

23

Dr. D. G.

TRATAMENTUL CONSERVATIV SI OPERATOR
AL HEMORAGIEI
IN ULCERUL GASTRO-DUODENAL



EP8E

BIBLIOTECA
INSTIT. MEDICO-FARMAC.
CLUJ 3893.
INVENTAR NR.

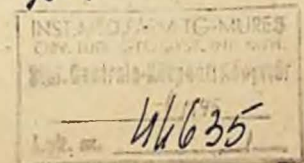
TRATAMENTUL CONSERVATIV ȘI OPERATOR
AL HEMORAGIEI
IN ULCERUL GASTRO-DUODENAL.

Lucrare pentru teza de
Examen de Stat
De Bărbosu Ioan.



28 MAY 2004

3821



8E

În ultimii ani s'au depus eforturi deose-
bite în vederea necontenitei îmbunătățiri a as-
istenței medicale a poporului muncitor din țara
noastră. Una din trăsăturile caracteristice ale
medicinii de azi îl constituie caracterul ei
profilactic-curativ. Sarcina medicului este nu nu-
măi aceea de a vindeca bolile; El trebuie să lupte
pentru a descoperi cauzele și combatând aceste
cauze să reducă cât se poate de mult morbidita-
tea.

Pe linia acestei concepții să ducă și
lupta pentru combaterea hemoragiei în ulcerul
gastric și duodenal.

Dacă boala ulceroasă, prin frecvența ei,
se situează în rândul boalelor sociale / în cli-
nica medicală din Cluj, într-un interval de 12
ani, din 35.000 cazuri internate, ulcerul gastric
și duodenal a fost observat într-un număr de
2.700 cazuri/, de sigur că hemoragia ce apare în
evoluția acestei maladii constituie cea mai frec-
ventă complicație.

Procentajul hemoragiilor survenite în e-
voluția bolii ulceroase diferă în măsură mare
după diferiți autori, dupăcum aceasta reiese din

taloul următor:

Autorul:

Frecvența hemoragiilor:

Abramovici și Turgel	7,68 %.
Bargel și Hartfall	8 %.
Bulavintsev	15,5 %.
Djanalićze	4,2 %.
Enriquez Durant	20 %.
Esery	34,8 %.
Ewald	57,7 %.
Fenvik	75 %.
Flanner	55 %.
Flkel	12 %.
Gr. hardt	47 %.
Goka	20,25 %.
Hearet, Oron, Lionel	31 %.
Leube	46 %.
Moynihan	25 %.
Porlman	11,5 %.
Petrova	20-25 % ulcer gastric și
Regele	27-37 % ulcer duodenal.
Rutemeyer	30-47 %.
Sweig	62 % la bărbați și
	60 % la femei.
	6,5 %.

La aceste diferențe contribuie metodele de investigație, ocupația, nivelul de trai al colectivității din care se recrutează bolnavii respectivi, climatul etc.

În spitalul d. stat Bala-Mare, secția medicală, în cursul anului 1950, din 49 cazuri de ulcer gastric și duodenal internate, hemoragia a fost observată într'un număr de 9 cazuri, care, repartizate după localizare, grupă de vârstă, sex și felul hemoragiei, se prezintă în felul următor:

Locali- zare.	Nr. ca- zuri.	Grupa de vârstă.	Sex.	Felul hemo- ragiei.
gastrie.	3.	38 - 47,	m:2. f:1.	Hematemă:2. Hematemă și melena: 1.
duode- nal.	5.	19 - 54.	m:5.	Melena:4. Hematemă:1.
peptic.	1.	23.	m:1.	Hematemă:1.

În clinica medicală din Cluj, urmărindu-se 2.700 de cazuri de ulcer gastro-duodenal într-o perioadă de 12 ani, hemoragia a fost observată într-un procent de 20,25 % a cazurilor:

ulcer duodenal 19,44 %.
ulcer piloric 20,34 %.
ulcer pe curbură mică 23,50 %.

Alături de hemoragie, celelalte complicațiuni au fost observate în următoarele proporții:

stenoza 10,51 %.
aderențele 8,48 %.
ulcer cancerul 1,70 %.

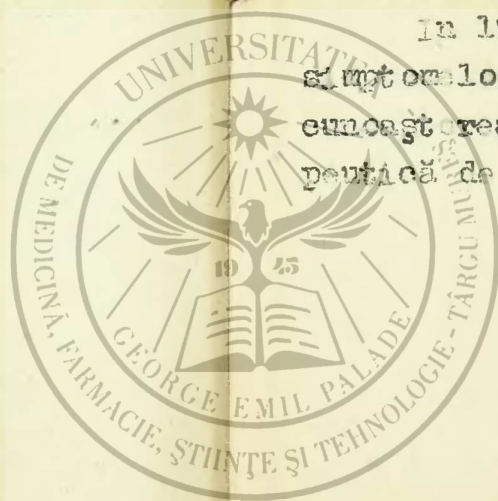
Reiese clar - ca și din statisticile altor autori de altfel - că hemoragia este complicația ce ocupă locul de frunte.

În aceste condițiuni se impune o cunoaștere precisă și amănunțită a simptomatologiei hemoragiei, care poate îmbrăca forme diferite și care din acest motiv, poate duce la interpretări

eronate ce pun și mai mult în primejdie viața bolnavului. Cunoașterea simptomatologiei se impune cu atât mai mult cu cât hemoragia poate să apară în plină sănătate aparentă, constituind primul simptom al bolii ulcerose.

Nu mai cunoscând precis simptomatologia vom putea să institui un tratament corespunzător și să aplicăm o profilaxie eficientă.

În lucrarea de față nu vom insista asupra simptomelor hemoragiei de cât în măsura în care cunoașterea lor poate determina atitudinea terapeutică de urgență.



