Expun pe scurt cazurile tratate cu Larostidină alăturând unora dintre observațiuni o schemă reprezentând puseurile dureroase, perioadele de liniște și momentul când s'a început tratamentul.

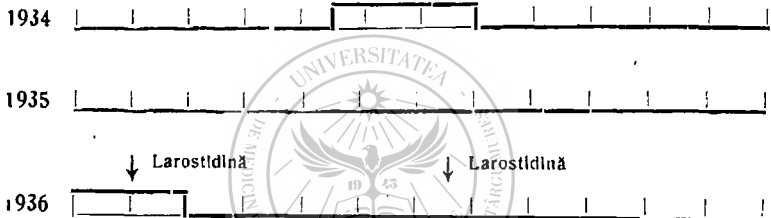
Obs. 69. Ulcer duodenal.

Eugen B. 26 ani, student.

În 1934, are dureri în epigastru timp de 3 luni, cari apar la 2—3 ore după alimentație. La examinarea făcută, nimic radiologic. Urmează o perioadă de liniște completă de 1½ ani. În Ianuarie 1936 slăbește în greutate și în forța fizică, are foame dureroasă, care se calmează după alimentație.

La examinarea făcută prezintă o incizură pe duoden.

Face o serie de injecții cu Larostidină „La Roche”, toate fenomenele cedând. În Iulie 1936 ulcrul persistă. Face o nouă serie de injecții cu Larostidină. După 4 luni se simte bine.



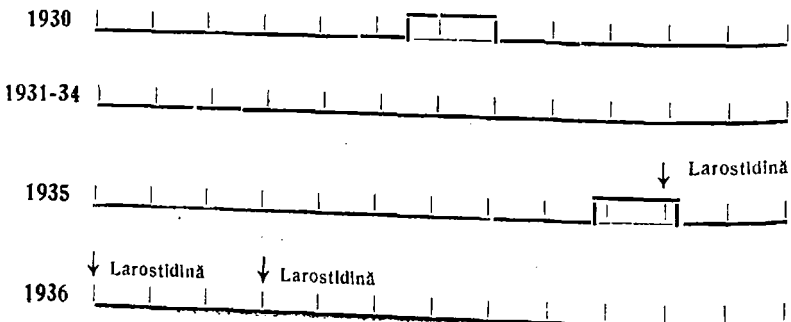
Obs. 70. Ulcer duodenal.

Eugen St. 27 ani, comerciant.

Înainte cu 5 ani slăbește mult în greutate și forță fizică, obosește la efort, are ușoare amețeli. Din când în când jenă în epigastru. Examenul radiologic negativ. Reacția Gregersen în scaun intens pozitivă. Până în Octombrie 1935 se simte bine, când observă scaun negru câteva zile. Ușoară jenă în epigastru.

Examenul radiologic negativ. Proba firului pozitivă.

Face 3 serii de Larostidină. După ½ an se simte bine



Obs. 71. Ulcer pe mica curbură.

Clara L. 47 ani.

De 4 ani prezintă dureri în epigastru în legătură cu alimentația, piroze și regurgități acide. Dureri a jeun, cari se calmau după alimentație. De 10 zile scaune cu sânge, ematemeză.

Sensibilitate pronunțată în epigastru. Examenul radiologic: nișe de mărimea unui bob de linte pe mica curbură, $\frac{1}{3}$ mijlocie. Reacția Gregersen intens pozitivă.

Se institue, la început, un tratament cu injecții de calciu clorat, iar mai târziu o serie de injecții cu Larostidină. Durerile dispar. La controlul radiologic: aspectul neschimbat. Bolnava nu a putut fi urmărită.

Obs. 72. Ulcer duodenal, cholecistită.

Iohan M. 35 ani, croitor.

La intervale de 6—7 luni crize mari, dureroase, cu dureri localizate în epigastru și hipocondrul drept, cari iradiau în umărul drept. De un an dureri aproape zilnice la orele 3 p. m. și uneori noaptea. Piroze, regurgități acide. Constipație.

Sensibilitate la presiune în epigastru și punctul cistic. La examenul radiologic, bulbul duodenal neregulat sensibil. Reacția Gregersen negativă. Sondaj duodenal: bila B cu flocoane, iar în sediment leucocite. Se face diagnosticul de ulcer duodenal și cholecistită.

Face tratament cu Larostidină 2 serii, regim, și Agocolină. În scurt timp toate fenomenele cedează. De un an este complet restabilit.

Obs. 73. Ulcer duodenal.

Iuliu F. 49 ani, notar.

Fumător pasionat.

De 10 ani are dureri în epigastru, ritmate de alimentație: a jeun, la 3—4 ore după masă și noaptea la orele 11. Balonare abdominală, piroze, regurgități acide. De 6 luni durerile sunt zilnice.

La examenul radiologic se pune în evidență un ulcer duodenal. Reacția Gregersen pozitivă. Aciditățile H. Cl. 46. A. T. 54.

Face o serie de injecții cu aktoprotină + atropină fără să observe vre-o ameliorare. Incepe tratamentul cu Larostidină, după care durerile cedează. Face 3 serii. După un an se simte bine.

Obs. 74. Ulcer duodenal.

Estera G. 38 ani.

De un an inapetență, greață, uneori vărsături alimentare. În ultimul timp dureri în epigastru la 3—4 ore după alimentație, cari se calmează după vărsături. A slăbit în greutate 6 kgr.

La examenul radiologic: gastroptoză, ulcer duodenal. Sucul gastric: H. Cl 14, A. T. 30. Reacția Gregersen în scaun negativă.

Face o serie de injecții cu Larostidină. Durerile cedează după a 8-a injecție. Bolnava nu a putut fi urmărită.

Obs. 75. Ulcer duodenal.

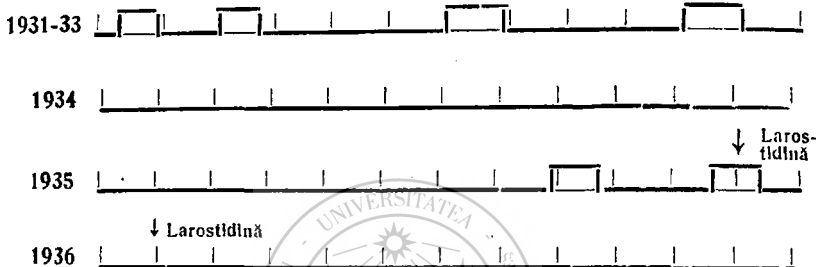
Râmnic P. 38 ani, funcționar.

