

TRATAMENTUL PRE ȘI POST-OPERATOR ÎN INTERVENȚIUNILE DE STOMAC



PENTRU
DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 19 VII. 1940.
DE

LUDU REMUS

Fost extern titular al Clin. Univ. Cluj
Fost extern al Soc. Vol. de Salvare din Cluj.
Fost intern titular al spit. Min. Săr. și Ocrot. Soc.

24 MAY 2005

44576

**UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINA**

Decan : Domnul Prof. Dr. DRĂGOIU I.

Profesori :

Anatomia descriptivă și topografică .	Prof. Dr.	PAPILIAN V.
Chimia gen.	„ „	SECĂREANU ȘT.
Chimia biologică	„ „	MANTA I.
Istologia și embriologia umană .	„ „	DRAGOIU I.
Fiziologia, Fizica	„ „	BENETATO GR.
Anatomia patologică	„ „	VASILIU T.
Bacteriologie	„ „	BARONI V.
Patologia generală și experimentală .	„ „	BOTEZ M. A.
Igiena și med. preventivă	„ „	MOLDOVAN I.
Medicina legală	„ „	KERNBACH M.
Radiologia medicală	„ „	NEGRU D.
Istoria medicinei	„ „	BOLOGA V.
Farmacologia și farmacognozia	Supl „	BARONI V.
Clinica medicală I.	„ „	HAȚIEGANU I.
Clinică medicală II. (semiologie)	„ „	GOIA I.
Clinica chirurgicală	„ „	POP A.
Clinica urologică	„ „	TEPOSU E.
Clinica ginecologică și obstetricală	„ „	GRIGORIU CR.
Clinica dermato-venerică	„ „	TĂTARU C.
Clinica infantilă	„ „	POPOVICIU GH.
Clinica neurologică	„ „	MINEA I.
Clinica psihiatrică	„ „	URECHIA C.
Balneologia	„ „	STURZA M.
Clinica oto-rino-laringologică	„ „	BUZOIANU GH.
Clinica oftalmologică	„ „	MICHAİL D.
Clinica stomatologică	„ „	ALEMAN I.
Igiena și med. preveniia	Conf. „	ZOLOG M.
Clinica Boalelor Contagioase	„ „	GAVRILA I.

JURIUL DE SUSȚINERE :

PREȘEDINTE :	DI. Prof. Dr. ALEX. POP
MEMBRII :	„ „ Dr. I. HAȚIEGANU
	„ „ Dr. C. GRIGORIU
	„ „ Dr. E. TEPOSU
	„ „ Dr. GR. BENETATO
SUPLEANT :	DI. Doc. Dr. I. VOICU

Introducere.

Tratamentul pre-operator și în deosebi cel post-operator, în chirurgia gastro-duodenală, a format și formează încă preocuparea școlilor chirurgicale.

Această preocupare, totdeauna la ordinea zilei, este constituită de faptul că o serie de complicațiuni, după operațiunile pe stomac, rămân încă neexplicate în domeniul etiologiei și patogeniei lor.

Leriche în 1906, spunea relativ la complicațiunile pleuro—pulmonare după intervențiunile gastro-duodenale, următoarele: „Înșelând toate prevederile, misterioase în determinismul lor patogen, aceste accidente sunt cauzele cele mai de temut de eșec a chirurgiei gastrice”, pentru ca la 1934 Bottie să susție că ele sunt în marea lor majoritate, de natură benignă, iar Matieu, să le atribue o gravitate excepțională.

Și asupra celorlalte complicațiuni fluctuațiunea părerilor marilor chirurghi, se menține încă și iată originea intimă a precauțiunilor pre operatorii și a tratamentului curativ și profilactic a celor post-operatorii, cu scopul ca bolnavii să beneficieze de minimum de riscuri posibile.

Clinica chirurgicală din Cluj, prin bogatul material de chirurgie gastrică, posedă o vastă experiență în această direcție. În această clinică, problema tratamentului pre și post-operator, a trecut prin toate fazele științifice ale școlilor chirurgicale occidentale și prezintă astăzi beneficii reale, deoarece complicațiile post-operatorii prezintă un foarte redus procent.

Conținutul tezei de față are de scop a arăta felul cum se conduce acest tratament în Clinica Chirurgicală din Cluj, tratament ce mi-a fost dat să l urmăresc de nenumărate ori în intervalul aproape de 2 ani cât am funcționat în calitate de extern onorific și apoi extern titular al acestei clinici.

Înainte de a începe să tratez subiectul acestei teze, mă simt fericit a putea mulțumii Domnului Profesor Dr. *Alexandru Pop* Directorul Clinicii Chirurgicale din Cluj, atât pentru bună-tatea de a mă fi primit să lucrez în clinica ce cu onoare conduce, dându-mi astfel posibilitatea să-mi însușesc toate cunoștințele din domeniul chirurgie necesare unui medic practician, cât și pentru faptul de a-mi fi încredințat subiectul acestei lucrări, prezidând-o în acelaș timp. Noblețea caracterului Domniei

Sale, bunătatea părintească ce o acordă întregului personal de sub conducerea D-Sale, precum și studentului, nu pot să nu o subliniez în acest loc de frunte purtând-o pentru totdeauna în amintirea mea, dealungul cărărilor vieții.

Incheind această introducere, țin să aduc D-lui Asistent al Clinicii Chirurgicale din Cluj Dr. C. Gheorghiu, sincere și călduroase mulțumiri și recunoștință, atât pentru inițierea ce mi-a făcut timp de aproape doi ani în domeniul chirurgiei, cât și pentru concursul ce mi l-a dat la recoltarea materialului necesar acestei teze.

Mulțumesc deasemenea pentru atenția ce mi-au dat D-lor Asistenți ai Clinicii Chirurgicale Dr. I. Prăgoiu și Dr. Adam, D-lui Conf. Dr. I. Voicu pentru inițierea ce mi-a făcut în domeniul clinicii ginecologice și obstetricale, precum și D-lui Șef de lucrări Dr. Bruda și D-lui preparator Popluca, pentru inițierea ce mi-au făcut în domeniul clinicii urologice.



Lucrarea de față prezintă două capitole ce vor fi expuse pe rând :

Capitolul tratamentului pre-operator

și

Capitolul tratamentului post-operator.

Capitolul tratamentului post-operator, simplu și după ivirea diferitelor complicații, va fi expus în legătură cu diferitele genuri de intervențiuni, spre a scoate în relief tocmai cari din aceste intervențiuni prezintă riscuri mai accentuate : (gastrostomia, gastroenterostomia, rezecțiile).

Tratamentul pre-operator.

În epoca contemporană, în toate ramurile chirurgiei, grilele pre-operatorii au format obiectul de preocupare a chirurgilor, cu scopul de a ameliora rezultatele.

Importanța acestei chestiuni a fost atât de mare, încât de două ori în timp de zece ani, a constituit subiectul de discuție în congresul francez de chirurgie. În 1924, Lambert și Lardenois, au arătat preparațiunea specială care trebuie să se facă în chirurgia gastrică și intestinală, iar în 1930 Sauvé și Lambert, au studiat preparațiunea generală a bolnavilor.

Voiu expune acest subiect, nu numai din punct de vedere pur clinic, ci și din punct de vedere a explorațiunilor de laborator, cari formează un complement indispensabil necesităților actuale.

Pentru chirurg, există două categorii de afecțiuni gastro-duodenale : acele care aparțin numai rezortului chirurgiei și acelea (și din acest punct de vedere chestiunea se complică), din punct de vedere terapeutic, așa numitele cazuri medico-chirurgicale. Nu vom insista aici asupra primelor, cari cuprind : perforațiunile traumatiche sau spontane, corpi streini ficși și alte afecțiuni excepționale, cum sunt volvulusurile. Aici diagnosticul odată pus, conduita ce se impune imediat este a opera cât de precoce. În a doua categorie intră un număr important de afecțiuni : unele cu mers acut (ulcerul sângerând), altele cu mers cronic (ulcerul). Determinarea indicațiunilor operatorii trebuie să se facă foarte delicat și fiecare din ele necesită considerațiuni comune particulare, pe care le vom studia și cari, cer considerațiuni

speciale pentru fiecare caz în parte, pe care numai operatorul este în măsură să le judece.

În aceste boli cu mers ne acut, dar pe cale de a amenința, chirurgul va trebui să intervină bazându-se pe mersul afecțiunii, pe rezistența actuală a individului și pe antecedente.

Asupra primului criteriu, (mersul afecțiunii) nu vom insista, acesta fiind studiat în parte la indicațiunile speciale fiecărei boli.

Al doilea criteriu, rezistența generală a individului va fi determinată în mod clinic și prin probele de laborator.

Din punct de vedere pr clinic, vor trebui luate în considerare: starea generală, făciesul, starea morală a bolnavului (deprimării se cred învinși dinainte, având presentimentul morții apropiate, ei nu pot fi încurajați): vom cerceta apoi: pulsul în frecvență și amplexarea sa, inima, respirația, examenul pielei pentru eventualele edeme sau echimoze, cari denotă o stare hemoragipară.

Explorațiunile funcționale sistematice le vom executa pentru a judeca starea organelor, aceeași jucând un rol de prim ordin în rezistența generală a indivizilor.

Printre probele multiple întrebuițate, chirurgul va trebui să aleagă pe cele mai simple și mai rapide.

Vom cerceta deci metabolismul bazal, funcțiunile renale, hepatice și starea sanghină a bolnavului.