288

Sintomatologia hemoragiei dă prinde de cantitatea sângelui pierdut, precum și de rapiditatea cu care se produce, și deci în ultima analiză de mărimea vasului lezat.

În fața unui bolnav cu antecedente ulceroase, care la un moment dat prezintă o stare de slăbiciune până la lipotimie și colaps, paleare, extremități reci, puls tahicard și presibil, aritmic, în acest caz diagnosticul de hemoragie se impune. Dacă sângele este eliminat sub formă de hematemă, asupra originii hemoragiei nu există îndoielă. Diagnosticul diferențial în acest caz îl vom face cu hemoragiile gastrice de altă natură, precum și cu hemoptizia, hemoragia faringiană, hemoragia esofagiană, etc.

Nu totdeauna hemoragia gastrică îmbracă această formă; adesea se reduce la melană și anemie hipocromă cu scăderea hemoglobinei la valori sub 50 %, sau chiar 30 %.

După hemoragiile ulceroase adesea se observă o escensiune termică, ce se explică prin resorbția proteinelor sângelui la nivelul intestinului.

După hemoragie, nu rareori se întâlnește

diminuarea sau dispariția durerii, pe care Schmidt o explică prin micșorarea stazei la nivelul mucoselor gastrice bolnave.

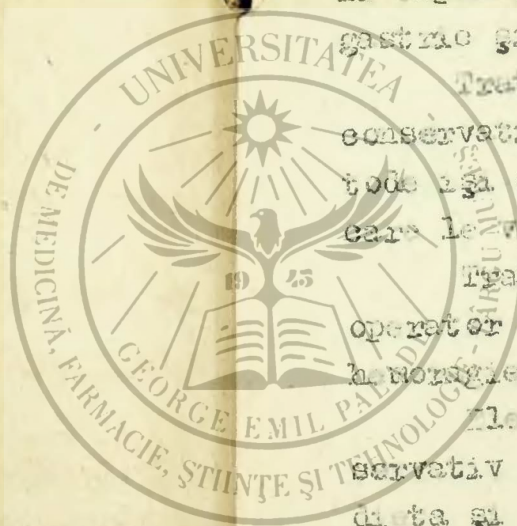
Uneori hemoragia - fie masivă sau ocultă - constituie simptomul revelator al bolii ulcerose, prezentându-se în plină sănătate aparentă.

După aceste cuvinte introductive, treceam la expunerea tratamentului hemoragiei în ulcerul gastric și duodenal.

Tratamentul hemoragiei ulcerose este conservativ și operator. Fiecare din aceste metode are limitele și indicațiile sale, pe care le vom discuta la fiecare capitol în parte.

Tratamentul - atât conservativ cât și operator - diferă după cum ne aflăm în timpul hemoragiei sau în afara ei.

Elementele de bază ale tratamentului conservativ sunt: repaosul, medicația hemostatică, dieta și transfuzia.



Repaosul.

În toate cazurile unde s'a ^{produs} o hematemă sau melenă, vom culca imediat bolnavul în pat, în decubit dorsal, iar pe regiunea epigastrică vom așeza o pungă cu gheață sau un termofor de cauciuc umplut cu apă. Orice mișcare sau conversație vor fi evitate. Repaosul acesta sever va dura două trei zile. Repaosul relativ la pat va fi însă păstrat un timp mult mai îndelungat. Il vom abandona abia după ce vom avea certitudinea că hemoragia a încetat /lipsa hematomezilor și a melenei și negativarea reacției Gregersen/.

Repaosul va fi și neuropsihic, înlăturând toate iritațiile posibile. Calmarul bolnavului, asigurarea unui somn liniștit sunt elemente ce nu trebuiesc neglijate. Barbituricele le vom administra însă sub formă de clismă sau supozitoare ori injecții, pentru a evita calea gastrică.

Trebue de asemenea să fim atenția cuvenită psihicului bolnavului, care adesea este foarte deprimat, mai ales după hematemeze. Pe de altă parte în cazul de hemoragie moderată, mai ales

in absența vărsăturilor cu sânge, bolnavii
nu prea dau atenție scaunelor negre. Autorita-
tea medicului trebuie să convingă în acest caz
pe bolnav de necesitatea unui riguros repaos
la pat.



Medicația hemostatică.

În fața unui caz de hemoragie ulcerasă, va trebui în primul rând să urmărim oprirea hemoragiei pe cale medicamentoasă.

Disponem aici de două grupe de substanțe: stiptice, care măresc coagulabilitatea sângelui; și

medicamente ce produc contracția vaselor, la nivelul stomacului.

Din prima categorie, o primă subgrupă de medicamente produc creșterea fibrinogenului prin așa numita osmoterapie, care aduce în circulație albumine tisulare.

A doua subgrupă o formează sărurile de calciu, iar al treilea grup intervine în formarea fermentilor de coagulare.

Cele mai utilizate substanțe hemostatice sunt: clorura de calciu în soluție hipertonică, administrată intravenos, câte 5-10 ccc. d. două trei ori pe zi. Se poate asocia vitamina C, care favorizează și prelungește acțiunea calciului, având ea însăși un efect hemostatic. La adminis-

trarea clorurii de calciu trebuie să fie prudentă, întrucât ea poate produce vărsături.

Hemosistan, care este un preparat de țesut pulmonar, se administrează 2-3 fiole la nevoie, care se pot repeta. Substanța hemoplastică din extract de pulmon accelerează coagularea sângelui

Claudenul, care produce creșterea fibrinamentului, se administrează tot intramuscular, câte o fiolă a 10 cm. Administrarea lui pe cale orală însă, nu este indicată, dupăcum nu este indicată administrarea perorală a nici unui medicament, căci ar putea provoca excitarea secreției și a motilității gastrice.

