

Arc peste timp

Chirurgia (2011) 106: 639-648
Nr. 5, Septembrie - Octombrie
Copyright© Celsius

Cauzele morților postoperatorii pe unsprezece ani (1922-1932) la Clinica Chirurgicală din Cluj

Profesor I. Iacobovici și asistent Ioan Mureșan

Revista de Chirurgie 1934;5-6/37:369-394

Statisticile nu se bucură de un nume bun. Se atribuie diferiților oameni politici caracterizări puțin măgulitoare pentru statistici. Talleyrand ar fi spus că statistica este o minciună în cifre. Disraeli ar fi scris că sunt trei moduri de a minți: minciuna obișnuită, sperjurul și statistica!

Cine a avut ocazia să se ocupe, cât de puțin, cu probleme de statistică, trebuie să recunoască că cei doi oameni politici citați mai sus au avut perfectă dreptate și cine dorește să fie și mai convins, să citească datele statistice ale diferitelor institute de statistică și concluziile la care ajung acei care se bazează pe aceste date.

În ceea ce privește statisticile medicale, ele se prezintă și mai rău. Leriche, cu ocazia unei polemici scria că cu cifre se poate proba orice.

Pentru a judeca valoarea statisticilor medicale să citez cele văzute de mine în registrul de stare civilă al Bucureștiului. La cauzele morții era trecut: copil, sex masculin, vârsta 7 luni, cauza morții: senilitate.

Dacă statisticile în genere nu se bucură de o bună reputație și dacă statisticile medicale sunt și mai oropsite și mai inexacte, ce să mai spunem despre statisticile unde interesul autorului este în joc? Se știe că statisticile despre efectele terapeutice medicale și chirurgicale, au fost primite totdeauna cu multă, cu foarte multă rezervă. S-a mințit așa de mult, încât mulți refuză să mai acorde cea mai mică încredere chiar celor mai sigure statistici. Ceea ce s-a petrecut altă dată, cu alți oameni și cu alte moravuri, se petrece astăzi pe o scară și mai mare. A trecut epoca în care Malgaigne urmărea bolnavii, pe care ortopedul Guérin îi da drept vindecați și care erau în realitate decedați sau estropiați (schilodiți, mutilați n.m.)

Și totuși mijlocul acesta de control prin intermediul statisticii, inutil și primejdios când este rău întocmit sau când este făcut cu rea credință, are o mare valoare când este sincer, exact și bine făcut. Statisticile ne sunt necesare cu deosebire în chirurgie, fiindcă ne permit un autocontrol și putem vedea dacă tehnicile întrebuițate și metodele după care ne-am condus sunt cele mai bune, și mai ales pentru a vedea care au fost cauzele care au dus la anumite insuccese, în ce măsură ele ar fi putut fi evitate și deci cum ar fi trebuit să procedăm.

Billroth care a fost întemeietorul tehnicilor moderne, a văzut importanța statisticilor corect executate în chirurgie și a fost primul care s-a ocupat în de aproape de acest lucru. Germanii au dat o mare importanță studiilor statistice în chirurgie. Și dintre aceste studii statistice cele mai importante sunt cele care privesc cauzele morții după operație. Tema aceasta a figurat la unele congrese germane și a fost propusă de câteva ori la congresul Asociației Franceze de Chirurgie, dar nu a fost pusă niciodată la ordinea zilei, cel puțin după informațiile noastre.

La Cluj obișnuiam să controlez la sfârșitul fiecărui rezultatele operațiilor și să văd dacă anumite rezultate nu ar fi putut fi îmbunătățite. În ultimul timp am dat acestui control o importanță și mai mare însărcinând pe fiecare asistent cu câte o ramură a chirurgiei pe care noi o practicăm, la care să studieze rezultatele obținute. Așa l-am însărcinat pe Emil Mureșan să se ocupe de craniu, eu m-am ocupat de stomac, alți colegi de celelalte organe și regiuni și apoi am stat câteva ore împreună pentru a studia referatele noastre, la care am analizat rezultatele obținute de noi în comparație cu cele obținute de alții.

Am văzut cu mulțumire că studiul publicat de mine și

Emil Mureșan relativ la fracturile craniului a fost utilizat pe o scară întinsă de raportorii Congresului Francez de chirurgie ca și de alți autori.