Fumător pasionat. Uzează de alcool.

De 5 ani dureri în epigastru, la 1—2 săptămâni cu perioade de liniște de 2—3 luni. Balonare, salivatie abundentă, piroze. După 3 ani, are o perioadă de acalmie completă de 2 ani. De 3 luni are dureri cu acelaș caracter.

Sensibilitate la presiune în punctul duodenal. Aciditățile normale. Reacția Gregersen negativă. La examenul radioscopic, bulbul duodenal prezintă o incizură deasupra recesului extern, iar recesul mai ascuțit.

Face 2 serii de Larostidină. Durerile au dispărut complet. De un an nu mai are nici o acuză, deși nu ține regimul alimentară.



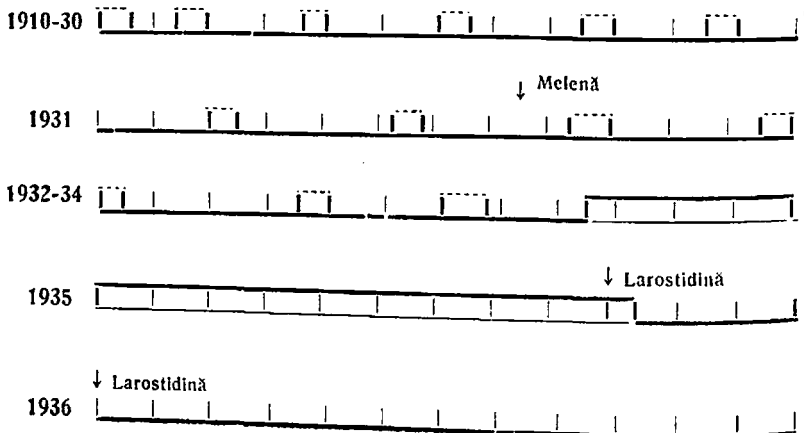
Obs. 76. Ulcer duodenal.

Petru R. 36 ani, proprietar.

Acuză, dela vârsta de 11 ani, piroze. La vârsta de 33 ani melenă puternică. De un an dureri, la 2—3 ore după alimentație, zilnic. Conspirație, care alternează cu diaree.

Sucul gastric: H. Cl. 10, A. T. 28. Radiologic se evidențiază bulbul duodenal neregulat, cu bază coraliformă.

Durerile cedează după 5 injecții de Larostidină. Face 2 serii de injecții. De un an se simte foarte bine.



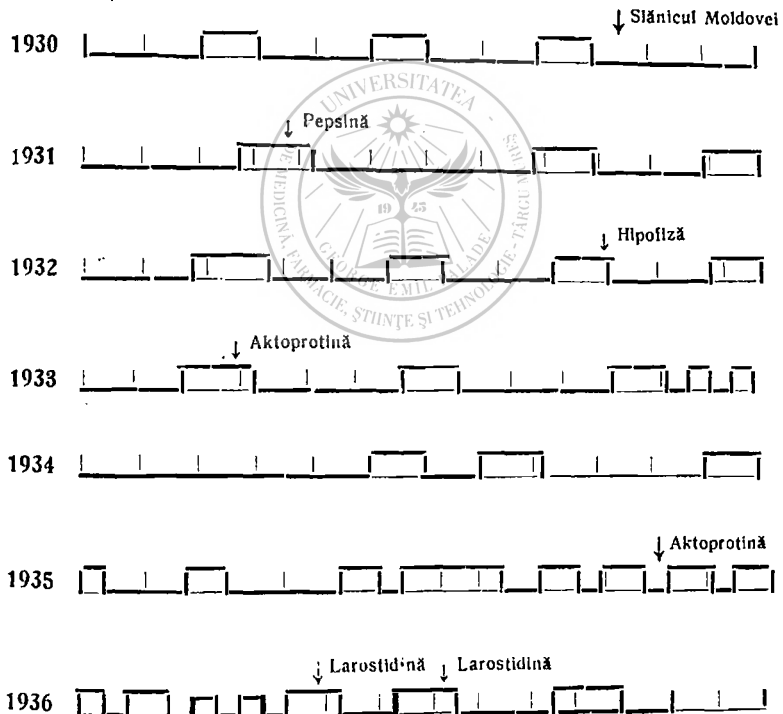
Obs. 77. Ulcer duodenal.

Ioan D. 24 ani, student.

Trei frați ai mamei suferă de ulcer duodenal.

Dela vârsta de 12 ani ușoare dureri înainte de masă, cari se caltau imediat ce ingera ceva, inapetență și uneori vărsături alimenatre. In ultimul timp durerile sunt mai accentuate. Examinat radiologic, se evidențiază un ulcer duodenal. Face o cură la Slănicul Moldovei, după care nu are dureri 6 luni. Reapărându-i durerile face o serie de injecții cu pepsină, care îi aduce o ameliorare de scurtă durată. In 1932 face o serie de injecții cu hipofiză, fără să observe nici cea mai mică ameliorare, ceea ce îl determină să încerce un tratament cu Aktoprotină, de asemenea fără rezultat satisfăcător.

Durerile sunt tot mai puternice, iar fazele de liniște tot mai scurte. In Noembrie 1935 face o nouă serie de injecții cu Aktoprotină fără să observe vre-o ameliorare. In 1936 face 2 serii de injecții cu Larostidină, fără ca durerile să cedeze.



Obs. 78. Ulcer pe mica curbură.

Iuliana Z. 24 ani.

Inainte cu 3 ani dureri mari in epigastriu cu iradieri în spate, însoțite de piroze, eructații și greață. Durerile apăreau zilnic, la 10—15 minute după alimentație. De 3 săptămâni fenomenele sunt mai accentuate.

Radiologic: pe mica curbură o nișă de mărimea unui bob de mazăre. Aciditățile: H. Cl. 26, A. T. 34. Reacția Gregersen negativă. La examenul gastroscopic se evidențiază nișa de pe curbura mică.