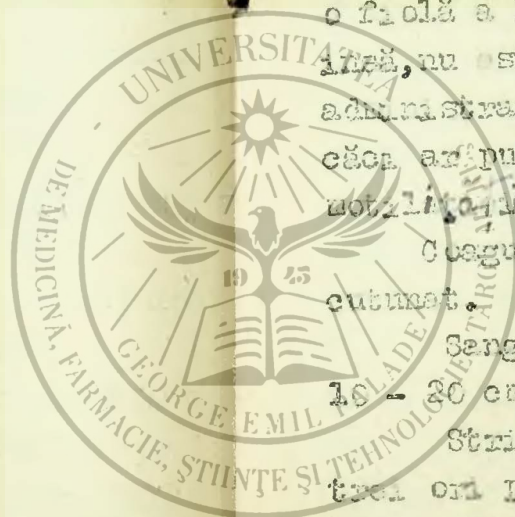
Coagulen administrat intravenos sau subcutanat.

Sangostrop, ing. etii intramusculare câte 10 - 20 cm.

Striplinon, intramuscular, câte 2 cm. d. trei ori pe zi.

Alt mijloc pentru a produce creșterea fibrinogenului este proteino-terapia: injecții cu je-latină, lapte, ser de cal, Novropotin, Kaseozan, etc. În acest caz însă creșterea fibrinogenului se produce numai după câteva ore, de aceea când e necesară o acțiune imediată vom prefera celelalte substanțe.

Tot o creștere a fibrinfermentului se realizează și prin iradierea splinei cu raze X.



Alimentarea.

Pe lângă medicația hemostatică, ce urmărește oprirea hemoragiei pe cale biochimică /mărirea coagulației etc./ sau mecanică /vasoconstricție/, de o importanță tot atât de mare este regimul alimentar la care îl supunem pe bolnavul ulceros ce a prezentat hemoragia gastrică.

Acest regim va trebui să fie cât mai menajant, pentru a face posibilă trombozarea vaselor ce sângerează. Întrucât orice aliment exercită secreția și motilitatea gastrică, singurul regim cu adevărat menajant ar fi suprimarea completă a alimentației. Mulți autori, dintre care Porges, au aplicat cu succes această metodă. Regimul acesta sever este suportat destul de bine de bolnavi și în orice caz este mai în măsură de a preveni o nouă hemoragie, decât alimentația cea mai menajantă.

Pentru combaterea setei, permitem bolnavului să țină în gură bucuțe mici de gheață - fără să le înghită - sau câteva picături de apă luate cu lingua. Tot pentru combaterea setei se recomandă serul fiziologic sau solu-

ția de glucoză 5% sub formă de clisă goutte-
é-goutte 100 - 200 cmc, sau s r fiziologic ad-
ministrat subcutanat, cât 100-200 cmc. Cantități
mai mari nu snt indicate, pentru că pot pro-
duce o ridicare bruscă a tensiunii arteriale,
care ar putea duce la mobilizarea coagurilor
recent formate. Cura de faim se menține până
la decolorarea fecalelor - lucru ce să întâr-
plă de obicei după 24 - 48 ore. In acest moment
dăm o cantitate mică de lapte, amestecat in
părți egale cu ceai. Laptele, pe lângă rolul
nutritiv, mai contribuie la logarea acidului
clorhidric liber, mai ales in caz de normaci-
ditate sau valori mici de hiperaciditate. Dând
din oră in oră câte 200 cmc. lapte, realizăm
acest lucru. Pentru a împied ca coagularea
laptelui, adăugăm 5 gr. citrat de sodiu la un
litru lapte.

In aceste condițiuni cura cu lapte in
ulcerul sângerat recent este pe deplin jus-
tificată. Este însă mai puțin eficace in ulce-
rul duodenal cu hiperaciditate. Dacă după ad-
ministrarea de probă a laptelui ulcerul nu
sângerează, putem să dublăm cantitatea dând
până la trei litri lapte pe zi. Pe urmă dăm de
gase ouă pe zi câte un sfert de litru supă
groasă trecută prin sită, care conține 30 gr.
fructe făinoase și 30 gr. unt. După ce hemoragia

ocultă este absentă mai multe zile la rând, vom trece treptat la regimul obișnuit al ulcerului nesângerând.

Bazați pe observația că moartea în urma hemoragiei ulceroase ar surveni datorită epuizării organismului în urma unui regim de foame sau semifoame și nu datorită pierderii de sânge, unii autori - mai ales Meulengracht - recomandă în ultimii ani ca, din prima zi chiar după hemoragie, bolnavul să fie hrănit cu alimente ce menajază mecanic stomacul, însă sunt hrănitore și variate. Astfel Meulengracht recomandă bolnavilor: carne tocată, pește tocat, zarzavatură fiertă, caș, lapte, unt, supă de zarzavat, fructe, ceai, cacao, pâine albă fără coajă. În același timp prescrie bolnavilor lactat de fier 1,5 gr. pe zi.

Această alimentație contribuie și la diminuarea sucului gastric acid și astfel la o mai deplină vindecare a ulcerului. Meulengracht tratând astfel 273 bolnavi din aceștia au sucombat numai trei. Porges atribuie aceste rezultate bune, bogăției în sare a regimului lui Meulengracht, avantaj pe care regimul obișnuit cu lapte nu-l prezintă; hemoragia gastrică, printre alte neajunsuri, duce la o deperdiție mai mult sau mai puțin importantă de sare, care prin regimul amintit este mai repede

recăstigată de organism. Porges în schimb aduce un aport de sare prin clismă goutte - á - goutte.

Odată cu reluarea alimentării după hemoragie, va fi instituită și alcalinoterapia. Aci se poate adopta procedeul propus de Sippy: la orele cu soț, dăm bolnavului lapte, sau ceai cu lapte, iar la orele fără soț dăm alcaline, astfel încât conținutul gastric este neutralizat la oră în oră în mod alternativ de lapte și de substanțele alcaline.

