

ULCERUL GASTRO-DUODENAL PERFORAT IN CEI ZECE ANI DE ACTIVITATE A CLINICII NOASTRE

Szombathelyi L., Egető B., Bibő S

Cea mai gravă complicație a ulcerelor gastro-duodenale o constituie perforația. Prin gravitatea ei excepțională, perforația liberă interesează nu numai pe chirurgi ci deopotrivă, atât pe medicii interniști cit și pe medicii practicieni, deoarece soarta bolnavului se află, în primul rând, în mîna acestora din urmă. Cei mai mulți bolnavi pot fi salvați dacă li se stabilește la timp diagnosticul just și dacă sînt imediat transportați la o secție de chirurgical, aceasta fiind obligația medicului curant.

După Adamovici, perforația survine la 10—15% din numărul total al bolnavilor de ulcer. Ea este mai frecventă între 20—40 de ani, dar se constată la toate vîrstele, începînd cu sugarii pînă la bătrîni de 80 de ani. E mai frecventă la bărbați decît la femei (datele noastre indică 169 bărbați și numai 8 femei).

Între 1945—1955, în clinica noastră am avut 169 cazuri de ulcer perforat. Repartizarea după vîrstă se prezintă astfel: între 15—20 ani 8 cazuri; între 21—30 ani 45 de cazuri; între 31—40 ani 41 de cazuri; între 41—50 ani 40 de cazuri; între 51—60 ani 22 de cazuri; între 61—80 ani 12 cazuri.

Etiologia și patomecanismul perforației au dat naștere la multe discuții. Unii, privind problema dintr-un punct de vedere

strict localicist, au acordat importanță numai anumitor factori determinanți și favorizanți (ca de ex. traumatismele, dilatațiile pronunțate ale stomacului, starea lui de plenitudine). Acesta era o părere eronată. Problema nu poate fi abordată în mod just decît în lumina concepției cortico-viscerale. Maladia ulceroasă este consecința acțiunii de ansamblu a excitațiilor externe și interne care influențează organismul, iar „începutul bolii” poate fi pus în corelație cu disfuncția scoarței cerebrale. Ulcerele gastroduodenale apar sub acțiunea continuă și de lungă durată a impulsurilor care își au originea în centri nervoși. Această acțiune provoacă contracțiuni spasmodice atît în pereții cit și în arterele organelor respective, fapt care e însoțit de o perturbație trofică generală a celulelor și a țesuturilor. Prin aceasta se micșorează capacitatea de rezistență a mucoasei gastro-duodenale față de acțiunea sucului gastric. Aceasta ar fi forma incipientă a maladii ulceroase, care ar corespunde fazei fiziopatologice (neurotice) descrisă de *Virokovskaia*, fază în care bolnavul prezintă simptome tipice de ulcer, fără ca examenul să poată descoperi leziuni histo-patologice obiective. Dezvoltarea ulterioară a maladii este determinată de faptul că din organul bolnav pornesc spre scoarța cerebrală

impulsuri noi, accentuate în mod patologic. În felul acesta, se stabilește un cerc vicios care grăbește din ce în ce mai mult evoluția stării morbide. Trecem așa dar, din faza fiziopatologică neurotică în faza clară a alterării anatomice cînd leziunea ulcerosă se poate observa atît macroscopic cît și microscopic. Stimulii interocceptivi pot să producă perturbații în funcțiunea scoarței și din cauza îmbolnăvirii altui organ, îndeosebi a apendicelui (așa se explică apariția ulcerelor ca urmare a altor afecțiuni abdominale).