Se institue tratamentul cu Larostidină. După a 4-a injecție durerile dispar. Face în total 21 injecții.

La controlul radiologic nu se mai constată nișa de pe curbura mică, iar la gastroscopie nișa nu se mai vede.

Obs. 79. Ulcer pe mica curbură.

Petru A. 30 ani, aviator.

De 6 luni piroze, greață și salivaje abundentă. De 3 luni dureri în epigastru la 1—2 ore după alimentație, cari apar zilnic. Înainte cu 2 săptămâni ematemeză. Constipație.

Radiologic, semne directe de ulcer pe mica curbură. Ipersecreție, aciditățile: H. Cl. 0, A. T. 4.

Se începe un tratament cu Larostidină, durerile dispar după a 4-a injecție. Câștigă în greutate 4 kgr. Revăzut după un an este complet sănătos, deși nu ține regim și face 6 ore de sbor la zi.



Radioterapia.

Radioterapia se aplică în tratamentul ulcerului în cazurile în care alte metode nu au avut nici un efect, dar mai ales în cazurile complicate cu aderențe.

Radioterapia favorizează sclerozarea ulcerului, diminuează secreția gastrică, calmează spasmul și durerile.

De obicei se fac 2—3 ședințe, aplicate asupra regiunii epigastrice.

În clinica medicală a fost aplicată în 10 cazuri, dintre cari 6 nu au reacționat. În 2 cazuri durerile s'au atenuat, iar la alți 2 bolnavi simptomele au dispărut. Dintre cazurile cu insucces 2 bolnavi au fost supuși intervenției chirurgicale. Ei continuă să sufere.

| | Ulcer duod. nal | Ulcer pe mica curbură | Ulcer piloric | Total |
|---------------------|--------------------|-----------------------------|------------------|----------|
| Total | 7 | 3 | — | 10 |
| Vârsta: — 40 ani | 6 87,1% | 3 — | — — | 9 90% |
| + 40 ani | 1 12,9% | — — | — — | 1 10% |
| Semne directe . . | 7 | 3 | — | 10 |
| Vindecat | 1 — | 1 — | — — | 2 20% |
| Ameliorat | 1 — | 1 — | — — | 2 20% |
| Insuccese | 5 — | 1 — | — — | 6 60% |
| Transp. la operație | — | — | — | 2 |
| Operat: rău | — | 2 | — | 2 |

Rezultatele tardive sunt favorabile în 2 cazuri, cari nu mai au dureri de 8 și 9 ani. Controlul radiologic făcut în mai multe

reprise evidențiază însă, prezența imaginii caracteristice. În acest interval de timp bolnavii nu au făcut alt tratament.

Obs. 80. Ulcer pe ansă, ulcer duodenal, perigastrită.

Alexandru C. 58 ani, plugar.

Înainte cu 13 ani fenomene de ulcer gastric. Este operat: G. E. A. Se simte bine 2 ani, apoi reapar durerile la 2 ore după alimentație, mai ales primăvara și toamna. În ultimul timp dureri noaptea, cari se calmează după vărsături. Scaun neregulat, mai mult diareic.

Examinat în clinică, se face diagnosticul de ulcer pe ansă, ulcer duodenal și perigastrită, recomandându-i-se radioterapie.

Face 3 ședințe după cari durerile cedează mult. Ține regim și tratament simptomatic. După 11 ani bolnavul se simte bine.

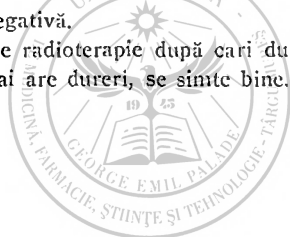
Obs. 81. Ulcer duodenal.

Ștefan Sz. 40 ani, plugar.

Boala actuală datează de 11 ani, debutând cu dureri în epigastru la o oră după alimentație. De un an durerile sunt mult mai accentuate, fiind însoțite de piroze și regurgități acide, iar uneori vărsături. Constipație.

Radiologic semne directe de ulcer duodenal. Aciditățile normale. Reacția Gregersen în scaun negativă.

Face 3 ședințe de radioterapie după cari durerile dispar. Revăzut după 2 luni, bolnavul nu mai are dureri, se simte bine. La controlul radiologic ulcerul persistă.



Alte procedee terapeutice.

Diferiți autori au inaugurat și alte metode terapeutice, cari nu au fost utilizate însă în serviciul clinice medicale.

Tratamentul cu Bicarbonat de sodiu pe cale intravenoasă.

Metoda a fost inaugurată de Perini Giovanni. Acțiunea curativă a soluției de bicarbonat de sodiu s'ar explica prin restabilirea echilibrului electrolitic al sângelui prin ionul Na, care completează valorile acide libere ale bolnavilor de ulcer. Se fac un număr de 20—30 injecții intravenoase a. 5 cmc., din soluția apoasă de bicarbonat de sodiu 12%, alternând cu soluția de citrat de sodiu 8%. Rezultatele obținute de Perini sunt foarte bune, efectele observându-se chiar după câteva injecții.

Tratamentul cu soluție de benzoat de sodiu.

Metoda a fost încercată de Bazzano, Cecchini și Parenti cu rezultate încurajatoare. Se fac 20—30 injecții intravenoase din o soluție de benzoat de sodiu (0,50 gr. dizolvat în 2 cmc. apă distilată). Bolnavul este în repaus, se alimentează bine, fiindu-i interzis alcoolul și tutunul. Tratamentul este suportat bine, iar după o serie de injecții se observă o ameliorare a simptomelor subiective și obiective. Tratamentul trebuie repetat pentru a preveni recidivele. Acțiunea benzoatului de sodiu ar putea fi explicată prin hipersecreția de mucus și limitarea secreției gastrice.

Transfuzia de sânge și autohemoterapia.

S'a observat în cazurile de pierderi mari de sânge la ulceroși, în urma transfuziei de sânge, fenomenele dureroase se ameliorează pe lângă o refacere a stării generale. Explicația acestei acțiuni ar fi după Katzenstein un ușor șoc proteinic și un aport important de antipepsină. Acest tratament are contra indicațiuni la cardiaci.