1. *Metabolismul bazal*, prin aprecierile schimburilor respiratorii, ne permite să verificăm starea de combustie și nutriție în organism în anumite stări patologice, metabolismul bazal este deranjat.

Măsurarea Ph-ului sanghin și a echilibrului acido bazic, ne dau indicațiuni asupra stării de acidoză a sângelui, adică asupra acidității sale, sau pierderii în rezervele alcaline, stări care periclitează viața bolnavului atunci când sunt sub un anumit nivel. În condițiuni normale, rezerva alcalină a sângelui este de 65 volume, iar când scade sub 30 de volume, se instalează pericolul, caracterizat prin apariția unor semne clinice generale, somnolență, agitație, semne care ne atrag imediat atențiunea.

Vom face și analiza urinei căutând nu numai albumina și zahărul, ci și acetona și corpurile cetone, executând reacțiunea cu perclorura de fier, sau reacțiunea lui Imbert - Legal cu nitro-prusiat de sodiu acetic și amoniac. Prezența acestor corpuri se pune în evidență prin apariția inelului violet caracteristic, care ia naștere la limita dintre cele două lichide.

2. *Rinichinl*. Pentru a explora funcțiunea renală, vom căuta ureea sanghină (care în stare normală variază între 0,28 gr. și 0,32 gr.), și raportul dintre cureea sanghiră și cea din urină, adică constanta Ambard, are variază în condițiuni

normale între 0,06 gr. — 0,10 gr. Vom face aceste cercetări pentru a fi puși la adăpost de azotemia post-operatorie.

Intr'o anumită măsură însă, aceste probe ne dau indicații și asupra funcționării mai complete și mai misterioase a ficatului.

In mod excepțional, va trebui să recurgem la proba de „concentrație maximă”, prin căutarea cantității maxime de uree pe care un rinichi o poate elimina (la un individ normal 56 gr. %). Profesorii Legue, Ambard și Chabanier, execută această probă prin absorbția cotidiană a coagulului din patru litrii de lapte.

Proba clinică cu fenol-sulfon-ftaleină, P. S. P.-ul lui Rowntree și Geraghty, ne clarifică asupra modului de eliminare a acestui colorant de către rinichi. Rezultatele sale sunt aceleași cu ale constantei Ambard. Această probă este indicată în special atunci când individul este un obez și când ne este frică să recoltăm cantitatea de sânge necesară celor două probe precedente. Ea ne dă deasemenea și anumite indicațiuni asupra stării funcționale a ficatului.

Insfârșit, studiul funcțiunii renale va trebui să fie completat prin cercetarea cloruremiei, căreia profesorul Blum din Strasbourg îi dă o mare importanță și care în chirurgie a fost cercetată în mod amănunțit de către Gosset, Petit-Deutaillis, cu colaborarea lui Binet.

3. *Ficatul*. Indicațiunile cele mai importante și precise asupra rezistenței hepatice a bolnavului, le putem avea numai prin cercetarea a mai multor funcțiuni ale acestei glande și anume :

Funcțiunea de elaborare azotată ;

Funcțiunea glicogenică prin proba lui Colrat sau aceea a galactozuriei;

Funcțiunea proteopexică și

Funcțiunea cromagogă.

Asupra funcțiunei de elaborare azotată ne putem convinge prin căutarea coeficientului de imperfecțiune urögenică a lui Maillard, modificat de Derrien și Clogne și care este reprezentat prin raportul :

$$\frac{\text{Azot formol}}{\text{azot hipobromit}}$$

In mod normal acest raport este de 6,58%. Diminuarea ureei eliminată este un semn de insuficiență hepatică. Când ficatul este lezat, coeficientul se ridică.

Pentru studiul funcțiunii glicogenice vom întrebuița metoda veche și clasică a lui Colrat, inspirată de lucrările lui Claude-Bernard. La ndivizii cu leziuni hepatice, zahărul apare în urină după ingerarea de 150—200 gr. de sirop de zahăr. Această probă ar putea fi înlocuită prin proba similară a hiper-glicemiei experimentale. În mod normal există în sânge un gram zahăr la litru, pragul glicemiei este 1,50 gr. Proba galactozuriei a lui Bauer, mai sensibilă decât aceea a glicozuriei, căci galactoza este mai puțin asimilabilă decât glucoza, este o probă cu ajutorul căreia se pot descoperi prin dosagii repetate cele mai delicate insuficiențe hepatice. După absorbțiunea a 40 gr. din acest zahăr, în mod normal trebuie să găsim în urină 6 la mie în primele două ore, sub unul la mie după aceste 2 ore și nimic în orele următoare.

Pentru studiul funcțiunii proteopepsice, vom face proba hemoclasiei digestive a lui Widal, Abrami și Iancovescu. Funcțiunea proteopexică a ficatului este aceea prin care această glandă se bucură de proprietatea de a reține materiile proteice care îi sunt aduse prin circulațiunea portă. Când ficatul este alterat, aceste materii proteice de origine digestivă trec în sângele general și aici ele produc o criză hemoclastică, caracterizată prin scăderea numerică a globulelor albe: leucopenie. În practică după ce s'a făcut numerotarea globulelor albe, se dă bolnavului ajeun 200 gr. lapte; după o oră sau o oră și un sfert, dacă proba este pozitivă, se poate constata leucopenia.

Această explorațiune funcțională se poate complecta prin studiul funcțiunii cromagoge a ficatului, importanța căreia a fost arătată de Noel-Fiessinger în 1928. Principiul său se bazează pe rolul predominant al celei hepatice în eliminarea unei doze definite de roz-bengal. Autorul susține că se poate explora valoarea ficatului numai prin funcțiunea cromagogă, cu ajutorul de roz-bengal, după el fiind cea mai corectă metodă de explorare. Referința normală este sub 3 mgr. la litru de ser; când ficatul este alterat, această cifră se ridică. Medicamentul se injectează pe cale intravenoasă și pentru a ajunge la o apreciere clinică, trebuie să se execute metoda colorimetrică.

4. *Sângele.* Din punct de vedere clinic, înaintea actului operator, chirurgia trebuie să cerceteze existența unei stări hemofilice, care ar putea determina complicațiuni grave. Interogatoriul asupra antereditelor personale și hereditare, ne poate da indicațiuni în cazurile clasice. La acești bolnavi trebuie să fimem cont după legile Mendeliene de afinitatea hemofiliei către sexul bărbătesc și transmiterea ei prin mamă. Vom căuta deasemenea hemofilia sporadică, netrasmisă în mod hereditar, studiind timpul de sângerare (înțeparea lobului urechii nu tre-

bue să sângereze mai mult de 2 - 3 minute), prin căutarea semnului garoului (șiretului) a lui Trousseau, când hemoragia apare sub garoul strâns ușor la nivelul brațului; ambale sunt probe de explorare ușoară și de ordin clinic. Deasemenea trebuie să știm că apariția unei hemorații la nivelul unei înțepături, ne face să ne gândim la o stare hemofilică. Germanii dau acestui fenomen numele de semnul lui Koch.

Trebuie să facem deasemenea un examen complet al sângelui: numărătoarea globulară și procentajul leucocitelor, care sunt de o importanță capitală în actul pre-operator. Când cifra leucocitelor trece peste 10 mii pe milimetru cub, avem leucocitoză, care ne atrage atențiunea asupra stării de infecțiune, de exemplu în ulcer. Tot prin această numărătoare, chirurgul poate constata o stare de hipoglobulie neașteptată, putând astfel evita surpriza neplăcută a unei intervențiuni într'o anemie pernicioasă cu manifestațiuni gastrice. *Starea de leucocitoză* după Hartmann și Silhol, este susceptibilă să dea indicațiuni complimentare importante, relativ la existența unei stări canceroase. Acești autori au ajuns la concluzia că trebuie să ne gândim întotdeauna la posibilitatea unui cancer al stomacului, atunci când găsim o anemie bine caracterizată și o leucocitoză marcată.

Starea de polinucleoză ne dă indicațiuni asupra rezistenței generale la infecțiune.

5. *Cuti-reacțiunile exploratoare*. În anumite cazuri, explorațiunile biologice pot fi extinse, practicând o cuti-reacțiune exploratoare, a cărei principiu a fost stabilit pentru colibacili deja din anul 1919 de către Pierre Bazy. În materie de chirurgie gastro-intestinală, este important să căutăm agenții determinanți ai complicațiunilor pleuropulmonare, observând sensibilitatea individului la colii-baccili și pneumococi. În acest sens se întrebuițează emulsiuni de mii de milioane de germeni pe cmc., germeni omorâți prin căldură la 56°, de preferință luați dela nivelul ulcerelor infectate. Dacă apare o maculă roșie înconjurată de o zonă violacee, reacțiunea se consideră pozitivă. Când macula este dură și plată, fără areolă, reacțiunea este negativă.

6. *Tensiunea arterială*. Nu vom neglija nici explorarea tensiunii arteriale și nici căutarea reflexului oculo-cardiac, adică semnul lui Aschner.

În mod normal, se știe că prin presiunea globilor oculari, se obține o încetinire a pulsului cu 4—10 pulsațiuni pe minut, cu scăderea presiunii arteriale. Dacă pulsul scade cu 20 de bătăi pe minut, sau mai mult, reflexul este exagerat, și avem o stare așa numită vagotonică. Când însă prin compresiunea

globilor oculari se produce accelerarea pulsului, starea se numește simpaticotonică.