Dacă, pe lângă tratamentul medicamentos și dietetic instituite, hemoragia nu cedează, va trebui să recurgem la alimentația artificială.

În acest capitol, în primul rând vine în considerare clisma alimentară.

După o prealabilă clismă evacuatoare, se administrează clisma alimentară sub formă de goutte-á-goutte, în ritmul de 100 - 150 cmc. pe oră. O clismă alimentară nu va trece peste cantitatea de 200 cmc. având în vedere hipertensiunea ce poate să o provoace, cu consecințele ei nefavorabile pentru cicatrizare. De asemenea numărul lor nu va trece de trei pe zi. Ca lichid nutritiv putem folosi următoarele prescripții:

1/Soluție izotonică de glucoză: detropur

54, apă ad 1.000; sau.

2/Dextropur 30, vin roșu 300, apă ad 1.000, sau

3/Dextrină 150, alcool 30, Na.Cl.7, apă ad 1.000.

Vom adăuga opt picături de opiu, pentru ca clisma să fie reținută mai bine. Dacă există o stare de iritație a mucoasei rectale, vom aplica în prealabil un supozitor anestezic.

Clisma alimentară are un efect relativ mic, deoarece capacitatea de absorbție a mucoasei rectale nu este prea mare. În afară de aceasta, poate declanșa un peristaltism intestinal viu, care să se repercute și asupra mucoasei gastrice lezate. Din aceste motive nu vom recurge la clisma alimentară decât în cazurile strict indicate. Este evident că ea nu se poate practica decât în serviciu spitalicesc, respectând o severă asepsie.

Pe lângă clisma alimentară să poate aduce un aport de substanțe alimentare și pe cale subcutană sau intravenoasă. Se injectează în fiecare coapsă câte 500 cmc. de soluție 5,4 % sterilă de dextropur, sau glucoză izotonă sau hipertonică, intravenos, maximum 1.000 cmc.

În ulcerile cu tendință la hemoragii repetate, pentru a obține un repaos cât mai

complet al mucasei gastrice, în ultimii ani s'au făcut încercări de a se introduce pe nas o sondă duodenală, urmând ca bolnavul să fie hrănit câteva săptămâni în mod artificial, evitând calea gastricii. Compoziția regimului, conținând cam 2.000 calorii, ar fi următoarea:

1 1/4 litru lapte;

6 ouă, 50 gr. unt, 3 gr. făină de grâu, 70 gr.

de zahăr, zeamă unei jumătăți de lădă.

Aceste alimente sunt preparate, apoi se împart în cinci porții, la fiecare porție adăugându-se opt cuc. acid clorhidric diluat și zece picături soluție de pepsină, ținându-se o oră la temperatura la 37 grade, pentru digestia artificială, care înlocuiește digestia stomacală. Înainte de administrare se adaugă fiecărei porții șase tablete de pancreas-dispert și 10 gr. bicarbonat de sodiu, apoi se trece prin sită și se introduce încet în sondă. Alimentația trebuie să aibă cel puțin 37 grade temperatură, altfel produce diaree.

Acasta ultimă metodă n'a prea intrat în practică, avându-se în vedere greutatea tehnică.

Transfuzia de sânge.

Un loc de frunte în tratamentul conservativ a hemoragiilor ulceroase, îl ocupă transfuzia de sânge. Pe lângă faptul că substituie în parte sângele pierdut, are și un efect hemostatic de primă importanță.

Pentru sângelui recent, transfuzia se practică la început în doze mici hemostatice, de 100-200 cmc. Dozele mai mari în primele zile nu sunt indicate, deoarece prin diluarea temperaturii, pot provoca o hemoragie mai abundentă. Transfuzia nu trebuie ardeată, ea trebuie filtrată, și este posibil, chiar la începutul hemoragiei.

După un interval mai mare de timp, când hemoragia a cedat, se pot administra dozele de sânge administrate, pentru a combate anemia posthemoragică.

Dozele mari de sânge se mai practică de către chirurgi în cazuri de intervenții chirurgicale pentru hemoragii gastrice.

În ultimul vreme, în loc de transfuzie cu sânge total, se practică transfuzia de plasă în doze mici.

În legătură cu transfuzia trebuie să amintim că această metodă a fost începută de unii autori și în tratamentul ulcerului peptic, în scop de decongestionare. Astfel Flourens, basându-se pe teoria alergiilor a originii ulcerului, au recomandat un timp hemotransfuzia, iar în scopul așa zisei teraputicii de geohemotransfuzia.



Alte metode de tratament

conservativ.

Pe lângă ce s-au putut metode, care constituiesc elementele de bază ale terapiei conservative în ulcerul sângerând, mai există și alte mijloace, care deși nu se adresează direct hemoragiei ulcerose, prin aplicarea lor în tratamentul general al ulcerului influențează și hemoragia.

Proteinoterapia, stimulând capacitatea de regenerare a suprafeței ulcerose - prin reacția de focar ce o produce la nivelul ulcerului - accelerează vindecarea bolii ulcerose.

Goia, urmărind efectul proteinoterapiei asupra a lor 43 cazuri de ulcer cu hemoragii oculte, a găsit la trecerea la tratamentul, 27 cazuri cu reacția Gregersen negativă, în restul de 26 rămânând pozitivă. Din aceste din urmă însă, 10 cazuri s-au internat în clinică cu hematemă și melenă abundentă, iar tratamentul li s-a început deja după 4-5 zile de la internare.

Proteinoterapia produce o creștere a fibrinogenului, dar abia după câteva ore de la ad-

ministrare, deaceia nu se recomandă utilizarea ei în scop hemostatic în caz de hemoragii mari. În schimb efectele ei sunt bune în hemoragiile mici și repetate.