S'a observat o dispariție rapidă a fenomenelor funcționale și chiar a semnelor radiologice în cazurile de ulcer tratate prin auto-hemoterapie. A fost aplicată în câteva cazuri de Cerf și Govaerts.

Insulinoterapia.

Feissly, în 1927, a avut ideea să încerce insulina în tratamentul ulcerului. A publicat un caz influențat favorabil și rapid prin injecții repetate și în doze crescânde de insulină. Goyena a observat un alt caz, unde pe lângă dispariția semnelor fizice obține și dispariția ori căruși semn radiologic de ulcer. Cazuri asemănătoare au mai publicat Simmitzky și Horovitz.

Încercări pe un număr mai mare de cazuri au făcut Code și Baral. Ei au făcut 15—25 zile injecții de insulină în doze mici, 10—15 unități pe zi, admiristrând per os, 20—80 grame de glucoză la $\frac{1}{2}$ oră înainte de injecție. La 2—3 săptămâni făceau cure complementare de 10—15 injecții. Din examinările făcute asupra acestor cazuri au observat o creștere a acidității gastrice în timpul tratamentului precum și o hipersecreție. Au observat, în același timp, o scădere a glicemiei la majoritatea cazurilor.

Mecanismul prin care acționează în mod favorabil în unele cazuri de ulcer nu este cunoscut. S'ar putea explica prin acțiunea hipoglicemizantă. Feissly explică acțiunea insulinei prin devierea echilibrului acido-bazic spre alcalinitate, care ar favoriza cicatrizarea.

Extractul pancreatic desinsulinizat.

După Gley și Kisthinos nu insulina ar acționa favorabil asupra ulcerului ci substanțele conținute în insulina nepurificată, substanțe cunoscute în comerț sub numele de Angyoxil. Într'adevăr s'au obținut rezultate bune cu extractul pancreatic desinsulinizat, preparat după tehnica lui Gley și Kisthinos. Astfel s'au obținut vindecări în ulcerele varicoase și în angina de piept, constatându-se o acțiune trofică asupra pereților arteriali.

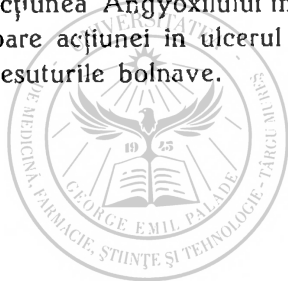
Incurajat de aceste rezultate, Dimitrof utilizează extractul pancreatic desinsulinizat în tratamentul ulcerului gastro-duodenal. A obținut rezultate favorabile nu numai în cazurile de ulcere confirmate ci și în cazurile complicate cu perigastrită sau peri-duodenită. Pe lângă un regim sever, se fac injecții intramusculare a câte 2 cmc. zilnic. Cura cuprinde în total 20—30 injecții. El completează acest tratament prin prescripția de so-

luție Bourget, iar la bolnavii nervoși, bromură de sodiu. Cu acest tratament, Dimitrof observă ameliorări chiar după 3 injecții: pirozele dispar, pofta de mâncare revine. Durerile dispar începând după a 6-a injecție. Rezultatele sunt durabile, bolnavii simțindu-se bine după 2 $\frac{1}{2}$ ani dela tratament.

În privința mecanismului de acțiune Kervarek și Enăchescu cred că, extractul pancreatic desinsu'inizat, are o acțiune excitantă asupra vagului; stimulează nutriția țesuturilor și provoacă o încetinirea a pulsului, o acțiune vaso-trofică și o acțiune inhibitoare asupra simpaticului.

În tratamentul ulcerului gastro-duodenal Ängyoxilul acționează ca un „hormon“, sau ca un sensibilizator. El provoacă refluxul duodenal a lui Boldyreff, regulând secreția pancreasului și duodenului, cari influențează favorabil funcțiunea deranjată a tractului gastro-duodenal.

După Vaquez acțiunea Ängyoxilului în ulcerul gastro-duodenal ar fi asemănătoare acțiunii în ulcerul varicos, adică asupra vaselor cari nutresc țesuturile bolnave.



CAP. III.

Tratamentul complicațiilor ulcerului gastro-duodenal.

Emoragia.

În caz de emoragie, ematemeză sau melenă, atitudinea noastră trebuie să fie următoarea: bolnavul va fi așezat la pat în decubit dorsal, neavând voie să facă vre-o mișcare. Vom pune pungă cu gheață pe regiunea abdominală superioară. Alimentația bolnavului va fi redusă la lichide în cantitate mică. Se fac în același timp clisme cu ser fiziologic, apă, sau din combinațiile arătate la tratamentul formelor acute ale ulcerului. În caz de emoragii mari se suprimă ori ce alimentație pe cale bucală până la încetarea ei. Pentru a-și calma setea, bolnavul va lua gheață în gură.

În cazuri de sincopă administrăm cardiotonice: cardiazol, camfor, sau ser fiziologic intravenos în cantitate nu prea mare.

Pentru a opri emoragia, vom recurge la medicamente care măresc coagulabilitatea sângelui. Foarte bune rezultate au dat în clinica medicală injecțiile cu soluție de *clorură de calciu* 10⁰/₁₀. Injecția se face intravenos, în cantitate de 5 cmc., odată sau de 2 ori la zi. În afară de aceasta se mai poate da: *Coagulen*, *Clauden*, *sol. de gelatină* 2⁰/₁₀, 50-100 cmc., sau *ser de cal* 40 cmc. *subcutanat*. Rezultate bune se obțin prin injecții de *emetină*, 2-4 ctgr. la zi.

În cazuri când emoragia este mai mare, recurgem la transfuzia de sânge în cantități mici și repetate.

Bourget recomandă *perclorura de fier* care este un coagulant puternic. Se fac spălături stomacale în plină emoragie cu o soluție de perclorură de fier 4:1000. Acest procedeu nu este acceptat de toți specialiștii.