Concluziunea practică generală, care a fost trasă de Pascal este următoarea: viitorii operați, a căror puls prin presionarea globilor oculari se încetinește într'un mod anormal (vagotonicii), sunt bolnavi receptivi sensibili la anestezie, expuși la sincopă; va trebui deci să-i preparăm printr'o injecțiune prealabilă de un miligram atropină. Bolnavii însă a căror puls se accelerează prin compresiunea oculară (simpaticotonicii), sunt bolnavi rezistenți la anestezie; ei vor fi preparați printr'o injecțiune hipodermică de 0,5 miligrame salicilat de ezerină.

7. *Antecedentele hereditare și personale* ale individului au deasemenea importanță. Primele pot da indicațiuni diagnostice în bolile transmisibile (tbc); celelalte ne dau indicațiuni diagnostice și terapeutice relativ la afecțiunile dobândite (sifilis, malarie, tbc, alcoolică saturnism).

Odata în posesiunea acestor date clinice, chimice și biologice pe care ștința le pune la îndemâna chirurgului, acesta va cerceta și va studia posibilitățile operatorii, ținând însă cont atât de boală, cu riscurile ei imediate sau tardive, cât și de riscurile generale ale operațiunii proiectate și riscurile sale speciale, care depind de rezistența individului.

Data fiind delicatețea specială a chirurgiei gastrice, este evident că principiile regulatoare chirurgicale trebuie să fie foarte scrupulos observate. Din punct de vedere clinic, Lambert distinge trei tipuri de bolnavi: 1. breviliinii (scunzi și roșii) expuși complicațiunilor cardio-pulmonare; 2. longiliniinii (înalți și palizi), dificienți glandulari, limfatici, hipotensivi și 3. obezii, expuși la toate complicațiile.

Orice operațiune are o dublă acțiune: o acțiune depresivă prin intermediul sistemului nervos și o acțiune toxică foarte importantă.

Această intoxicațiune are ea însăși o dublă origină: una exogenă datorită anesteziului, care prin lipsa aportului de oxigen la nivelul țesuturilor, provoacă aici asfixia, le acidifică și în consecință distruge echilibrul acido-bazic; cealaltă, de origine endogenă prin distrucția celulară, histolitică, punând în libertate albumine distruse, adevărate otrăvuri, constituind generatorul puseului azotemic, important în ziua doua după operație, despre care am amintit. Această intoxicațiune va fi fatală la un individ într'o perioadă mai avansată a bolii.

În ultima analiză, afecțiunile susceptibile să compromită rezultatul operațiunii și care trebuie să fie căutate și tratate și în chirurgia gastrică, ca și în chirurgia pe alte organe, sunt cauzate de:

a) o insuficiență glandulară hepato-renală și în consecință trebuie să preparăm prin metodele obișnuite organismul unui diabetic, nefritic sau azotemic.

b) o insuficiență interesând sângele și sistemul circulator. În acest caz va trebui să căutăm și să tratăm stările hemofilice, hipertensivii și hipotensivii.

c) o infecție cronică ca: sifilisul, tbc., paludismul.

d) o intoxicațiune cronică exogenă ca: alcoolismul, saturismul, opiu, cocaina.

Preparațiunea specială.

După Lambert, care tratează în raportul său din 1924 în special chirurgia gastrică, reese că sunt 3 pericole principale care amenință bolnavul gastro-duodenal: pericolul infecțiunii, șocul operator și pericolul pulmonar.

a). *Infecțiunea* poate avea 2 origini: fie că este rezultatul actului operator, fie că este consecința unei stări infecțioase a întregului tract digestiv. În primul caz, este vorba de o chestiune de tehnică și oportunitate, iar când va fi posibil, va trebui să se evite o intervenție pe un ulcer în stare de inflamație, tradus din punct de vedere clinic prin recrudescența dureroasă și în care caz laboratorul arată o hiperleucocitoză. Aceasta a fost arătată mai ales de către Duval și colaboratorii săi. În al doilea caz, infecțiunea este consecința unei stări de infecție a întregului tract digestiv, atât deasupra cât și dedesubtul leziunii. Chirurgul va trebui în consecință să desinfecteze succesiv: nasul și naso-faringele cu ajutorul oleurilor antiseptice gomenolate sau soluțiuni de colargol, căci în caz contrar secrețiunile purulente ale acestor cavități cad în faringe și sunt înghițite în mod inconștient de către bolnavi. Pentru gât, vom recomanda gargarisme antiseptice, sau badijonați cu glicerină borată. Uneori în caz de amigdalită cronică, va trebui să recurgem la amigdalectomie. În special o preparațiune îngrijită va trebui să dăm mediului bucal. În felul acesta vom realiza profilaxia infecțiunii suturilor, evitarea parotiditei și infecțiunii pulmonare. Vom face deci spălături bucale cu apă oxigenată sau alte soluțiuni desinfectante și în special vom da o îngrijire particulară sistemului dentar. Înaintea actului operator cu 2-3 zile, dinții vor fi periați cu o pastă dentară. Hartmann întrebuințează paste dentare cu conținut de neosalvarsan, susceptibile de a acționa asupra spirililor, care în mediu bucal trăesc și formează o simbioză gravă împreună cu microbii banali. Vom badijona gingiile cu tinctură de iod. În caz de carii dentare în activitate și de supurațiuni peridentare sau de rădăcini infectate,

vom da bolnavul pe mâna unui dentist, care va proceda la extracția dinților cariati și la tratamentul focarelor supurative. Stomacul îl vom desinfecța direct cu 48 ore înaintea intervenției prin spălături cu apă bicarbonată, apă clorată sau apă iodată, după procedeul lui Gregoire înaintea intervenției vom administra bolnavilor purgative, iar acelor care prezintă o stază gastrică, le vom face o spălătură stomacală imediat înainte de a ajunge pe masa de operație.

Intestinului îi vom asigura evacuarea porțiunii sale colice nu printr'un purgativ care adesea șochează și nu acționează, ci prin clisme fie cu un oleu, după ce în prealabil am făcut o clismă mare cu apă caldă, fie printr'o clismă glicerinată, fie printr'o clismă formată dintr'un amestec de glicerină și bilă.

Vom activa leucocitoza generală cu ajutorul injecțiilor de substanțe leucogene (nucleinate), sau prin auto-hemoterapie după procedeul lui Gosset și Talheimer.

b) *Șocul operator*. Operații gastro-duodenali sunt predispuși la un șoc operator, căci de obicei acești bolnavi sunt hipoalimentați, deshidratați, intoxicați prin stază gastrică, uneori anemici. Acești bolnavi vor trebui deci să fie realimentați și rehidratați și numai în această stare ei vor putea fi operați.

Realimentarea se face prin furnizarea unui aport de substanțe amidice sub formă de făinuri și pape, apoi substanțe albuminoide (cărni tocate, gelatină, ou), substanțe grase sub formă de injecțiuni subcutanate de 100-300 cc oleu de olivă sterilizat și substanțe hidrocarbonate sub formă de apă lactozată per os. În acelaș scop, vom face și clismă alimentară.

Rehidratarea, care are o importanță capitală, o facem cu ajutorul serurilor cari pot fi: sărate, glucozate și bicarbonatate. Există două seruri glucozate: serul izotonic 47 la mie și serul hipertonic de 30 %. Când există o tendință spre acidoză, vom întrebuița serul bicarbonat de 30 %.

Cantitatea lichidelor ce trebuie absorbite de organism în cazurile grave, trebuie să fie aproximativ de 3 litrii. Căile de introducere sunt: subcutanată, intra-rectală și intra-venoasă. Când vom să se absoarbă mari cantități de lichide, vom asocia toate aceste căi.

Această medicațiune va trebui să fie controlată prin amplitudinea oscilometrică și vom obține astfel deslușiri asupra importanței undeii sanguine. Vom controla de asemenea această medicațiune, măsurând cantitatea de urină eliminată, cantitate, ce nu trebuie să fie sub un litru.

Pentru a preveni șocul operator, va trebui să combatem întodeauna starea de anemie acută sau cronică. Un mijloc de acțiune puternic, care ne stă la dispoziție, este transfuziunea. Există 2 procedee inspirate de însăși starea bolnavului: când

avem timpul necesar și când vom să executăm intens funcțiunea hematopoetică și tonusul general. Vom face mici injecțiuni repetate de câte 10-20 cmc. Când însă este vorba de o stare de anemie acută, se impune pre-operator executarea unei transfuzii masive de 400-500 cmc. Cu ajutorul hematometrului vom urmări regenerarea sanguină și vom studia posibilitățile operatorii la acești bolnavi. După Lambert, intervenția chirurgicală este posibilă și atunci când numărătoarea hematiilor arată 1000000, iar hemoglobina 40 %.

c) *Complicațiunile pulmonare.* Au fost bine studiate de către Lambert în raportul său dela congresul de chirurgie din anul 1924. Importanța complicațiunilor pulmonare este de așa natură, încât se impune cunoașterea lor de către chirurgul gastro-enterolog. Frecvența aparițiunii lor este de 15—20% din cazuri. Ele pot îmbrăca forme clinice multiple. Distingem cauze predispozante și cauze determinante. Cunoscând condițiunile predispozante, profilaxia lor va fi ușoară. Cea mai mare cauză predispozantă după unii este însă acțiunea iritantă a agentului anesteziec și în acelaș timp și staza pulmonară respiratorie și circulatorie pe care școala dela Cluj le explică prin pareza diafragmului, cauzată de durerea abdominală postoperatorie imediată. Acest accident se observă și după anestezia locală. Staza este deci efectul concomitent al stării dureroase sub-frenice, care diminuează amplitudinea mișcărilor respiratorii, șocului operator și excitațiunilor și secțiunilor pneumogastricului, care inervează atât stomacul cât și pulmonul. Prevenirea stazei pulmonare se face antrenând bolnavul la respirațiuni profunde înaintea actului operator, prin exerciții metodice, o gimnastică respiratorie metodică, efectul fiind determinarea unui joc amplu al diafragmului și al coastelor, cu ajutorul spiroscopiei. Cunoaștem asociațiunea dilaudid iobelină pe care o practicăm în ultima vreme cu acest scop. În acelaș timp vom antrena bolnavul și la respirațiunea nasală, în afară de fizioterapia sus amintită. Asupra circulațiunii acționăm făcând o digitalizare pre-operatorie fie simplă, fie combinată cu ouabaina.