Substanțele proteice care se protează mai bine la acest tratament sunt: actoprotina, laptele degresat și sterilizat. În schimb vaccinourina poate să producă vărsături sanghinolente chiar și la persoane ce nu prezintă nici o suferință gastrică. Se pare că și novoprotina ar avea un efect similar, ceea ce ar explica accidentele relatate de unii autori.

Dacă numeroasele teorii ce încearcă să explice producerea ulcerului gastric și duodenal sunt diferite și contradictorii, în schimb toți autorii recunosc importanța capitală a diminuării vitalității mucoasei gastrice.

În diminuarea vitalității mucoasei gastrice colaborează și infecțiile de focar, care produc în sistemul nervos al stomacului alterații istologice ce se manifestă prin infiltrații de celule rotunde, care produc neurite și ganglionite. Aceste procese intramurale determină la rândul lor vasoconstricție sau chiar obstrucție a vaselor sanghine. Deasemenea se produc tulburări și în secreția și motilitatea gastrică. Toate aceste modificări anatomice și funcționale pot duce la formarea ulcerului.

Este deci evident rolul asanării focarelor
în terapia salaftei ulceroase.

Focarele dentare și angigale vor fi în
primul rând în considerare și sunt mai rar cele
apendiculare sau veziculare.

În cazuri de ulceroși sfârșind însă, această
asanare să se facă cu multă prudență, în afara
hemoragiilor mari, după un prealabil tratament
hemostatic sau rol preventiv și sub protecția
antisepticilor, pentru a împiedica dezvoltarea
de septicemii postoperatorii cu eventuale lăce-
sări secundare / pe endocard, vasele periferi-
ce etc. / care ar putea agrava evoluția bolii ul-
ceroase și a hemoragiilor gastrice însoțite.



Combaterea fenomenelor secundare
hemoragiei.

Hemoragia gastrică se însoțește de fenomene secundare imediate sau tardive, care trebuie combătute.

Astfel, în caz de hemoragie mare însoțită de hipotimie sau colaps, aceste stări vor fi combătute prin administrarea de analeptice pe cale parenterală /pentru a evita calea gastrică/. Cu analepticele vom fi însă prudenți, evitând pe acelea care ar putea provoca o ascensiune bruscă a tensiunii arteriale, cu consecințele ei nefavorabile pentru evoluția hemoragiei.

Alte mijloace urmărit se calmarea bolnavului. Este de dorit ca bolnavul să stea cât mai imobil după hemoragie. Întrucât acest lucru e greu de realizat în practică, vom recurge la un somnifer pe care îl dăm sub formă de supozitor sau în clisură goutte-à-goutte, pentru a evita în acest fel calea gastrică.

Dealtfel, somnoterapia prin barbiturice, este o metodă nouă pe care autorii sovietici au aplicat-o cu mult succes în terapia maladiei ule roase necomplicate.

Morfina nu este indicată, întrucât poate produce vărsături.

Dealtfel calmante ale durerii nu prea sunt necesare, deoarece după hemoragii mari indesebi, durerile încetează în mod spontan.

O altă problemă este combaterea anemiei secundare posthemoragice. Anemia este de tip hipocrom pronunțat. Pe lângă scăderea globală a numărului hematiilor, avem o diminuare a hemoglobinei la valori sub 50 % sau chiar 30 %.

Pe lângă transfuzie, care ocupă primul loc și care în afară de hemoragie se poate practica în doze mai mari decât cele hemostatice, vom utiliza întregul arsenal terapeutic ce ne stă la dispoziție.

Anemia de tip hipocrom necesită în primul rând preparate de fier. Vom administra: Ferocupar, sub formă de tablete, câte 2 de trei ori pe zi. O tabletă conține fier clorat în cantitate de 5 centigrame, care mărește numărul globulelor roșii și cantitatea de hemoglobină. Mai conține extract hepatic în cantitate de 0,25 gr pe tabletă, care are o acțiune foarte intensă de stimulare a hematopoezei.

Acțiune asemănătoare are și Anemovitul, sub formă de sirop, sau Vinul Tonic C.F.

Pentru stimularea și mai accentuată a hematopoezei, vom administra sub formă de injecții, preparate de ficat: Hepar sau Neohepar - acesta din urmă având și un conținut bogat în vitamina C

În afară de acestea, vom administra în mod preventiv hemostatice pentru a preveni apariția producerii unei noi hemoragii generatoare de anemie. Clorura de calciu, vitamina C și vitamina K sunt primele care vin în considerare.



Tratamentul operator.

Dacă gastrogiiile ulcerose mici și moderate se vindecă de obicei prin repaus la pat, medicație hemostatică și regim dietetic, în hemoragiile mari și repetate, va trebui în schimb să recurgem adeseori la intervenția chirurgicală, alegând în acest caz metoda cea mai simplă, mai rapidă și mai puțin șocantă.

În punerea indicației, va trebui să luăm în considerare și vârsta, condiția fizică, starea cordului și a plămânilor.

Hemoragiile mari repetate sau chiar minime, mai ales la un bolnav peste 50 de ani, vor constitui prima indicație pentru tratamentul chirurgical. Bolnavul va fi transpus la chirurgie numai după ce starea generală s-a îndreaptă. Vârsta aceasta constituie o indicație atât pentru prudența ce o reprezintă poliscleriza vârstei de 50 de ani în repetarea hemoragiilor, precum și pentru pericolul malignizării.

Intervenția chirurgicală întâmpină de fapt o serie de dificultăți destul de mari. În

primul rând nu trebuie să uităm că avem de a face cu un bolnav epuizat, anemiat, care suportă cu greu actul operator. Din acest motiv, intervenția dă un procent de mortalitate destul de ridicat.