În ziua a doua sau a treia se începe realimentarea bolnavului cu lapte, 300 gr. la zi, luat în cantități foarte mici. În zilele următoare se mărește cantitatea până se ajunge la 2 litri. Pentru a împiedeca coagularea laptelui în stomac, vom adăuga citrat de sodiu, 5 gr. la litru. În săptămâna 2-a adăugăm la alimentație smântână dulce, ouă crude bătute în lapte, supe de legume, com-poturi, făinoase. În săptămâna 4-a când reacția Gregersen este de obicei negativă sau slab pozitivă, admitem pireuri de cartofi, pireuri de legume, unt. În felul acesta ajungem la regimul com-plect, permis în ulcer.

Stenoza.

Stenoza este o leziune anatomică, care nu mai poate fi în-fluențată prin un tratament medicamentos. Instituirea unui ase-menea tratament nu ar face decât să mai prelungească, pentru câtva timp, suferințele bolnavului și să mențină starea de intoxi-care a lui. Este indicat un tratament medical de scurtă durată pentru bolnavii debilitați cari nu sunt capabili să suporte imediat intervenția chirurgicală. În toate celelalte cazuri singura indicațiune logică este operația.

Ulcero-cancerul.

Diagnosticul ulcero-cancerului întâmpină dificultăți mari. Uneori nu poate fi făcut nici chiar de chirurghi, astfel că numai examenul anatomo-patologic poate să ne dea o confirmare.

În toate cazurile când bănuim această complicație, singura indicațiune este tratamentul chirurgical și aceasta făcută cât mai repede.

Perforația.

Tratamentul acestei complicațiuni a ulcerului, aparține ex-clusiv chirurgiei. Prognosticul ei depinde de precocitatea diagnos-ticului și a intervenției chirurgicale. Aceste considerațiuni ne în-dreptătesc să facem indicație operatorie în peritonitele acute, în cari bănuim numai originea ulceroasă.

Perigastrita și periduodenita.

Tratamentul conservativ al acestor complicațiuni se rezumă la terapia obișnuită a ulcerului. Înafară de acestea vom încerca reducerea procesului inflamator de vecinătate, sau aderențele eventuale prin fizioterapie, sau radioterapie.

Diatermia și razele ultracurte, bine dozate, pot da rezultate bune, calmând nu numai durerea, dar favorizând și procesul inflamator din jur. De obicei se prescriu 15—20 ședințe de diatermie, sau raze ultracurte, făcute în mod sistematic și sub control medical sever. Interzicem aplicarea de căldură prea intensă, pentru evitarea emoragiei.

Rezultate favorabile se obțin și prin radioterapie.



CAP. IV.

Indicațiile operatorii.

În unele cazuri de ulcer fără complicațiuni, deși tratamentul medical a fost bine condus și un timp suficient, ele rămân totuși refractare terapiei. Acelaș fapt se observă și în cele mai multe cazuri complicate. În aceste împrejurări este indicată intervenția chirurgicală, singura capabilă să aducă vindecarea, sau ameliorări remarcabile.

Indicația intervenției chirurgicale este absolută sau relativă.

Indicațiuni absolute:

1. Stenoză pilorică sau stenoză mezogastrică.
2. Perforația ulcerului gastric și duodenal.
3. Ulcere complicate cu abcese perigastrice.
4. Ulcero-cancerul.

Indicațiuni relative:

1. În ulcerele cari nu cedează la tratamentul medical, făcut timp de 3—5 ani.
2. Ulcerele penetrante cari nu s'au ameliorat prin tratamentul medicamentos.
3. În caz de emoragii mari repetate, sau emoragii mici repetate, cari ar putea periclita viața bolnavului. Intervenția nu se va face nici odată în plină emoragie, ci numai după remon-tarea bolnavului.
4. Indicație socială la bolnavii cari din considerațiuni materiale nu pot urma regimul dietetic și medicamentos prescris și cari nu-și pot intrerupe ocupațiunea pentru mai mult timp.

CAP. V.

Tratamentul complicațiilor postoperatorii.

Ulcerul este o afecțiune cu un ritm evolutiv foarte capricios. Prin tratamentul chirurgical nu reușim, îniotdeauna, să asigurăm o vindecare ideală. Într'o procentualitate mare de cazuri survin o serie de manifestări clinice, cari se pot grupa în următoarele capitole: ulcerul peptic, fistulajejuno-colică, ulcerul duodenal recidivant, achilia gastrică, gastro-entero-colita, disfuncția ansei, sindromul mezentero-epiploic.

Ulcerul peptic.

Ulcerul peptic apare în ultimul timp ca o complicație postoperatorie, după gastro-entero-anastomoză, destul de frecventă. În clinica medicală au fost observate un număr de 76 cazuri. Ulcerul peptic începe să se manifeste clinic la intervale variate dela operație: uneori la câteva zile, alteori după mai mulți ani. Szeno a observat un caz la 25 ani dela intervenție.

Simptomatologia ulcerului peptic, este foarte asemănătoare cu aceea a ulcerului gastro-duodenal. Durerile apar periodic, având o durată dela câteva zile până la o lună; ele sunt separate prin intervale de acalmie de câteva săptămâni sau luni. Mai târziu durerile devin neregulate, aproape zilnice. Intensitatea durerilor este, de obicei, foarte mare, astfel că bolnavul este nevoit să ia atitudine forțată. Durerile apar ipertardiv pe la orele 6-7 p. m. și după miezul nopții. Bolnavii localizează durerea de obicei în regiunea paraombilicală stângă, la nivelul locului unde se proiectează gura anastomotică.

Tratamentul ulcerului peptic este acelaș ca în ulcerul duodenal. Bolnavul va sta la pat, în repaus absolut. Indicațiunile dietetice sunt foarte importante. Regimul alimentar, acelaș ca și înainte de operație, va fi ținut mai mulți ani. Va respecta igiena

alimentară. Tratamentul medicamentos va fi simptomatic și patogenetic.

În general această terapie este ineficace. Dacă starea generală a bolnavului permite se face extirparea ulcerului.

Fistula gastro-colică.

Ea se manifestă prin diaree: 8–12 scaune la zi, lichide, uneori lienterice; eructațiuni și vărsături fecaloide. Starea generală a bolnavului mult alterată: este foarte slăbit, deshidratat.

Tratamentul medical tinde la îndreptarea stării generale a bolnavului, pentru a-l aduce în situația de-a suporta o nouă intervenție chirurgicală.