Cauzele determinante au fost bine studiate de către Lambert. Agenții infectanți (enterococul lui Thiercelin în 45% a cazurilor, bacilul pilorii, streptococul, stafilococul și pneumococul), urmează calea următoare: vinele stomacului după secțiune, vâna portă și peritoneul diafragmatic, limfaticele mamare interne, canalul toracic, inima dreaptă și pulmonul care este primul filtru întâlnit. În perioada pre-operatorie trebuie să evităm penetrarea acestor agenți infectanți în torentul circulator, cât și venirii lor în contact cu organismul bolnav. Vom evita aceasta în primul rând făcând spălături preliminare gastrice. În timpul actului ope-

rator, acțiunea spălăturilor va fi însoțită și prin protecție îngrijită și prin menajarea rațională a porțiunilor mucoasei septice.

Pentru a ne opune la invadarea pulmonilor de către acești microbi, va trebui (după cum spune și Lambert) să se facă o vaccinare pre-operatorie preventivă. Pentru realizarea acestei vaccinări, în practică va trebui să procedăm metodic în modul următor : la început vom căuta sensibilitatea individului la enterococ, făcându-i o intra-dermo-reacțiune cu o emulsie ce conține 5 milioane enterococi pe 1 cmc. Dacă este pozitivă în aproximativ 15% din cazuri, vom proceda la vaccinarea preventivă. Pauchet, în toate cazurile de polinucleoză, face vaccinarea pre-operatorie. Tehnica vaccinării constă în administrarea a 6 injecții subcutanate, făcute din 2 în 2 zile ; prima injecție conține 5 milioane germeni, a doua un miliard, iar celelalte patru, de asemenea câte un miliard. Urmează apoi 5 zile de repaos, după care vom face din nou o intra-dermo-reacțiune, care trebuie să fie negativă în cazul că este pozitivă. Vom face încă o serie de 4 vaccinări. Trebuie să remarcăm însă, că această metodă cere cel puțin 17 zile de preparațiune prealabilă.

Lambert susține că timp de 3 ani de când aplică vaccinațiunea pre-operatorie preventivă, nu a observat nici o complicațiune pulmonară gravă, la nici unul din bolnavii la care metoda a fost aplicată.

Mai simplu, s'a preconizat ingerarea unui bulion vaccin cu scopul de a vaccina local mucoasa gastrică. Acest vaccin anti-virus, va fi ingerat de două ori pe zi în asociație cu kaolină sau cu bismut. În perioada de epidemie gripală, Pauchet recomandă o injecție pre-operatorie cu ser anti-pneumococic.

Tot în legătură cu profilaxia accidentelor pulmonare, vom aminti și o metodă chimică, care se bazează pe eliminarea prin bronchii a creozotului absorbit pe cale rectală, la nivelul căreia joacă un rol antiseptic. Este metoda lui Schoull, preconizată de Weiler în anul 1929. În practică această metodă se realizează luând o butelie de 200 gr., în care punem : 100 gr. lapte cald, 40—50 picături de creozot și 15 pic. de laudanum Sydenham, astupăm flaconul, agităm și facem apoi o clismă, sau în decurs de 24 ore facem două clisme.

d) Acidoza. Este o stare care rezultă din ruperea echilibrului acido-bazic. În raportul său din 1930 la congresul de chirurgie, Sauvé a studiat acidoza din punct de vedere teoretic. Lichidele și umorile organismului conțin: ioni de OH bazici, electro-negativi, (anioni) și ioni H acizi, electro-pozitivi (cationi). Echilibrul acid-bazic este influențat atunci când ionii de OH neutralizează exact ionii de H ; atunci potențialul H este în jurul lui 7. Când predomină ionii acizi, sau există o insuficiență

a ionilor de OH bazici, echilibrul este distrus și acidoza se instalează. Această stare căreia Pauchet i-a dat mare atențiune în patologia operatoare gastro-duodenală, se caracterizează din punct de vedere clinic prin: oligurie, agitație, insomnie, absența gazelor. Respirația are un miros acetonemic. Urmează apoi o stare de colaps, care duce la moarte în 2—3 zile. Ne convingem de acidoză, căutând acidul diacetic în urină, cu ajutorul câtorva picături de perclorură de fer, sau mai bine prin reacțiunea lui Imbert-Legal cu nitro-prusiat de sodiu acid. Pentru a preveni acidoza pre-operatorie în afară de spălăturile gastrice simple, este bine să dizolvăm în lichidul pentru spălătură câteva grame de bicarbonat de sodiu.

Corpurile acetonemice, care iau naștere în ficat, fiind în raport cantitativ invers cu conținutul acestei glande în glicogen, vom administra bolnavului hidrocarbonate și alcaline pe cale bucală cât și ser glucozat pe cale hipodermică.

e) *Anemicii*. Anemicii în jurul a trei milioane, îi vom prepara printr'o transfuzie masivă de 500 gr. sânge sau prin transfuziuni mai mici de câte 50 ccm. repetate de mai multe ori. Bolnavilor, care prezintă o încetinire a coagulării, le vom da clorură de calciu sau le vom face injecțiuni de extract de plăcuțe. Cu același efect putem face și mici transfuziuni repetate.

f) *Prepararea zonelor escarogene*. La indivizii slăbiți, semi-cașectici, pe care-i întâlnim foarte frecvent în categoria bolnavilor operați gastro-duodenali, sacrul și trochanterele, vor trebui îngrijite în mod special. Vom proteja pielea acestor regiuni prin fricțiuni alcoolizate, glicerină sau tanin, vom evita umiditatea, le vom pudra cu grijă și pentru a evita acțiunea defavorabilă a presiunilor exercitate în mod continuu la același nivel, vom schimba mereu poziția bolnavului. În afară de cele amintite, în timpul actului operator, chirurgul trebuie să lucreze cu o finețe particulară pentru a evita șocul prin micro-traumatismele multiple asupra regiunii solare foarte sensibilă.

Când trebuie să se facă o explorare întinsă a abdomenului, aceasta trebuie să se execute de tot la începutul actului operator, atunci când câmpul este aseptice. La sfârșitul actului operator, când tubul digestiv a fost deschis, această explorare este periculoasă, căci amenință pericolul de difuzare a infecțiunii. În executarea actului operator va trebui să ținem cont și de rezistența individului. Pentru a evita șocul și complicațiunile pulmonare, ar fi bine să se opereze pe o masă încălzită prin diatermie sau prin alt mijloc. În acest caz, temperatura bolnavului după operație va fi neinfluențată.

În fine, în toate cazurile ar trebui să se facă o injecțiune sub-cutanată de aproximativ doi litrii ser fiziologic chiar în timpul actului operator. Prin aceasta se evită suferința bolnavului, se re-montează tensiunea și se diminuează setea penibilă post-operațoare.



Tratamentul post-operator.

Voiu arăta în ordine succesivă tratamentul post-operator în gastro stomie, gastro-enterostomie și rezecții.

Gastrostomia.

Voiu arăta care sunt îngrijirile simple și îngrijirile complicate.

Îngrijirile simple.

Pansamentul. Plaga și tegumentele din jur trebuie pudrate cu carbonat pe magneziu, neutralizând astfel sucul gastric acid, care se scurge pe tegumente iritându-le. Vom face apoi un pansament steril.

Alimentația este preferabil să se facă pe cale bucală, iar dacă aceasta este insuficientă, se completează și prin stomia gastrică; când alimentația pe sus nu se poate face de loc, bolnavul va fi alimentat numai prin fistula gastro-cutanată. Imediat după intervenție, printr'un rezervor adaptat tubului de cauciuc, vom alimenta bolnavul, turnând un pahar de lapte cald. În seara primei zile vom administra un nou pahar de lapte cald. În ziua următoare vom mări cantitatea de lapte și vom da un litru, adăugându-i două gălbenușuri de ouă bătute. În zilele următoare vom înmulți numărul meselor, vom mări cantitativ laptele și numărul ouălor și vom adauga progresiv bulion, zeamă de carne, cafea, etc.; se ajunge astfel, că la sfârșitul zilei a 18—20, să primească bolnavul $1\frac{1}{2}$ —2 litrii de lapte, 6—8 ouă și 1 litru bulion.

Pentru a remonta starea generală vom face o medicație tonică, injecțiuni hipodermice de ser artificial, ser glucozat, strichnină, oleu camforat, cacodilat de sodiu, etc.

Ablația firelor și sondei „à demeure” se face în ziua 10—12-a, după care vom aplica pansamente sterile, pentruca plaga să se închidă.

Îngrijirile complicate.

Supurația plăgii provenită de obicei din cauza firelor nu constituie o gravitate.