Alcătuirea unei astfel de statistici se face foarte greu. Colegul meu Ioan Mureșan, căruia i-a revenit munca cea mai grea, a trebuit să studieze luni întregi arhiva clinicii, pentru a scoate datele pe care vi le expunem. Aceste date, poate nu sunt riguros exacte, în sensul că se poate să fi fost omisiuni din lipsa de completare a foilor de observație, a protocoalelor operațiilor efectuate, a deceselor. Se știe ce dificultăți enorme sunt la noi pentru a ține la curent observațiile, condicile de intrare și ieșire, cele de operații. Deabia în ultimii ani și mulțumită creării postului de secretară-dactilografă, am putut ține la curent arhiva clinicii.

O altă dificultate în alcătuirea unei astfel de statistici este lipsa unor criterii clare și precise după care să ne ghidăm în alcătuirea unei statistici a mortalității post-operatorii. Pentru unii mortalitatea post-operatorie este aceea care rezultă exclusiv din actul operator. Toate celelalte decese se clasează în alte grupe și nu sunt contabilizate la mortalitate post-operatorie. Alții, pentru a disimula mortalitatea, creiază mai multe diviziuni la aceeași operație, deși din punct de vedere clinic și tehnic lucrurile sunt identice. Procedând astfel se emit statistici cu evoluții simple și lipsite de mortalitate în cazul unor operații recunoscute ca fiind grevate de o mare mortalitate.

Noi am inclus în mortalitatea post-operatorie toate decesele petrecute în spital la bolnavul operat, indiferent de cauză, deci dacă au fost sau nu în legătură direct cu operația.

Astfel am inclus în statistica noastră și cazurile cu o operație minoră, la un bolnav la care boala sau accidentul produsese o leziune excesiv de gravă. În grupul acesta a intrat un număr însemnat din morții înregistrați cum ar fi peritonite neglijate, hernii strangulate vechi, cu gangrene intestinale, hemoragii mari, etc.

Nu vrem ca prin aceste date să atenuăm ceva. Publicăm cazurile de decese așa cum reies ele din arhiva clinicii noastre. Aceste date pot fi oricând controlate și de către oricine dorește.

Știm foarte bine că cifra mortalității poate fi scăzută și în unele domenii, chiar foarte mult. Mijloacele care ne stau la îndemână sunt mai multe. Vom cita câteva: în primul rând specializarea dusă până la ultima limită, când activitatea chirurgicală se va rezuma la un singur organ sau la o singură operație. Dovada este dată de rezultatele admirabile obținute de chirurgii neurologi în operațiile pe craniu sau cele obținute de cei care practică doar chirurgia tiroidei. Apoi dotarea cu mijloace de explorare clinică, cu instrumentar chirurgical, cu îngrijiri pre- și post-operatorii, existența unui personal devotat, toate acestea contribuie enorm la reducerea mortalității.

În funcție de mediul unde se desfășoară, actul chirurgical trebuie să se efectueze în timp util și să fie eficace. Acest mediu poate beneficia de gradul de civilizație al poporului, de încrederea lui în actul chirurgical, de cunoștințele practicienilor și atunci când aceste condiții sunt îndeplinite înregistrăm cel mai adesea - succese.

Rezultatele noastre se obțin în 90% din serviciile de chirurgie generală. Un serviciu de chirurgie publică, unde

interesul comercial nu există, unde nu se face selecția cazurilor și unde este o clinică pentru a se învăța chirurgie, poate reprezenta totuși un balast pentru obținerea unor rezultate mai bune. Cunoaștem tributul ce se plătește morții, din cauza celor care se inițiază în această grea și plină de răspundere meserie, care este chirurgia. Eu am crezut că una din cele mai imperioase datorii ale mele este de a forma chirurghi. La Cluj am reușit să formez un număr însemnat și fiecare dintre aceștia are partea lui mică în mortalitatea Clinicii din Cluj, dar este contrabalansată de miile de vieți pe care le salvează în atâtea centre chirurgicale, pe care le conduc cu atâta competență. Știu că mortalitatea post-operatorie se mai poate reduce și fericiți vor fi chirurghii, care vor apuca epoca de aur a chirurgiei fără decese.

Până atunci să ne consolăm cu cele scrise de Sauvé chirurg la Lariboisière (Orientation Médicale, Febr. 1933): "ainsi donc la chirurgie, en possession d'une technique mécanique proche de la perfection se heurte dans l'ombre à des ennemis redoutables qu'elle ne connait qu'imparfaitement. Certes, parmi les chirurgiens, il en est qui s'estiment infaillibles, dont les opérations sont soigneusement chronométrées et les résultats toujours parfaits: ils sont les petits nombre pour l'honneur de la profession. Les autres savent, malgré le fort pourcentage des résultats heureux, que la chirurgie est une école de modestie et qu'ils sont des hommes, rien que des hommes".