Ulcerul duodenal recidivant.

În majoritatea cazurilor de ulcer duodenal intervenția chirurgicală constă în gastro-entero-anastomoză, astfel că ulcerul rămâne pe loc. Dacă evacuarea pe noua gură nu se face bine, ulcerul își reia evoluția.

Simptomatologia va fi aceeași ca și înainte de intervenție, durerile neavând intensitatea din ulcerul peptic, ele putând fi influențate ușor prin alcaline.

Tratamentul medical va fi simptomatic și patogenetic. Vor fi respectate: regimul și igiena alimentară.

Achilia gastrică.

Prin rezecția unei părți însemnate a stomacului funcția secretorie a lui este tulburată. Cantitatea foarte redusă, sau lipsa completă a acidului clorhidric și a pepsinei dau o serie de turburări cari se manifestă prin semne dispeptice, senzație de plenitudine, dureri cu un caracter de distensie, aproape continue, cu accentuare după alimentație. În majoritatea cazurilor apar semnele unei anemii pronunțate.

Uneori se produc sindrome diareice.

Terapia în aceste cazuri, se rezumă la igiena alimentară, regim de pireuri. Substituim lipsa acidului clorhidric. În timpul din urmă se obțin rezultate excelente prin fier și injecții de ficat.

Sindromul mezentero-epiploic.

Sindromul mezentero-epiploic este caracterizat prin cefalee, amețeli, grețuri, senzație de vărsături, dureri abdominale cu caracter permanent, uneori constipație ori diaree. Astenie, debilitate.

Obiectiv: sensibilitate în punctele mezentero-epiploice, după Hațieganu punctele: paraombilical drept și stâng și punctul solar.

Radiologic stază în bulb, sau o încetinire a pasajului în pot-coava duodenală.

Tratamentul se rezumă la regim și fizioterapie. Combatem constipația sau diareea. În caz de stază duodenală administrăm pansamente, iar după alimentație bolnavul se va culca cu fața în jos.

Disfuncția ansei.

Ca o complicațiune neplăcută poate surveni și disfuncția ansei, în cele mai multe cazuri fiind secundară unei intervențiuni operatorii puțin reușite. Fenomenele nu se ameliorează decât prin o relaparatomie.



Concluziuni.

1. Ulcerul gastric și duodenal este o boală discontinuă care vine în paroxisme. El durează toată viața, și uneori se poate vindeca spontan,

2. Patogenia ulcerului este neclară. În formarea lui se admite intervenția unor factori constituționali și endocrini, precum și a factorilor locali (mecanici, chimici, infecțioși, gastrita). Unii autori consideră ulcerul ca o turburare generală de metabolism.

3. Ulcerul este foarte frecvent în clinica medicală, reprezentând 58,92% din totalul suferințelor gastrice și 7,71% din totalul bolnavilor (35,000) tratați în decurs de 10 ani.

4. Această boală este mai frecventă în mediul rural, la țărani și muncitori (75%).

5. Regimul alimentar și repaosul sunt baza terapiei ulcerului.

6. Tratamentul medicamentos al ulcerului se poate face prin metode foarte variate.

7. Rezultatele terapeutice imediate obținute în timpul tratamentului făcut în clinica medicală sunt:

În tratamentul cu alcaline, pansamente, antispasmodice și regim, 2,7% vindecări, 35,8% ameliorări, și 65,1% insuccese.

În tratamentul cu Aktoprotină: 15,7% vindecări, 60,3% ameliorări și 24% insuccese.

În tratamentul cu Aktoprotină + atropină: 40,4% vindecări, 45,8% ameliorări și 13,8% insuccese.

Cu celelalte metode terapeutice (paratiroidă, pepsină, radioterapie, hipofiză, mucină, și histidină) s'au obținut rezultate asemănătoare.

8. Rezultatele tardive obținute în tratamentul cu alcaline, pansamente, antispasmodice, cu proteinoterapia, cu paratiroidă, cu pepsină, și radioterapia, sunt nesatisfăcătoare.

Hipofiza, Larostidina și Mucina nu pot fi apreciate la justa lor valoare, ele fiind aplicate în clinică de prea scurt timp.

9. Vindecări permanente nu se pot obține decât printr'un tratament făcut cu multă perseverență timp îndelungat. (Moutier spune toată viața).

10. În fiecare primăvară și toamnă, după concepția profesorilor Hațieganu și Goia, se va face un tratament rațional simptomatic și complementar, fără să așteptăm ivirea recidivelor.

11. Criteriile de vindecare sunt:

Subiective: dispariția durerilor și a tuturor fenomenelor care le însoțesc.

Obiective: dispariția nișei la examenul radiosopic, dispariția imaginii caracteristice la gastroscopie, lipsa sângerării oculte.

12. Indicațiunile operatorii sunt:

I. Absolute:

- a) Stenoza pilorică sau stenoza duodenală.
- b) Perforația ulcerului gastric și duodenal.
- c) Ulcere complicate cu abcese perigastrice.
- d) Ulcero-cancerul.

II. Relative:

- a) Ulcere cari nu cedează la tratament medical după 3-5 ani.
- b) Ulcere penetrante cari nu sunt influențabile prin tratament medical.
- c) Emoragii repetate.
- d) Indicații sociale la țărani.

Văzută și bună de imprimat.

Președinte:
Prof. Dr. I. HAȚIEGANU

Decan:
Prof. Dr. D. MICHAİL

Conclusions.

1. L'ulcère gastrique et duodenal est une maladie discontinue qui paraît en paroxysme. Il dure toute la vie, et quelques fois peut guérir spontanément.

2. La pathogénie de l'ulcère n'est pas connue d'une façon claire. Dans sa formation on admet l'intervention d'un facteur constitutionnel, et endocrine, de même que des facteurs locaux (mécaniques, chimiques, infectieux, gastrites). Il y a des auteurs qui considèrent l'ulcère, comme un trouble général du métabolisme.

3. L'ulcère est extrêmement fréquent à la clinique médicale, présentant 58,92 p. 100 du tableau des souffrances gastriques, et 7,71 p. 100 de la totalité des malades (35.000), traités au cours de 10 ans.