Incontinența gurei gastrice produce iritație locală, ulcerări, digestia peretelui prin acțiunea sucului gastric. Vom trata această complicațiune întrebuintând aparatul lui Cripps; acesta se compune dintr'un disc de cadgut cu diametrul de două ori mai mare decât al fistulei, prevăzut în mijloc cu un fir de mătase. Se introduce discul în stomac cu ajutorul unei pense, cele două capete ale firului de mătase sunt înodate la nivelul orificiului cutanat, pe un rulo de tifon. Discul, care își ia forma sa plată în stomac se găsește astfel aplicat pe orificiul profund pe care-l obturează.

S'a preconizat și cerclajul orificiului cu fir de argint, în-tocmai ca și cerclajul anusului pentru prolapsul rectal. Însfârșit unii autori închid prima gură și stabilesc o a doua. În cazurile când se obstruează sonda „á demeure" (de obicei prin resturi alimentare) vom injecta cu ajutorul unei seringi vezicale adaptate pavilionului sondei, fie aer, fie apă caldă pentru a restabili permeabilitatea.

Când orificiul este strâmtat sau obliterat, vom lăsa pe loc din când în când sonda „á demeure" timp de 24 ore.

Gastro-enterostomia.

Îngrijirile simple.

Pansamentul constă în aplicarea a două sau trei comprese sterile pe linia de sutură și fixarea lor cu emplastru adesiv prevăzut cu mici orificii. În modul acesta respirația bolnavului este mult ușurată, la fel ca și posibilitatea de a aplica pungă cu gheață pe regiunea epigastrică.

Colapsul postoperator se tratează prin reîncălzirea bolnavului în pat cu ajutorul sticlelor de apă caldă, prin injecții subcutanate, de 10—20 cmc oleu camforat, 1—2 litrii ser fiziologic în 24 ore fracționat în 500 cc. Aceste injecțiuni au un rol hidratant. Când rinichii sunt deficienți, în locul serului fiziologic vom da ser glucozat 47 la mie.

Complicațiunile pulmonare. Vom pune pe bolnav în pozițiunea lui Fowler, așezând inapoia omoplaților un reazâm și sub genunchii flectați un travers triunghiular. La cel mai ușor început de tuse, vom aplica ventuze uscate, iar când există rari subcrepitante, vom aplica ventuze scarificate. Vom evita curenții de aer.

Peritonita se previne aplicând după operație pungă cu gheață. Dacă după trei zile fenomenele peritoneale nu se instalează, vom suprima punga cu gheață.

Vom îngriji cavitatea bucală spălând dinții, curățind limba și cavitatea bucală cu un tampon umezit într-o soluție slabă de apă oxigenată sau permanganat de potasiu, sau lichidul lui Labarraque. Aceasta se face de 3—4 ori pe zi.

Regimul constituie partea cea mai delicată și cea mai demnă de atențiune dintre îngrijirile postoperatorii date gastro-enterostomizațiilor. Chirurgul vrea pe deoparte să alimenteze rapid bolnavii care de obicei sunt slăbiți, emaciați, denutriți, deshidratați și pe de altă parte vrea să traumatizeze, să irite cât mai puțin sutura gastro-intestinală. Mai mult însă, printr'un regim bine condus, chirurgul urmărește cicatrizarea ulcerului în evoluție, evită redeșteptarea unui ulcer stins la un moment dat și previne chiar producerea a unui ulcer. Când este vorba de un cancer, vor trebui rezolvate noi probleme alimentare.

Vom studia astfel regimul alimentar în două perioade: perioada post-operatorie imediată, ținând dela prima zi după intervenție și până în ziua 15-a și perioada post-operatorie îndepărtată, începând cu ziua 15-a și ținând toată viața.

a) *Perioada post-operatorie imediată.* În ziua întâia și atâta timp cât bolnavul varsă, va ținea dietă absolută. Vom administra însă 3—4 spălături alimentare cu o soluție formată din apă 200 gr., un ou, dextrină 10 gr. bicarbonat de Na și fosfat de Na câte un gram și laudanum de Sydenham 4 pic. În acelaș timp vom da 500—1000 cmc. ser fiziologic subcutanat. Seara, dacă vărsăturile au încetat vom da apă ușor alcoolizată (rom) și zaharată, cu lingurița. În ziua următoare vom continua cu apa alcoolizată, spălături alimentare, ser fiziologic subcutanat și 100 gr. lapte diluat. În ziua a 3 a: ser, 1 litru lapte pur sau diluat și bulion de legume. În ziua 4 a: un litru lapte, bulion de legume și un ou. În ziua 5-a: 1 litru lapte, bulion și două ouă. În ziua 6—7-a acelaș regim, în plus puțin piré de cartofi. După ziua 8-a putem adăuga puțină carne de pui și una până la două felii de pâne prăjită. Vin nu vom da deloc.

b) *Perioada post-operatorie îndepărtată.* Regimul diferă după cum este vorba de un ulcer sau un cancer.

În ulcer, regimul prescris va trebui să urmărească diminuarea hiper-clorhidriei. Operatul după gastro-enterostomie va trebui să se considere încă bolnav. Ii vom înșezice orice aliment care excită secreția gastrică: cârnațaria, șunca sărată vânatul, conservele, slămina, brânzeturile fermentate, tocanele, sosurile, rântășul, alimentele oțetate, alimentele crude, condimentele și piperurile. Bolnavul va trebui să mănânce puțin sărat, iar când durerile reapar, ceea ce ne-ar face să ne gândim la un ulcer ce

continuă să evolueze, sau la apariția unui nou ulcer, vom prescrie pentru un timp îndelungat un regim declorurat strict: făinurile leguminoaselor și pireurile de fasole sau mazăre sunt rău tolerate (afară de pireurile de cartofi) și produc timpanism și piroze. Vom evita pâinea moale, și miezul de pâine, fructele acide, vinul, alcoolul și în general beuturile fermentate, cât și cafeaua și ceaiul.

Vom permite: carnea, puiul fript sau fiert, carnea de miel sau de vițel, în cantități moderate, căci cu toate că sucul gastric hiper-clorhidric digeră bine carnea, totuș regimul carnat este un excitant al secrețiunii gastrice. Vom permite deasemenea pește alb, carne slabă fiartă, paste, tăețai, macaroane, gris, tapiocă, prăjituri uscate, creme de porumb, orz, grâu, ovaz, orez, fructe coapte, legume ierboase și pâinea rece. Dintre beuturi vom permite apa pură sau ceaiuri călduțe. Nu vom da beuturi reci, dar nici prea calde, căci la aceste temperaturi extreme se produce o hiper-secreție gastrică. Vom recomanda grăsimile ca având un rol inhibitor asupra procesului secretor al stomacului: laptele (conține 40 gr. la litru), crema rece, măduva osoasă, oleul de olive pur, sau incorporat alimentelor în doze de: 50—150 gr. pe zi, nucile, alunele, migdale reci sau uscate, acestea toate diminuând hiper-clorhidria.

În cancer regimul va fi adecvat hipopepsiei sau apepsiei existente. Alimentele albuminoide, sunt puțin sau deloc digerate în stomac; în schimb, digestia intestinală fiind posibilă, vom da bolnavului pentru a-i conserva forțele, alimente bine alese și convenabil pregătite cum sunt: carne slabă friptă, șuncă tocată, ouă, creier, stridii, pireuri de legume și paste, fructe foarte coapte fără sâmburi și coaje, supe sau bulioane de legume sau lapte, lapte cu discreție, pâine prăjită. Vom limita materiile grase, mesele vor fi puțin copioase și distanțate. Ca beuturi vom permite vin ușor diluat cu apă gazoasă, uneori foarte puțin alcoolică, sau extract din malt diluat cu apa.

Când se accentuează anorexia, vom putea excita secrețiunea gastrică prin întrebuițarea de chefir, dacă acesta este tolerat de bolnav. La fel și iaurtul, putând fi dat o parte la mese și o parte în intervale.

Când bolnavul nu poate mânca nici un fel de carne, se trece la regimul vegetal sub formă de pireuri, de feculențe mai bogate în azot (linte mazere, fasole, roșii cartofi), paste alimentare și unele legume ierbacee reductibile în pireu.

Tratamentul medicamentos. La un ulceros, unde trebuie să combatem hiper-clorhidria, vom recurge la alcaline: bicarbonat de sodiu 20 gr., magnezie calcinată 5 gr. și subnitrat de bismut 2 gr. Din aceasta se poate da câte o linguriță de cafea după mese și se poate repeta în fiecare oră, până la o seda-

țiune completă. Belladona, care deasemenea diminuează cantitatea secrețiunii gastrice, o vom asocia cu magnezie și opiu brut, se dă în cașete 4—6 pe zi, după mese.

La gastro-enterostomizați pentru cancer, vom excita apetitul și vom favoriza digestia formulând astfel: tinctură nux vomica 4 gr., tinct. badiane 5 gr., tinct. colombo 5 gr.; din acestea vom da 20 pic. înaintea meselor într'o infuzie caldă. La sfârșitul mesei vom da o cașetă de 0,25—0,50 ctgr. pepsină sau papaină.

Toate aceste medicamente le vom da numai începând cu ziua 13-a când operații încep să se alimenteze normal.

Febra care se observă de obicei în ziua 2—3-a dela operație, revine la normal dela sine.

Purgația nu este indicată, ea putând produce o diaree incoercibilă, adesea mortală, mai ales că acești bolnavi sunt de obicei slăbiți. În locul purgativelor clasice vom prefera să administrăm o spălătură evacuatoare în ziua treia, sau a patra dela operație.