Pe lângă aceasta, intervenția chirurgicală își are rostul numai când hemoragia e provocată de o leziune organică a țesuturilor datorită ulcerului și nu e de natură prînchimotoasă. /După Petrova, doar 50 % din hemoragiile gastrice sunt provocate de ulcerul rotund/. Intervenția într-o hemoragie prînchimotoasă poate agrava situația. Deci se impune o separare riguroasă a cazurilor repartizate pentru intervenție.

Chiar în hemoragiile de origine sigur ulcerose, chirurgul nu poate descoperi întotdeauna locul de origină a hemoragiei. Dealtfel intervenția operatorie - rezecția gastrică, singura metodă ce poate preveni o nouă hemoragie - este riscantă pentru bolnav.

Acești factori, împreună cu mortalitatea relativ mică după tratament conservativ, explică divergențele dintre diferiți chirurghi cu privire la indicațiile intervenției chirurgicale în hemoragia gastro-duodenală.

Există un mic grup de chirurghi, în frunte cu Finsterer, care recomandă intervenția de urgență după prima hemoragie gravă. După Finsterer, intervenția precoce dă o mortalitate de 5 %

față de 10 % dată de tratamentul conservativ, iar cazurile operate după 48 ore, dau un procentaj de 30 % letalitate.

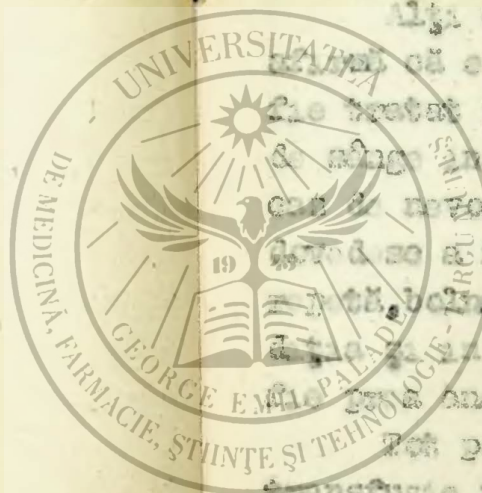
Mortalitatea după intervenție de urgență e dată de intensitatea hemoragiei, precum și de durata anemiei acute consecutive, care provoacă modificări importante în parenchima și țesuturile și organilor.

Alți chirurgi, ca Zabludovsky și Abramson, afirmă că e mai prudent ca un astfel de caz să fie tratat prin metode conservative - transfuzie și sânge și dovezi hemostatice, și poate în caz de necesitate - și numai dacă transfuziile se dovedesc a fi fără efect și hemoragiile se înmulțesc, bolnavul să fie supus intervenției. Conform acestor autori, este ca bolnavul să nu se arunce în viață.

Pentru tratamentul conservativ prin transfuzie plus celalte metode și numai în caz de necesitate pentru intervenție, sunt și Hoberer, Djendjidaș, Socolev, Derzov, Babainov etc.

Dacă rezultatele bune obținute prin cura substanțelor recomandată de Kaulengrădsk se vor confirma și de alți autori, de sigur că indicațiile pentru tratament operator se vor restrânge în viitor.

Ca totuși alt aspect al problemei indicației tratamentului chirurgical când bolnavul este



deja remontan. Operația "la rece" nu diferă de operația cazurilor n complicate ale mlației ulcerose. Hemoragiile ce se repetă sunt un indiciu important ce ne hotărăște pentru intervenție.

Djanelidze, Judin, sunt de părere că toate cazurile de hemoragie gastrică gravă, sau de hemoragie duodenală, să fie transpuse la chirurgie. Aceasta indicație este acceptabilă, cu condiția ca transportul să se facă în bune condițiuni, cu cea mai mare grijă, să nu fie pericol pentru bolnav, pentru a nu avea consecințe nefavorabile asupra hemoragiei. Hurst, Czern, și Lord, arată în urma tratamentului spitalicesc, o mortalitate de 4,8 %, iar la bolnavii tratați la domiciliu numai 2,6 %. Procentul mai ridicat de mortalitate în spital, Hinkel îl atribuie transportului.

Până a subaprecia folosirea tratamentului chirurgical, vom indica această terapie cu prudență, după o justă examinare a avantajilor și dezavantajilor ce ar putea să ne dea intervenția raportată la fiecare caz în parte. Va trebui deci să individualizăm de la caz la caz, să nu aplicăm rigid aceste principii. În orice caz, ulcerul sângeros, constituit în toate cazurile o indicație relativă pentru tratamentul operator.

Metoda de elecție este rezecția - singura capabilă să îndepărteze focarul hemoragic.

Rezecția - gastroduodenotomia - este o

operație radicală ce constă în îndepărtarea zonei ulceroase a stomacului, exclusiv a ulcerului, deci și a focarului hemoragic și realizarea unei anastomoze între bontul stomacal și prima ansă jejunală, sau între stomac și duoden. Prin

îndepărtarea zonei antrale, se îndepărtează și porțiunea din stomac ce produce secreția. În acest fel e diminuată și secreția clorhidro-peptică.

După felul în care se realizează

anastomoză între bontul stomacal și ansa jejunală sau duoden, deosebim următoarele tipuri de anastomoză:

1/ Anastomoză gastro-duodenală termino-terminală /procedul Péan și Ralston 1/.

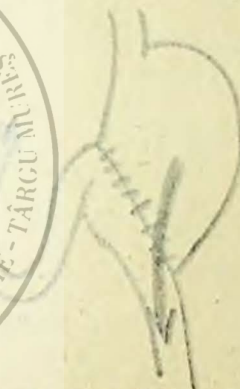
2/ Anastomoză gastro-jejunală latero-late-



rală, când după rezecție să închide atât bontul
duodenal, cât și tranga
gastriei. /Procedul
Bilroth II./

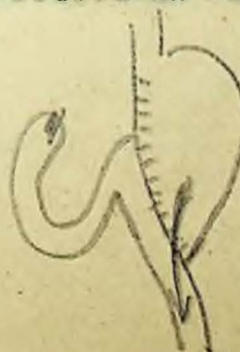


3/ Anastomoză gastrojejunală terminolater-
ală, /procedul Ri-
chal-Polya/; se sutu-
rează întreaga linie
de rezecție stomacală
la gura de anastomoză
creată în ansa jejun-
ală.