4. Cette maladie est plus fréquente en milieu rural, chez les paysans, et ouvriers (75 p. 100).

5. Le régime alimentaire et le repos est la base thérapeutique de l'ulcère.

6. Le traitement médicamenteux de l'ulcère, on peut faire par des méthodes les plus variées.

7. Les résultats thérapeutiques immédiats obtenus au cours du traitement à la clinique médicale sont :

Dans le traitement avec des alcalins, pensesments, antispasmodiques, et régime alimentaire 2,7 p. 100 de guérisons, 35,8 p. 100 d'améliorations et 65,1 p. 100 d'insuccès.

Dans le traitement avec l'Aktoprotine : 15,7 p. 100 guérisons, 60,5 p. 100 d'améliorations et 24 p. 100 d'insuccès.

Dans le traitement par l'Aktoprotine + atropine 40,4 p. 100 de guérisons, 75,8 p. 100 d'améliorations, et 13,8 p. 100 d'insuccès.

Avec d'autres méthodes thérapeutiques (parathyroïde, pep-

sine, radiothérapie, hypophyse, mucine et hystidine), on a obtenu des résultats pareils.

8. Des résultats tardifs par des alcalins, pansements, anti-spasmodiques, par la protéinothérapie, parathyroïde, pepsine et radiothérapie, ne sont pas satisfaisants.

L'hypophyse, la Larostidine, et la Mucine, ne peuvent être appréciées à leur valeur juste, car elles ne sont appliquées à la clinique médicale que depuis peu de temps.

9. On ne peut obtenir de guérison permanents, que par un traitement fait, avec beaucoup de persévérance, et long temps. (Après Moutier: toute la vie).

10. Chaque printemps et automne d'après la conception des professeurs Hațieganu et Goia on fera un traitement rationnel, symptomatique et complémentaire, sans attendre l'apparition des récidives.

11. Les critères de guérison sont :

Subjectifs: disparition des douleurs et des tous les phénomènes qui les accompagnent.

Objectifs: la disparition de la niche à l'examen radioscopique, disparition de l'image caractéristique à la gastroscopie, la manque des saignements occultes.

12. Les indications opératoires sont :

I. Absoluts :

- a) Rétrécissement pylorique, ou rétrécissement duodenal.
- b) Perforation de l'ulcère gastrique et duodenal.
- c) Les ulcères compliqués avec des abcès perigastriques.
- d) Ulcero-cancer.

II. Relatives :

a) Les ulcères pénétrants non influencés par le traitement médical.

b) Hémorragie répétées.

c) Les ulcères qui ne cèdent pas au traitement médical.

d) Indications sociales chez les paysans.

Schlussfolgerungen

1. Der ulcus des Magens und des Zwölffingerdarms ist eine diskontinuierliche Krankheit und tritt in Paroxysmen auf. Er dauert das ganze Leben hindurch, kann aber manchmal spontan heilen.

2. Die Patogenie des ulcus ist noch nicht bestimmt. Man schreibt sein Entstehen konstitutionellen und endokrinen, dann aber auch lokalen (mechanischen, chemischen, infektiösen, gastritis) Faktoren und Momenten zu. Einige Autoren halten den ulcus für eine allgemeine Störung des Stoffwechsels.

3. Den ulcus findet man sehr häufig auf der Klinik für innere Krankheiten. 58,92% sämtlicher Magenleiden sind ihm zuzuschreiben. Bei sämtlichen Kranken (35.000) die im Laufe von 10 Jahren behandelt wurden, findet man ihn bei 7,71%.

4. Diese Krankheiten findet man häufig in der Stadt, bei den Bauern und Arbeitern (75%).

5. Die Therapie des ulcus besteht hauptsächlich in Diät und Ruhe.

6 Die Medikamentöse Therapie kann nach verschiedenen Methoden gemacht werden.

7. Die sofortigen Ergebnisse während der Behandlung des ulcus an der internen Klinik sind folgende:

Die Behandlung mit Laugen, Pansamenten, Krampflösenden Mitteln und Diät ergaben: 2,7% Heilung, 35,8% Besserung und 65,1% Misserfolge.

Die Behandlung mit Aktoprotin ergab: 15,7% Heilung, 60,3% Besserung und 24% Misserfolge.

Die Behandlung mit Aktoprotin + Atropin ergab: 40,4% Heilung, 45,8% Besserung und nur 13,8% Misserfolge.

Mit den anderen therapeutischen Methoden (Nebenschilddrüsen, Pepsin, Radiotherapie, Hypophyse, Mucin und Histidin) hat man ähnliche Ergebnisse erzielt.

8. Die späten Ergebnisse, welche man durch Behandlung mit: Laugen, Pansamenten, Krampflösenden Mitteln, dann Proteintherapie, Nebenschilddrüsen, Pepsin und Radiotherapie, erzielt, esind nicht entsprechend.

Die Hypophyse, Larostidin und Mucin können noch nicht nach ihrem wahren Wert geschätzt werden, da sie nur seit kurzer Zeit in der Klinik gebraucht worden sind.

9. Endgültige Heilung kann nur durch eine genaue und langanhaltende Behandlung erzielt werden. (Moutier sagt, das ganze Leben hindurch.)

10 Nach den Meinungen der Herrn Prof. Haşeganu und Goia soll man in jedem Frühjahr und Herbst eine rationell symptomatische und komplimentäre Behandlung aufnehmen, ohne das Auftreten der Rückfälle abzuwarten.

11. Die Heilungskriterien sind :

Subiectiv : das Verschwinden der Schmerzen und aller anderen Begleiterscheinungen.

Obiectiv : Röntgenbild. Das Verschwinden des charakteristischen Bildes in der Gastroskopie. Das fehlen okulter Blutung.

12. I. Absolute Anrtung einer Operation bei :

a) Verengung (stenose) des Magenausgangs oder des Zwölffingerdarms.

b) Perforierung des ulcus.

c) Geschwüren, die mit perigastrischen Abszessen verbunden sind.

d) Ulcero-Karcinom.

II. Relative Anraturung einer Operation bei :

a) Geschwüren, die nicht zurück gehen nach einer Behandlung von 3-5 Jahren.

b) Penetrierenden Geschwüren, auf welche eine innere Behandlung keinen Einfluss hat.

c) Sich wiederhohlenden Blutungen.

d) Sozialen Schwierigkeiten der Bauern.