Ridicarea firelor se face în ziua a 12-a sau mai târziu, după cum permite starea generală a bolnavilor.

Sculatul din pat se face în ziua 12-a până în ziua 14-a, revenirea apetitului și forțelor se face astfel mai repede. Ca după orice laparotomie, bolnavii vor purta o centură abdominală timp de 5 - 6 luni.

Tratamentul complicațiilor.

Vărsăturile precoce. Vărsăturile cari apar uneori după gastro-enterostomie și care au caracterul de a fi incoercibile, sunt de două categorii: unele care cedează spălăturilor gastrice și altele care rezistă acestor spălături.

Uneori în ziua 2 a până la a 3-a dela operație, apar vărsături care se repetă în mod frecvent, bilioase sau negricioase și fetide, epuizând bolnavii prin repetarea lor și acompaniindu-se de dureri epigastrice, uscarea limbii, facies teros, puls rapid de 120—140 pe minut, fără, sau cu foarte puțină febră. Făcând un lavaj sau două lavajii în 24 ore până când lichidul revine limpede, vom vedea că totul revine în ordine. Este vorba de o simplă stază a lichidelor în stomac datorită deranjului funcțional al intestinului.

Alteori, spre seara zilei a doua, apar vărsături de aspect verzui, însoțite de balonarea întregului abdomen și dureri difuze, oprirea gazelor, tachicardie cu puls rapid mic și filiform, febră ridicată, și stare generală brusc alterată. În aceste cazuri este vorba de o peritonită generalizată. Vom interveni înstituind tratamentul specific peritonitelor (gheață, poziție ridicată, instalația lui Murphy, etc...). Spălăturile gastrice rămân inutile.

La alți operați, la care totul pare să evolueze bine în primele zile către sfârșitul primei săptămâni, apar vărsături tenace, abundente, bogate în bilă și suc pancreatic, însă nici odată fecaloide, uneori destul de distanțate, altele succedându-se la intervale foarte apropiate. Temperatura, adesea este de 38-38°5 C. Spălăturile gastrice nu duc nici aici, la vreun rezultat. Dacă (după Pauchet) bolnavul ia o pilulă de albastru de metilen și o ceașcă de infuzie caldă, se constată că urina nu se colorează în albastru; deci intestinul subțire nu absoarbe deloc, gura gastro-intestinală nu funcționează bine, în acest caz, este vorba de un cerc vicios: conținutul stomacului nu trece în ramura aferentă a ansei jejunale anastomozate, din cauza unei fixări defectuoase a acesteia. Oricare ar fi cauza: fixarea insuficient de lungă a acestei anse și plicatura sa la nivelul anastomozei, împlântarea anti-peristaltică etc., este cert, că există un obstacol în circulația materiilor. De aceea, vom deschide abdomenul și vom face o entero-anastomoză între ramurile ascendente și descendente ale ansei jejunale anastomozate. Deobicei acești bolnavi nu suportă această nouă intervenție:

O adevărată ocluzie intestinală, poate provoca deasemenea vărsături, fie imediat după operație, fie la câteva săptămâni sau luni chiar. Este vorba de obicei de o ocluzie acută, caracterizată prin: dureri abdominale, vărsături rebele, fie fecaloide, atunci când obstacolul este pe colon, fie bilioase, atunci când obstacolul se găsește la nivelul ansei jejunale anastomozate, contracțiuni peristaltice, oprirea materiilor fecale și gazelor, absența colorației urinei după ingerarea unei pilule glutinizate de albastru de metilen. Cauzele acestei ocluzii, pot fi foarte variate: a) compresiunea în gastro-enterostomiile anterioare a colonului transvers de către ansa aferentă când aceasta este scurtă, când este lungă, se formează după gastro-enterostomia anterioară un inel, între ea, mezo-colon și peretele posterior, inel, în care ansele intestinului subțire s'ar putea strangula; b) compresiunea ansei jejunale anastomozate, în gastro-enterostomia posterioară, fie de către mezocolonul retractat, fie de către colonul transvers; stragulara area intestinului subțire în hiatul format de către peretele abdominal înapoi, mezocolon în sus și ansa jejunală anastomozată înainte, atunci când această ansă este mai lungă de 12—15 cm.; c) persistența unei ocluzii cronice a duodenului, prin coarda duodenului, ocluzie tratată la început printr'o gastro-enterostomie ineficace, corespunzătoare unei duodeno-jejunostomii secundare; strangularea prin bride sau aderențe peritoneale etc...

Contra acestor diverse obstacole mecanice, nu există decât o singură terapeutică: laparotomia, căutarea cauzei ocluziei și suprimarea ei, sau excluderea ei prin operație.

Hemoragiile. Când hematemeza survine la un bolnav care înainte era indemn, se datorește în general ciupirei segmentelor viscerale satureate. Hematemezele pot fi tardive, fiind cauzate de trezirea unui nou ulcer; alte hemoragii recente, precoce, se datoresc traumatismului chirurgical asupra ulcerului până atunci intact. În cazurile acestea vom recurge la un tratament medical și anume: imobilizare absolută, pungă cu gheață pe regiunea epigastrică, suprimarea alimentației, spălături nutritive, injecțiuni masive subcutanate cu ser fiziologic pentru calmarea setei, spălături hemostatice cu clorură de calciu și cu gelatină. Se mai pot da injecțiuni subcutanate cu ser gelatinat 2% 50 cc., sau ser de cal. Ca tratament local, după cocainizarea faringelui, putem face o spălătură gastrică cu apă sărată caldută. Rezultate bune are și transfuzia sanghină.

Acidoza. Uneori bolnavul sucombă în ziua 2-3-a de la intervenție, cu toate că aceasta s'a executat în condițiile cele mai optime. Bolnavul prezintă astfel: oligurie, agitație, insomnie, opriri a gazelor, miros acetonemic, puls rapid, colaps. Nu este vorba nici de șoc, nici de hemoragie, nici de peritonită, ci de acidoza consecutivă denutriției bolnavului, insomniei, suferințelor fizice și morale și tulburărilor nutritive datorite afecțiunii tubului digestiv. Tratamentul său va consta în administrarea de beuturi calde alcaline și zaharate, injecțiuni intravenoase de 1 litru dintr'o soluțiune de bicarbonat de Na 17%, sau un litru ser glucozat 47 la mie. La rezultate bune ajungem și prin injecții de ser fiziologic, prin injecții de insulină după ser glucozat și prin transfuzie de sânge.

Deaceea, pen'ru a preveni această complicațiune îngrozitoare, trebuie să căutăm acidoza făcând examenul sângelui și urinei. Existența acidului diacetic se pune în evidență adăugând urinei per-clorură de fer; vom obține o colorațiune roșie de Porto.

Diareea este o complicațiune rară dar gravă. Ea survine de obicei între ziua 3-12-a, uneori fiind declanșată de administrarea unui purgativ. Ea are un caracter încoercibil și continuă până la moarte cu opriri momentane sub influența medicamentelor. Diareea se poate datori fie unei evacuări prea precipitate a lichidului stomacal prin gura gastro-jejunală (când această gură este prea largă), fie ajungerii în intestin a unui conținut gastric putrid (când în stomac există o stagnare și putrefacție a alimentelor). De aceea, după operație nu vom da purgativ, ci vom diminua cantitatea lichidelor, vom face spălături gastrice pentru a debarasa stomacul de conținutul său putrid. Dacă bolnavul nu a sucombat după un timp oarecare, vom prescrie kefir. De obicei însă diareea suprimă acești operați în câteva zile.

Complicațiunile pulmonare. La congresul francez de chi-

rurgie din 1924, Lambert a comunicat rezultatele satisfăcătoare obținute printr'un stok-vaccin, care cuprinde pneumococul, tetragenul, micrococul cataral, stafilococul și piocianicul. Delbet a preconizat un stok-vaccin polivalent, propidonul, care a fost întrebuițat cu succes, cu rol preventiv și curativ. Kummer a tratat pneumonia post-operatorie cu ser antistreptococic, administrat pe cale intravenoasă sau intramusculară, tratament care asociat cu medicațiunea obicinuită a pneumoniei, dă rezultatele cele mai bune. În ultimul timp, pentru prevenirea și combaterea complicațiunilor pulmonare se face autohemoterapia, prin care s'ar produce anticorpi specifici în organism. Astfel Gosset și Thalheimer fac injecții în primele 3 zile dela începutul boalei, cu rezultate bune.

Astăzi se urmărește evitarea complicațiunilor pulmonare prin ridicare precoce din pat. Obiceiul vechiu, este ca bolnavii operați să se dea jos din pat în ziua 21-a dela operație. Mai tarziu sculatul din pat s'a redus la 12—14-a. În fine, mai recent Grégoire, Chaliere, au insistat asupra sculatului precoce, în modul acesta prevenindu-se accidentele pulmonare, flebitele, iar apetitul și forțele ar reveni mai repede. Brisset a prezentat la societatea de chirurgie din Paris, 51 cazuri de operații pe stomac, sculate din pat între ziua 2—4-a dela operație. Intenția sa era să evite complicațiunile post operatorii de congestii pasive sau active și să dea operațiilor posibilitatea de a stimula prin mișcare, funcțiunile organice. Asupra acestor 51 de cazuri, prin aplicarea acestei metode, el n'a observat nici o complicațiune pulmonară precoce sau trativă. Grégoire care ajunge la acelaș efect prin scularea precoce a bolnavilor din pat totdeauna după ziua a doua, recomandă executarea anesteziei locale la intervenție, și desinfectarea cavității gastrice prin spălături pre-operatorii cu apă iodată. Pentru a împiedeca răcirea viscerelor și diafragmului în timpul actului operator, școala germană recomandă întrebuițarea de comprese îmbibate în ser fiziologic cald, introduse în abdomen în tot timpul cât durează intervenția.