O variantă a acestui procedu este:

4/Procedul Hoffmaster - Finsterer: Numi
o porțiune din linie
de rezecție gastrică
se suturează la gura
jejunală, restul liniei
înghițându-se prin
sutură.

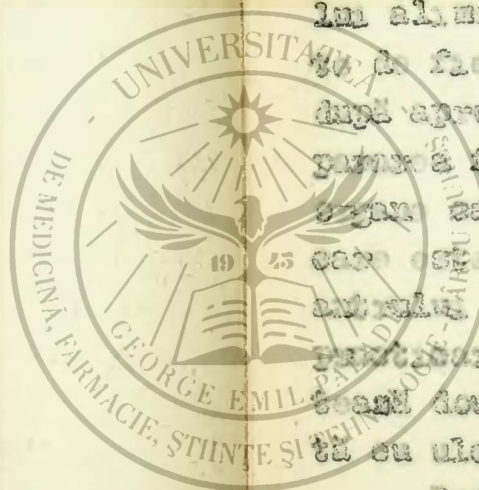


Argumentele împotriva gastrectomiei în g. noal ar fi: hemoragiile imediate, p. ritate prin desfacerea suturilor, perigastrite și mesocolite, tulburări anemice, ulc. p. ptic.

Ac. st. nuajunau s. pot mltura printr' o tehnică corectă și bin. pusă la punct. An. ma. postoperatorie, prin lipsa h. m. p. t. n. e. și a acidului clorhidric - care este solvantul fierului alimentar - poate fi combătută prin prepararea de fier, ficat și acid clorhidric. Dealtfel, după aproximativ doi ani d. la intervenție pre-p. r. a. factorului Castle e prelucrat d. alte org. n. e. : ficat, duoden, rinichi. Ulcerul p. ptic, care este atribuit unei rez. c. i. e. l. m. t. e. al. ant. m. l. și pilorului, s. pot pr. veni prin p. r. t. a. d. gastrectomii largi care îndepărtează două treimi din stomac și care m. d. c. e. o. d. t. e. cu ulcerul și r. g. a. n. e. a. t. i. n. e. d. e. g. a. s. t. r. i. t. e.

Dacă avem d. a. face cu un bolnav d. b. i. l. i. t. e. și când intervenția nu constă în o. m. d. o. s. c. i. e. de urgență se poate practica intervenția în doi timpuri: în primul timp se face o gastro-entero-anastomoză, iar după șase săptăm. n. i. se face rezecția.

Un factor important al vindecării este tratamentul igienico-dietetic postoperator; când regimul este îngrijit respectat, se evită recidivele bolii ulceroase.



Profilaxia.

Profilaxia hemoragiei ulcerose se confundă până la un punct cu profilaxia boalei ulcerose însăși. Primul punct al luptei antiulcerose îl constituie alimentația rațională.

În U.R.S.S., datorită dezvoltării largi a rețelei pentru alimentarea publică, sunt create posibilități favorabile în vederea profilaxiei pe linia alimentației raționale.

De altă parte, pătrunderea în masele muncitorești a cunoștințelor de alimentare rațională, cu respectarea unui regim corect, este un factor important de prevenire a boalei ulcerose.

În trebură trecută cu vederea marea importanță ce o are un regim regulat de alimentare.

Azi, în urma lucrărilor lui Flekel, Silberman, Buchner, este cunoscut faptul că sucul gastric activ ce se produce pe stomacul gol, este un iritant al mucoasei gastrice și condiționează - fapt constatat și experimental de altfel - dezvoltarea unei gastrite peptice - erozive de obicei - care după o acțiune mai îndelungată și repetată a sucului gastric, poate duce la apariția ulcerului.

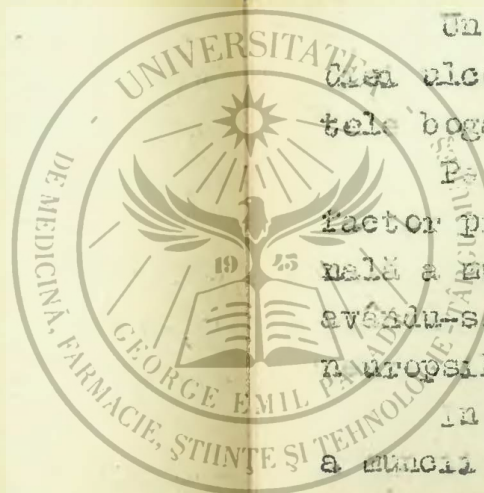
Sintetizând aceste date cu observațiunile școlii lui Pavlov, după care aparatul secretor al stomacului este supus legilor reflexelor condiționale, se ajunge la concluzia că lipsa alimentării la anumite ore - în perioada activității condiționale - când se produce esecția, poate avea o influență mare asupra evoluției bolii ulceroase.

Un rol pozitiv în sensul profilaxiei malariei ulceroase îl constituie de sigur și alimentele bogate în vitamina C.

Pe de altă parte este evident rolul de factor profilactic ce-l joacă organizarea rațională a muncii, condițiile de viață mai bună, avându-se în vedere rolul nociv al iritațiilor neuropsichice repetate.

În această privință măsurile de protecție a muncii - în U.R.S.S. ca și în țara noastră - instituțiile culturale cu scop recreativ, rețeaua de sanatorii și case de odihnă, care deservesc masele largi ale celor ce muncesc, organizarea rațională ale condițiilor de viață, cultură fizică, lupta contra fumatului exagerat și contra alcoolismului, toate acestea au o importanță profilactică de primul ordin.