Bibliografie.

- Aron Emil*: Recherches sur l'ulcere experimental et sur le role des acides amines dans son evolution. These de Strasbourg 1933.
- Cade A. Barral*: Les traitements endocriniens des ulcers gastro-duodenaux. Archives des Maladies de l'Appareil digestif 1931.
- Devoto L.*: Premier Congres Francais de Therapeutique, Paris 1933.
- Dimitrof C.*: Extrait pancreatique des insuline et ulcers gastro-duodenaux croniques. Arhiv. de l'App. digestiv. Mars 1931.
- Danicico I.*: Contribuțiuni la studiul funcțiunii tubului digestiv după G. E. A. și după rezecții gastrice. Clujul Medical Nr. 1-2-5, 1927.
- Drouet P.*: Le traitement de l'hyperchlorhydrie et de l'ulcer gastro-duodenal par l'extrait de lob posterieur de hypophyse. Arch. de l'App. Dig.
- Fontaine Renee*: Contribution a l'etude du mucus gastrique. Son role dans la pathogenie de l'ulcere gastrique. Presse Medicale 27-IV 1932.
- Fernandez F.*: Traitement de l'ulcus gastro-duodenal par l'hystidine. Presse Medicale pag. 324, 1936.
- Faroy G*: Therapeutique digestive.
- Goia I.*: Examinarea stomacului a jeun în ulcerul gastric. Clujul Medical 1921, pag. 201.
- Goia I.*: Tratamentul ulcerului gastric și duodenal prin injecții parenterale de proteină. Clujul Medical 1927, pag. 309.
- Guttman Rene*: Les syndromes douloureux de la region epigastrique Ed. II-a.
- Guttman R., Rekis, Dascolakis*: Criteres d'efficacite dans le traitement medicale des ulcers. Presse Med. 1936 Nr. 14.
- Gatellier I., Moutier Fr.*: Therapeutique de l'ulcere gastro-duodenal.

- Hațieganu-Goia*: Tratat Elementar de Semiologie și Patologie Medică vol. II. Cluj, 1936.
- Henning N. și Norpoth L.*: Uber die Grundlagen der Mucinthérapie des Magengeswür. Arch. f. Verdaungskrankheit.
- Levy M., Levy E.*: Les resultats éloignés du traitement des ulcères gastro-duodénaux par l'extrait parathyroïdien. Arch. de l'App. digestiv. 1931, pag. 916.
- Leoper M., Debray M. Michaux L. et Sainton*: Le traitement de l'ulcus par les injections hypodermiques de pepsine. Presse Medicale 29 Oct. 1930.
- Leoper M.*: Therapeutique Medicale Vol. I.
- Monceaux R.*: Le puvoir protecteur des mucines et son importance en gastro-enterologie. Arch. des Mal. de l'App. Digestiv. 1933, pag. 424.
- Moutier Fr.*: La vaccination parenteral dans le traitement de l'ulcer gastro-duodenal. Premiere congres Francais de Therapeutique. Paris 1933.
- Moutier Fr. et Camus L.*: Recherches sur le traitement de l'ulcer de l'estomac par l'hormone paratyroïdienne. Arch. de l'App. Dig. 1929, pag. 1257.
- Moutier Fr.*: Le diagnostique de la guérison dans l'ulcere gastro-duodenal a la lumiere de la clinique, de la radiologie et de la gastroscopie. Arch. Dig. 1931 pag. 821.
- Moutier Fr. et Camus R.*: Le taux de la calcemie dans l'ulcer gastro-duodenal.
- Oury P.*: La proteinothérapie de la traitement des ulcères gastro-duodénaux. Presse Medicale 1925, prg. 1192.
- Olivares M.*: Traitement pathogenetique des ulcères gastro-duodénaux par les injections d'histidine. I-ere congres internationale de gastro-enterologie.
- Pron L.*: Consideration sur les theories pathogenetiques modernes et les nouveaux traitements de l'ulcere gastro-duodenal. Jnrnal de Medicine de Paris. 1933, Nr. 5.
- Roussy G.*: Precis d'anatomie patologique.
- Spârchez T. Rusu G. I.*: Ulcer gastric și duodenal experimental. Clujul Medical 1936, pag. 186.
- Teohari A.*: Traite de therapeutique.

CUPRINSUL

| | Pag. |
|----------------------------|------|
| Introducere | 9 |
| CAP. I. | |
| Considerațiuni generale | 11 |
| CAP. II. | |
| Tratamentul ulcerului | |
| Repaosul | 18 |
| Alimentația | 18 |
| Tratamentul formelor acute | 23 |
| Tratamentul medicamentos | 24 |
| Tratamentul simptomatic | 28 |
| Tratamentul cu paratiroidă | 35 |
| Tratamentul cu pepsină | 39 |
| Proteinoterapia | 45 |
| Vaccineurina | 44 |
| Injecțiile cu lapte | 47 |
| Aktoprotina | 49 |
| Aktoprotina + atropina | 56 |
| Tratamentul cu hipofiză | 60 |
| Tratamentul cu mucină | 65 |
| Tratamentul cu histidină | 68 |
| Radioterapia | 75 |
| Alte procedee terapeutice | 77 |

CAP. III.

| | |
|--|----|
| Tratamentul complicațiilor ulcerului gastro-duodenal | 80 |
|--|----|

CAP. IV.

| | | | | | | | | | |
|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Indicațiile operatorii | — | — | — | — | — | — | — | — | 83 |
|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

CAP. V.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Tratamentul complicațiilor postoperatorii | — | — | — | — | — | — | — | — | 84 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

| | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Concluziuni | — | — | — | — | — | — | — | — | 87 |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

| | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Conclusions | — | — | — | — | — | — | — | — | 89 |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

| | | | | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Schlussfolgerungen | — | — | — | — | — | — | — | — | 91 |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

| | | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Bibliografie | — | — | — | — | — | — | — | — | 95 |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|



INST. MED. FARM. TARG MURES
ORG. JUR. C. DGT. M. M. M. V. H.
Bibl. Central. - K&L. P. A. S. T. A. R.
_____ /195_____