În practică de obicei sculatul precoce din pat constituie o chestiune delicată, fiind condiționat de forța, voința și dorința fiecărui bolnav. Chaton lasă toată libertatea bolnavului de a se scula el atunci când vrea, atunci când simte nevoia și se crede în stare să o facă. Școala noastră înclină într'o oarecare măsură în această direcție utilizând poziția jumate șezând, fotoliul etc.

Edemele care apar foarte rar la nivelul scrotului, coapseilor, pleoapelor cu o stare generală nealterată și apetitul conservat și de obicei după reluarea unei alimentații substanțiale, le găsim mai ales la bolnavii deja deprimați înaintea operației și par a fi datorite unei retenții clorurate. Durata lor este de câteva zile și dispar brusc după o poliurie evacuatoare.

Ulcerul peptic al anastomozei gastro-jejunale. Uneori la vechii gastroenterostomizați pentru ulcer gastric, asistăm la declanșarea unui sindrom dispeptic asemănător boalei inițiale și care este în raport cu producerea unui ulcer, fie cât gura gastro-intestinală, fie pe ansa jejunală (ulcer peptic al jejunului), mai ales pe ramura sa descendentă, fie chiar pe stomac la 1—2 cm. dela sediul anastomozei. Producerea sa se datorește hiper-acidității persistente a conținutului stomacal, la operații care au neglijat continuarea unui regim sever. La operații care reîncep să sufere după o gastro-enterostomie, regimul clorurat strict, scade foarte repede hiperclorhidria gastrică și ameliorează astfel adesea durerile datorite unei recidive post-operatorie de ulcer. Clinicește, acest ulcer se traduce abea la 1—2—3 sau mai mulți ani după gastro-enterostomie. Simptomatologia sa este foarte polimorfă și nu intră în domeniul acestei expunerii. Tratamentul constă în a face intervenția: eliberarea aderențelor, excizia ulcerului, suprimarea fistulei dacă există și stabilirea unei noi anastomoze. Din nefericire aceste operațiuni sunt grave și mai ales recidiva ulcerului peptic este foarte frecventă.

Strâmtarea orificiului de gastro-enterostomie, este un accident rar, care se observă mai ales după anastomozele făcute în buton și excepțional după anastomozele făcute în sutură. Simptomatologia este asemănătoare cu a ulcerului peptic, dureri post-prandiale, regurgități, vărsături alimentare și bilioase etc. Tratamentul constă într-o re-intervenție, făcând o nouă anastomoză posterioară transmezocolică, înafară celei vechi și restabilind astfel circulațiunea gastro-intestinală. Când anastomoza veche este mascată și reținută în profunzime prin aderențe solide-aceste se întâmplă foarte rar, recurgem la o gastro-enterostomie anterioară.

Fistulele duodenale propriu zise sunt rare. De obicei orificiul rămas după ablația tubului de drenaj se închide în mod spontan după câteva zile; la bolnavii cu hipersecrețiune locală și cu atonia acestui orificiu, injecțiunile cu insulină în cantitate mică dau rezultate bune: în urma aceasta, secrețiunea dispăre imediat și plaga se cicatrizează în câteva zile. Prof. Iacobovici a obținut rezultate bune practicând acest tratament.

Dilatația acută gastro-duodenală post-operatorie. Dilatația acută gastro-duodenală nu este o complicație specială a chirurgiei gastro-duodenale, ci este pur și simplu postoperatorie. Se poate observa la orice vârstă și în urma oricărei intervențiuni. Survine brusc la 2—3 zile după operație și se traduce prin vărsături abundente, bilioase, negricioase însă nici odată fecaloide. Prin dilatația stomacului se amplifică depresiunea gastrică. Prin starea de intoxicație și deshidratare își fac apariția rapid fenomenele generale, sub forma unui puls mic și

accelerat, sete vie, suprimarea urinei, moartea putând surveni în 3—12 zile.

Când această stare survine în urma unei intervenții abdominale, trebuie să facem diferențierea cu un proces peritonitic, de care se deosebește prin absența temperaturii, conservarea supleții abdominale și insensibilității la palpare. De ocluzia intestinală, a cărei localizare este mai joasă, se deosebește prin absența sucului pancreatic în vărsături, absența indicaturii, cât și prin absența vărsăturilor fecaloide.

Din punct de vedere anatomo-patologic ar fi vorba de o compresiune asupra celei de a 3-a porțiuni a duodenului la nivelul unghiului compasului aortico-mezenteric, numit astfel de către Pelit. Este o zonă predispusă la stenoză, iar Ochsver i-a descris un adevărat sfincter. Orișicare ar fi însă patogenia acestei dispozițiuni anatomice: compresiune mezenterică primitivă, cu dilatația stomacală secundară, sau dilatația stomacală primitivă împingând intestinul subțire în micul basin și compresiunea mezenterică secundară, sau faptul că această dilatație ar fi sau nu determinată după concepția lui Lardennois prin aerofagie și creația supapei cardiace, boala odată constatată, chirurgul va căuta să restabilească transitul normal în cea de a 3-a porțiune a duodenului.

Distingem 3 procedee terapeutice, cari trebuie să fie aplicate succesiv și cari sunt: tubajul, pozițiunile și intervențiunile.

Aplicat curând, tubajul urmat de spălătură, poate da rezultate excelente. Indată ce durată vărsăturilor postanestezice se prelungește la un individ operat, tubajul trebuie făcut foarte sistematic. Într-o perioadă mai tardivă, eficacitatea sa este discutabilă, căci tubul lui Faucher ar fi prea scurt după unii, ca să poată atinge nivelul lichidului și apoi din cauza că în acest stadiu avansat și duodenul a participat la dilatațiune, tubul neputându-l evacua. Când tubajul dă greș prin diferite pozițiuni vom căuta să deschidem compasul aortico-mezenteric. Astfel, pentru a evita vărsăturile punem pe bolnav în decubit ventral, sau în poziție genu-pectorală, sau în poziția lui Trendelenbourg. Noi vom face o combinație între aceste 2 metode, aplicând tubul lui Faucher și punând pe bolnav în decubit ventral, pentru a favoriza prin presiune, expulzarea conținutului stomacal. Dacă bolnavul mai este puțin rezistent și când există o dilatație a stomacului, putem face o gastro-jejunostomie; când însă la această dilatație participă și pilorul și duodenul, este indicată duodeno-jejunostomia.

În aceste 2 alternative, vom evita trecerea în intestinul subțire a lichidului hipertoxic prin puncțiune și aspirațiune de evacuare prealabilă.

În fine, când individul se găsește la limita rezistențelor sale, vom face în mod rapid o gastrostomie urmată de aspirație.

Pilorectomia—Gastrectomia.

Distingem la fel ca și la gastro-enterostomie, îngrijiri postoperatorii simple și complicate.

Îngrijirile postoperatorii simple. Pansamentul se face întocmai ca la gastro-enterostomie, având același avantaj. Se poate face după Besredka și o vaccinațiune locală, injectând în tubul de drenaj un filtrat microbial polivalent (enterococ, strapto- și stafilococ).

Colapsul postoperator care se observează mai frecvent în pilorectomiile făcute sub anestezie locală decât generală, se tratează reîncălzind bolnavii în pat cu ajutorul sticlelor de apă caldă, prin injecții subcutanate de oleu camforat dat de mai multe ori pe zi, prin injecții cu aer 2—3 cc. pe zi, injecții cu ser fiziologic 1—2 litrii pe zi, sau ser glucozat.

Complicațiunile pulmonare. Anestezia generală, intervențiunile gastrice grave și mai ales pilorectomia predispun la complicații pleuro-pulmonare. Bolnavii trebuie să stea într-o cameră bine încălzită, fără curenți de aer, în pozițiunea demi-șezândă pentru a evita congestia hipostatică, cu cisme de vată în jurul picioarelor și gambelor; la cel mai mic semn de bronșită vom aplica ventuze, vom îngriji de igiena buco-dentară. După Lambert și Pauchet, vaccino-terapia pre operatorie ar da rezultate bune.

Alimentația este aceeași ca a gastro-enterostomizațiilor. Acești bolnavi însă trebuiesc alimentați foarte rapid. În prima zi vom face 3—4 spălături nutritive și nimic pe gură. În seara acestei zile vom putea da cu lingurița puțin ceai cu rom. A 2-a zi vom da: ceaiuri, puțin vin diluat cu apă, o ceașcă de lapte diluat cu apă de Vichy. A 3-a zi, un litru de lapte, puțină cafea, bulion de legume, liqueuri alcoolice și zaharate. A 4-a zi un litru de lapte, cafea, ceai cu rom, un ou bătut. A 5-a zi, lapte, bulion cu cremă de orz, ovăz sau grâu, tapiocă, orez foarte copt, 2 ouă. A 6-a zi dăm lapte, bulioane, 2 ouă, peptonă, zeamă de carne. A 7-a zi aceleași alimente în plus puțin creier, puțină carne friptă. În primele 4—5 zile vom administra mereu ser fiziologic

Febra care se instalează în primele trei zile după operație, revine la normal dela sine, fără nici un tratament special.

Purgația poate duce la declanșarea unei diarei incoercibile, adesea mortală. Când bolnavul este constipat vom administra în ziua 4-a o clismă simplă, pe care o vom repeta dacă este nevoie.