Și Fiolle scriind în La Presse Médicale din 30 Mai 1934 un articol asupra responsabilității judiciare și morale în chirurgie, îl termină cu această frază: "décider et accomplir dans la sérénité la plus objective, braver la malchance toujours possible, et quelquefois probable, rejeter hors du débat, comme poisons mortels les suggestions de l'intérêt et de la plus, ce n'est point faire preuve de grandeur d'âme, mais seulement obéir aux plus élémentaires exigences de la dignité professionnelle, c'est sans plus, une des formes du courage civique".

Pătrunși de aceste cuvinte am crezut de a noastră datorie să publicăm acest studiu asupra cauzelor deceselor post-operatorii, observate timp de 11 ani în clinica din Cluj.

Materialul nostru

Se compune din intervențiile executate în ultimii 11 ani. El este foarte variat cazuistic, neexistând nici un domeniu al chirurgiei care să nu fie reprezentat. Aceasta se explică prin faptul că în orașul nostru clinica chirurgicală este singurul serviciu public de chirurgie. În plus lipsa unui serviciu pentru cazurile de urgență face ca toate accidentele-mai ales cele grave- să fie internate fără excepție la noi. Cele câteva spitale particulare refuză primirea cazurilor disperate, în schimb noi nu le putem refuza chiar dacă facem doar act de datorie, fără să avem multă speranță în eficacitatea intervenției (ocluzii vechi, peritonite neglijate, etc.).

În acest interval s-au efectuat 17.552 operații la bolnavii internați în clinică, la care am înregistrat 1.134 decese (6,3%). Stich (citată de 2) înregistrează la un total de 31.136 operații efectuate între 1912-1926, un număr de 937 decese (3%). Orator și Maiditsch din clinica lui von Haberer de la Graz au 363 morți la 4.360 operații (8,4%). Sarafoff de la

Leipzig comunică o mortalitate de 7%, Faltin din Helsingfors una de 6,2% iar Hartmann de la Paris are pe 5 ani (1914-1919) 488 morți la 7.188 bolnavi operați (6,8%) și apoi înregistrează pentru următorii 5 ani o mortalitate de 5,5%.

În cele ce urmează relatăm operațiile principale pe diferite organe/regiuni și cifra de mortalitate.

1. Intervențiile pe cap

Am executat 308 de trepanații cu 81 de morți (26%). Huber pe o cazuistică asemănătoare are o mortalitate de 33% (2). Materialul trebuie însă analizat. Am împărțit trepanațiile în două grupe mari: în prima grupă am inclus leziunile traumatiche și procesele infecțioase, la care am înregistrat o mortalitate de 23%; în a doua grupă am introdus cazurile cu tumori, epilepsie, meningocel, cazurile suspecte pentru procese expansive, la care am avut o mortalitate de 40%. În general mortalitatea cea mai mare am avut-o la abcese cerebrale și la tumori iar cea mai mică la trepanațiile pentru înfundare. La ultima categorie am înregistrat 21,9% mortalitate față de Huber, care a avut 30,4%. Acest lucru s-ar putea datoră și conduitei speciale pe care am adoptat-o de a interveni de urgență în toate fracturile craniene suspecte pentru înfundare sau hemoragie intra-craniană.

Din cei 81 de decedați 47 au avut traumatisme cranio-cerebrale (58%): fracturi ale bolții, fracturi ale bazei; 14 dintre aceștia au făcut meningită iar restul au murit în primele 24-36 de ore de la accident prin șoc traumatic post-contuzional, comoție cerebrală sau compresiune bulbară.

În cazul tumorilor cerebrale mortalitatea este foarte mare. Noi am avut 19 morți la 42 de tumori cerebrale (49%). Krause la 109 cazuri are o mortalitate de 36%, Eiselsberg la 313 operați comunică 40% decese(1). Doar Güleke pierde 17/69 operați ceea ce înseamnă 24,6%. Pe plan mondial cea mai mică mortalitate o are Cushing de 12,05% iar mai recent chiar de 8,4%. Cei 19 decedați au avut drept cauză a decesului în 13 cazuri-șocul operator, apoi meningita (2 cazuri), complicații pulmonare (2 cazuri), ramoliție cerebrală (1 caz), stare generală rea (1 caz).