Evident, perturbațiile în funcțiunea sistemului nervos central pot fi provocate nu numai de interocceptori ci și de exteroceptorii care acționează permanent asupra organismului. Aici trebuie subliniată importanța primordială a acțiunilor mediului extern. Din acest punct de vedere, trebuie să acordăm a atenție specială condițiilor de viață și de muncă ale bolnavului, alimentației sale, traumatismelor abdominale, contracțiunilor stomacului gol ș.a.m.d. Consumarea spirituoaselor concentrate, fumatul excesiv, alimentația abundentă — sînt tot alți factori care, prin intermediul sistemului nervos, au un efect dăunător. Din nenorocire nu avem încă la dispoziție un mijloc atît de perfecționat cît să putem stabili cu precizie extinderea în adîncime a ulcerăției; de aceea nu știm cît timp e necesar pentru ca cel mai profund punct al leziunii să ajungă la nivelul seroasei și să se producă perforația. În orice caz, în viitor trebuie să ne preocupăm din ce în ce mai mult atît introducerea unor noi metode de examinare cît și perfecționarea celor vechi (gastroscopia, gastrofotograma etc). Acesta este motivul care ne-a determinat ca la efectuarea examenului clinic să acordăm o atenție deosebită influențelor mediului extern: ocupația bolnavului, nivelul lui de trai, dacă provine din mediu rural sau urban, dacă activitatea sa profesională e fizică sau intelectuală. În materialul nostru clinic se constată 101 bolnavi provenind din mediu rural și numai 68 din mediu urban. Potrivit profesiunii lor am constatat: agricultori 86; muncitori industriali 46; muncitori intelectuali 21, diverși 16. Cercetînd bolnavii după condițiile lor de viață, am obținut următoarele date: 49 în condiții de viață foarte bune; 11 în condiții mijlocii, iar

109 în condiții precare. Analizînd mai îndeaproape cauzele, am constatat că din categoria acestor bolnavi fac parte tîrănii care se alimentează în mod neregulat (1—2 mese pe zi, sau o singură mîncare în cantitate exagerată). Tîrănii nu arată destulă grijă față de modul în care se alimentează. Mîncîcă neregulat, după cum le permite munca, alimentația lor nu e variată și se compune îndeosebi din mîncări uscate; pe lingă aceasta îndeletnicirea lor implică eforturi fizice și, desigur în asemenea împrejurări, traumatismele care afectează peretele abdominal sînt mai frecvente. La muncitorii industriali, eforturile fizice constituie un factor favorizant. Notăm că boala este mai frecventă printre muncitorii necalificați, al căror cîștig este mai scăzut. Prin înșăși semnificația lor, datele acestea ne dau răspunsul la una din problemele principale: ele pun în lumină importanța măsurilor preventive.

În cele mai multe cazuri, cauza directă a perforației a fost munca fizică (70 de cazuri), urmează apoi perforația survenită ca o consecință a alimentației abundente (39 de cazuri), în proporție egală deși într-un număr mic, figurează beția, examinările medicale, purgațiile, traumatismele etc. Interesant este că în 27 de cazuri perforația a survenit în condiții de perfectă liniște. Potrivit datelor din literatură, la 1/3 din bolnavi, perforația a constituit primul simptom al ulcerului. Perforațiile au apărut cu predilecție între orele 16—20. Tabelul de mai jos ilustrează timpul anamnezei și localizarea ulcerului:

Anamnează	Stomac	Pilor	Duoden
asimptomatice	20	12	18
De la 1 săpt.—6 luni	9	7	8
De la 6 luni—2 ani	17	8	11
De la 2 ani—5 ani	11	7	5
Peste 5 ani	11	13	12
Total	68	47	54

În caz de perforație, dacă nu intervenim la timp, cei mai mulți bolnavi decedează din cauza peritonitei generalizate. Soarta bolnavului depinde de intervalul de timp care se scurge de la apariția perforației pînă la executarea interven-

ției chirurgicale Coeficientul de mortalitate crește proporțional cu numărul orelor care se constată din momentul în care s-a produs perforația.

În cadrul articoului nostru nu intenționăm să ne acupăm cu simptomatologia patologică a acestei maladii și nici cu diagnosticul diferențial al ei, ci numai cu modalitățile de a o trata. Tratamentul ulcerelor gastro-duodenale nu poate fi decât chirurgical; rezultatele acestei modalități sînt cu atât mai bune cu cît ea se aplică mai repede. Recent, ca procedeu conservativ, se aplică sonda *Taylor*. În clinica noastră, nu l-am aplicat niciodată deoarece nu l-am considerat oportun, din moment ce nu suprimă cauzele primare care determină apariția tabloului clinic.