Firele se scot în ziua 10-a Dacă sutura peretelui a fost făcută într'un singur plan, le vom scoate în ziua 12—13-a.

Sculatul din pat se face în ziua 14-a dacă până atunci totul a decurs bine. Apetitul, somnul, forțele, revin astfel foarte repede.

Centura abdominală trebuie purtată îndată ce plaga este complet cicatrizată.

Ingrijirile post-operatorii complicate.

Hematemezele puțin abundente care apar în ziua operației sau chiar a 3—4-a zi, încetează de obicei dela sine. Când însă gastrorația este abundentă și repetată, nu vom interveni chirurgical ci ne vom limita la un tratament medical: imobilizare și dietă absolută, gheață pe epigastru, 50 cmc. ser gelatinat 2% subcutan, sau 20 cmc ser de cal; spălătură hemostatică după formula lui Mathieu, conținând: gelatină, clorură de sodiu, zahăr și apă călduță. Contra setei vom permite ingerarea a câtorva pilule de gheață; vom face și spălături nutritive și injecțiuni subcutanate de ser fiziologic.

Decă astfel procedând nu ajungem la nici un rezultat, vom face un lavaj stomacal cu apă sărată caldă, sau dăm o soluție de adrenalină în doză de $\frac{1}{4}$ mgr. repetată de 3—4 ori pe zi. Este indicată și transfuzia sanghină.

Atonia și staza gastrică se observă uneori către ziua 3-a, instalându-se cu o stare generală proastă, puls rapid, facies palid, limba uscată, nausee, regurgități fetide sau vărsături. Aceste fenomene se datoresc resorbției produselor toxice elaburate prin staza gastrică. În aceste cazuri, fără a ezita vom face o spălătură gastrică, bolnavul fiind în decubit dorsal și alimentându-l imediat după aceea. Aceste spălături se pot repeta de mai multe ori.

Peritonita izbucnește în ziua 2—3-a dela intervențiune. Se impune reintervenția imediată.

Complicațiile pleuro-pulmonare, acidoza și diareea au fost studiate în capitolul precedent.

Fistula, care poate apărea la bolnavii vindecați de pilorectomie, are tendința de a se închide spontan. Rolul nostru este să menajăm țesuturile, împiedicând astfel iritația.

Anemia ce o constatăm uneori după rezecțiile de stomac și care duce treptat-treptat la emaciere cu sfârșit letal, este inflențabilă prin vitamino-terapie. Până astăzi cantânul deține supremația acestei terapeutici. Această anemie deschide astăzi din nou conflictul dintre rezecționiști și conservatori; nu și-a spus însă ultimul cuvânt.

Chestiunea curelor hidro-minerale la gastrici este legată de afecțiunea lor primitivă, cum și de chimismul gastric post-operator.

Vom evita totdeauna curele hidrominerale, acolo unde avem alterațiuni profunde ale mucoasei gastrice: în cancer, ulcere complicate cu gastrită întinsă și avansată, o vom evita. În rest, rămâne să ne conducem după fenomenele dispeptice legate de hipo sau hiper-aciditate. Acolo unde acționăm paleativ, apele alcaline par a avea o acțiune favorabilă asupra ulcerului lăsat pe loc, iar în același timp și o acțiune sedativă asupra mucoasei gastrice în general.

CONCLUZIUNI.

1. Chirurgia gastro-duodenală, formează astăzi cel mai mare procent al operațiilor abdominale, din care cauză tratamentul pre și post-operator tinde azi către o stabilizare, cu scopul de a obține un procent minim de riscuri.

2. Pe lângă o tehnică operatorie bine stabilită, nu trebuie niciodată neglijată pregătirea preoperatorie, care tinde să evidențieze și să corecteze diferitele dezechilibre organice și humorale și în acelaș timp, să stimuleze pe cât posibil mijloacele naturale de apăsare ale organismului, dat fiindcă în marea majoritate a cazurilor, gastro-duodenalii sunt bolnavi emaciați, anemici și susceptibili pentru diferite complicații.

3. Tratamentul post-operator se va face cu mare conșințozitate, indiferent de intervențiunea executată (gastrostomie, anastomoză sau rezecție), deoarece nu există nici o legătură directă între gravitatea intervenției și gravitatea complicației.

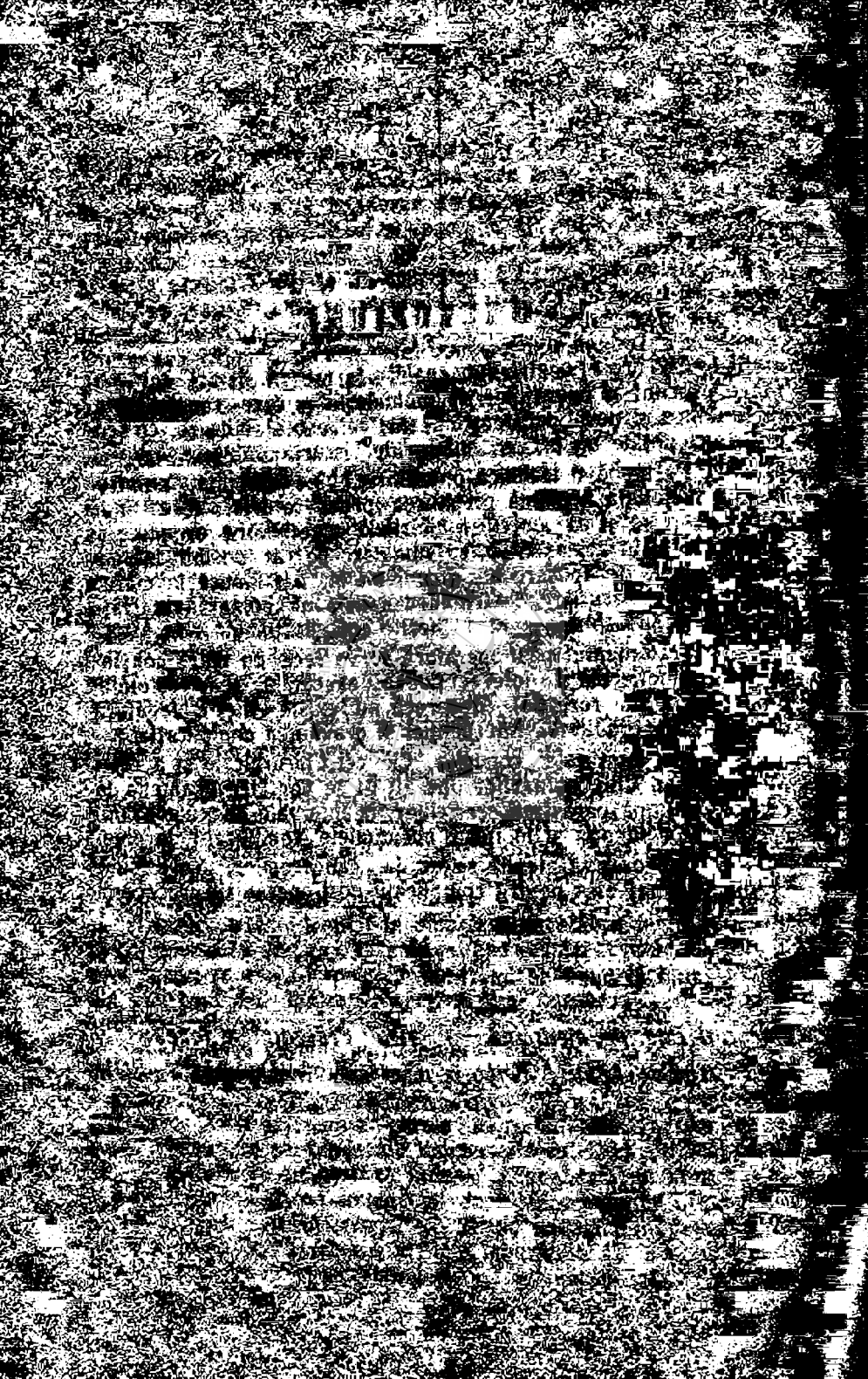
4. Așa cum este conduita Clinicei Chirurgicale și a celei Medicale din Cluj, bolnavilor operați li se vor face examene de control și după părăsirea serviciilor, la intervale de câteva luni spre a se evidenția și înlătura eventualele complicații tardive.

5. O deosebită atenție se va da cancerosilor, care sunt predispuși mai ales pentru complicații post-operatorii precoce și tardive.

Văzută și bună de imprimat.

Decanul Fac. de Medicină :
ss. Prof. Dr. I. DRĂGOIU

Președintele tezei :
ss. Prof. Dr. ALEX. POP



BIBLIOGRAFIE.

- E. E. Lawers* : Introduction á la chirurgie digestiv.
E. Forgue : Précis de pathologie externe.
P. Begouin : Précis de pathologie chirurgicale.
Enciclopedie Medico-Chirurgicale : Estomac—Intestin.
E. Gley : Physiologie (Vol. II.)
N. Hortolomei et Vl. Buřureanu : Chirurgie de l'ulcer gastrique et doudenale.
P. Savy : Traité de therapeutique clinique.
Stern : Therapeutique post-operatoire.
M. Choton - W. Stern : Tactique opératoire gastro-doudenale.
I. Jacobovici : Stomacul. Vol. IV. 1940.
I. Hařieganu-I. Goia : Tratat elementar de Semiologie și patologie medicală Vol. I—II.
F. Lepars : Chirurgie d'urgence.
Gh. Popoviciu : Fiziologie.