Este deosebit de important tratamentul profilactic în stadiul "preulceros". Autorul so-



viatic Luria spune: "Ulcerul trebuie tratat prin dietă, fără să mai aşteptăm dovezi că există". În acest sens, autorul citat preconizează înfiinţarea unei celeule speciale dietetice în fiecare cantină d. fabrică, pentru persoanele ce reprezintă tulburări periodice gastrice, sau pentru cei ce au o anamneză suspectă, cunoscând că factorul eredo-constatutjonal e baza pe care, sub influenţa factorilor extremi, evoluează mlađa ulcerosă.

Evident că, organizând pe astfel de baze solide profilaxia maladiei ulcerose, se ajunge rapid la scăderea considerabilă a cazurilor de hemoragie ulcerose.

Cu totul alt aspect ia problema urmării unui bolnav ulceros, care a prezentat deja o hemoragie gastrică. Acest bolnav, odată restabilit după pierderea de sânge, fie că i s'a aplicat un tratament medicamentos, sau chirurgical, în afară de faptul că trebuie plasat într'o muncă mai uşoară, trebuie urmărit şi după ce părăseşte spitalul, la locul de muncă şi la domiciliu.

Ideal ar fi ca un anumit bolnav să poată fi sub observaţia aceluiaşi medic, sub a cărui tratament s-a aflat şi în spital. Ori aceasta să poată realiza, în condiţiuni optime, în sistemul de spital unificat cu policlinica şi cu circum-

scriptia sanitară urbană, sistem care începe deja să fie aplicat în țara noastră - după modelul Uniunii Sovietice - deocamdată în mediul urban.

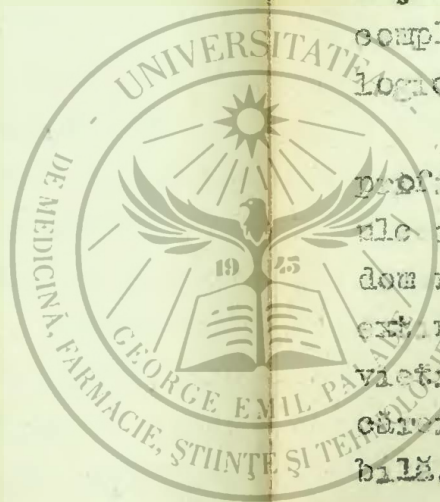
În acest sistem - care a dat rezultate foarte bune în Uniunea Sovietică - toți medicii specializați în boli interne lucrează o parte din normă în spital și o altă parte în policlinică sau în circumscripție. În felul acesta un bolnav care se prezintă la consultațiile policlinicii pentru o hemoragie de exemplu, va fi internat în spital, unde se va afla sub supravegherea aceluiași medic, care l-a examinat la policlinică. Tot în spital, medicul circumscripției în reza căruia domiciliază bolnavul - și care totodată lucrează în secția de boli interne - va lua cunoștință de suferința bolnavului, respectiv și va avea posibilitatea să-l urmărească și după ce părăsește spitalul, la domiciliu sau la locul de muncă.

În felul acesta, se realizează aplicarea principiului urmăririi bolnavului, în condițiuni optime. Medicul de circumscripție este astfel medicul familiei, care lucrează și în spital și pe teren, urmărind pe bolnav și familia sa în mediul în care acesta trăiește. Astfel reușește mai bine să urmărească manifestările bolii și urmările ei.

Medicii acestui nou tip de instituție medicală sunt conduși spre același țel: îngrădirea la timp și eficace a bolnavilor prin metode organizatorice unitare. În această direcție se preconizează un sistem de fișe, care se conțină în ansamblu antecedentele bolnavului, patologia lui, relațiile cu mediul fizic extern. Se obține deci, datorită acelor fișe, un document complet al evoluției diverselor procese patologice din viața bolnavului.

Aplicând principiul unificării curative - profilactice în domeniul combaterei bolilor născute și a complicațiilor sale, ca și în domeniul combaterei tuturor afecțiunilor cu extindere în masă, ne apropiem de structura sovietică a luptei pentru sănătatea publică, a cărei eficiență în acest domeniu este remarcabilă.

Atitudinea față de omul bolnav să schimbe și ea radical: ea este în concordanță cu principiul conform căruia cel mai prețios dintre capitaluri este omul.



Concluziuni.

Hemoregia constituie cea mai frecventă complicație ce survine în evoluția ulcerului gastro-duodenal.

Pentru o cât mai eficace combatere a acestei complicațiuni se impune o acțiune profilactică intensă, care cuprinde de fapt și profilaxia marelui ulceros înseși.

Hemoregia odată instalată, necesită o terapie igienico-dietetică, medicamentasă și eventual chirurgicală, cât mai seroasă.

Bolnavul ce a prezentat deja o hemoragie ulceroasă, trebuie urmărit și după ce părăsește spitalul - la locul de muncă și în familie.

Îmbinarea activității curativo-profilactice în domeniul combaterii hemoregiei ulceroase va fi realizat cu succes în sistemul de spital unificat cu policlinica și circumscripția urbană, sistem care începe să fie aplicat în țara noastră.

Bibliografie.

1. M. Flökel: Maladia ulceroasă.
1. Goia: Considerațiuni clinice și terapeutice asupra ulcerului gastric și duodenal an legătură cu 2.700 de cazuri.
1. Goia: Tratatamentul ulcerului gastric și duodenal prin injecții parenterale de proteine.
Heșieganu - Goia: Tratat elementar d. semnologie și patologie medicală. Vol. II.
M. Heupke: Dietetica.
A. Nana: Curs de chirurgie. Vol. II.
C. Porces: Bolile stomacului.
I. Turai: Urgențele medico-chirurgicale.