La fel ca și în alte boli, și în cazul ulcerelor gastro-duodenale perforate, necesitatea intervenției chirurgicale, este condiționată de aprecierea situației la flecare bolnav în parte. Nu se poate și nu e permis să procedăm rigid, ci trebuie să stabilim printr-un discernămint critic, de la caz la caz, procedeul chirurgical pe care urmează să-l aplicăm. Am folosit de preferință anestezia locală, care, în cazul rezecțiilor, a fost completată cu anestezia Braun. Metodele operatorii pe care le-am folosit au fost următoarele:

a) infundarea ulcerăției cu ajutorul suturilor simple;

b) infundarea ulcerăției cu plastie de epiplon pe regiunea perforată;

c) operația lui *Neumann*, în cazul ulcerelor caloase, cînd în deschiderea perforăției am introdus un cateter pe care l-am înconjurat cu epiplon;

d) operația lui *Oppel*, cînd în deschiderea perforăției am introdus un dop epiploic (cu deschiderea acestei operații modificate de noi și cu analiza rezultatelor pe care le-am obținut, ne vom ocupa într-un alt articol);

e) G.E.A. este a metodă pe care azi puțini o mai folosesc, deoarece predisune la ulcere peptice. Aplicarea ei e indicată numai atunci dacă prin suturarea perforăției, lumenul duodenal se îngustează prea mult.

f) Rezecția — rămîne teoretic cea mai ideală soluție, deoarece prin ea se înlătură concomitent atît maladia ulceroasă cît și grava complicație a acesteia, perforația

Tabelul de mai jos prezintă, pe baza materialului nostru clinic, rezultatele pe care le-am obținut prin aplicarea diferitelor metode, cu indicarea numărului de ore ce s-au scurs de la apariția perforăției pînă la executarea intervenției chirurgicale:

Nr. orelor	Sutura	Sutura dren.	Neumann	Oppel	Sut. G. E. A.	Reza.	Vindecări	Decedări
1-2	6	2	—	—	—	8	16	0
2-3	6	—	1	0	—	8	15	0
3-6	14	2	0	1	1	5	21	2
6-12	22	4	—	—	—	4	29	1
12-24	26	5	1	3	1	5	37	4
24-48	18	5	—	—	—	3	21	6
Peste 48	10	5	1	1	—	—	12	5

Dupa sutură au decedat 17 bolnavi, adică 10,3%. După rezecție, a decedat un singur bolnav, adică 3,3%.

Dupa unii autori, mortalitatea variază între 6—45%.

Studiind cazurile de deces, am constatat că cele mai multe (12) au fost provocate de insuficiența cardiacă ce a survenit ca urmare a peritonitei difuze 4 cazuri s-au produs în urma bronhopneumoniei, 1 caz în urma abcesului subdiafragmatic și unul în urma resecției posthemoragice. Notăm că din 18 cazuri de deces 9 s-au produs atunci cînd intervenția chirurgicală a fost executată după 3—10 zile de la apariția perforăției.

În concluzie: în lumina materialului de mai sus am analizat factorii care provoacă și favorizează apariția ulcerelor gastro-duodenale perforate. Paralel, am prelucrat datele materialului clinicii noastre referitoare la aceasta problemă. Nu ne-am ocupat de rezultatele tardive ale intervențiilor, deoarece acestea, în ceea ce privește cazurile de rezecție, sînt în deplină concordanță cu rezultatele tratamentului chirurgical al ulcerului. Pe fiecare bolnav vindecat cu ajutorul procedeelor conservative, l-am chemat din nou după șase luni, pentru a aplica metoda radicală a operației. După părerea noastră rezecția este cea mai indicată metodă în tratamentul chirurgical al perforațiilor și o propunem în consecință

Primita la redacția la 30 iunie 1955