2. Operațiile pe gât

La cele 812 operații la nivelul gâtului am înregistrat 45 de decese (5,54%), dintre care 22 aparțin operațiilor pe tiroidă (2,70% din totalul operațiilor și 48,9% din totalul deceselor după operațiile la nivelul gâtului). Restul de 23 de decese le-am înregistrat după cum urmează: 9 după flegmon cervical profund, 3 după carbuncul al cefei, 3 după plagă tăiată cu lezarea carotidei primitive, 2 după tumori cervicale, 2 după cancer al laringelui.

După cum se poate constata, organul principal asupra căruia s-au executat cele mai multe operații la gât este glanda tiroidă. Numărul celor operați de gușe este însemnat, ca urmare a caracterului muntos din jurul nostru. În total s-au operat 462 guși cu 22 decese (4,6%) după cum urmează:

- gușă simplă 404 cazuri cu 8 decese (1,9%);
- boală Basedow 43 cazuri cu 7 decese (16%);
- adenom toxic 4 cazuri cu 0 decese;
- gușă malignă 7 cazuri cu 3 decese (43%);
- gușă cu traheomalacie la care s-a efectuat și traheotomie 4 cazuri cu 4 decese (100%).

După Kocher mortalitatea în formele clasice de Basedow se ridică la 30-40%. După introducerea de către Plummer a pregătirii bolnavilor prin administrare preoperatorie de iod, mortalitatea a scăzut la 9%. Cele 7 decese pe care le-am înregistrat la bolnavii operați pentru Basedow s-au datorat insuficienței circulatorii (4 cazuri), bronhopneumoniei -1 caz, infecției post-operatorie - 1 caz, unei tumori de timus necunoscute - 1 caz.

În gușile simple am avut 8 decese la 404 cazuri operate (1,9%) datorate în 3 cazuri unor complicații pulmonare (bronhopneumonie), în 3 cazuri unor insuficiențe cardiace la bolnavi cu gușe enormă și miocardită și în 2 cazuri unor mediastinite post-operatorii. La acest grup nu am atașat cele 4 cazuri de traheomalacie operate în urgență și care au murit la scurt timp în asfixie, cu toată traheotomia care li s-a făcut. Dacă le înglobăm și pe acestea atunci mortalitatea în gușile simple urcă la 2,8%. În literatură mortalitatea înregistrată în gușile simple operate variază între 0,3% (Stich), 0,7% (Kocher), 1,4% (Eiselsberg) și 3,4% (Orator-Maiditsch în clinica lui von Haberer din Graz).

În ultimul an (1932) noile noțiuni venite din literatura americană ne-au permis să izolăm din grupa gușărilor basedowifiați o nouă entitate și anume adenomul toxic. Am avut 4 cazuri la care caracterul comun a fost o ușoară exoftalmie, stare de iritabilitate nervoasă, pierdere în greutate, M.B. ridicat, tahicardie. Semnul distinctiv care le deosebește de gușile basedowifiate este prezența nodulilor adenomatoși, într-o glandă tiroidiană mai mult sau mai puțin mărită și apoi lipsa de reacție la tratamentul preoperator cu Lugol. Din acest grup nu am avut nici un deces.

3. Operațiile pe pulmon și torace

La 288 de bolnavi am executat frenicectomie fără nici un accident grav cauzator de deces. La o singură bolnavă s-a produs o pareză trecătoare a vagului stâng și recurentului.

Restul operațiilor au fost reprezentate după cum urmează:

- 35 de toracoplastii extrapleurale Sauerbruch pentru tbc pulmonar, tbc cavită, pio-pneumotorace cu 5 morți (14%);
- 28 de toracoplastii Schede pentru empiem cronic, tbc pulmonară cu fistulă pleurală cu 4 morți (14%);
- 190 de rezecții de coastă cu pleurotomie pentru empiem, pleurezie purulentă cu 30 de decese (16%).

În total la 253 de operații pe pulmon și torace am înregistrat un număr de 39 de decese reprezentând 15,4%.

Mortalitatea în toracoplastiile extrapleurale este în general mare, deși ea s-a mai redus în ultimul timp ca urmare a unei selecționări mai judicioase a cazurilor. O statistică colectivă a lui Alexander pe 1.024 de toracoplastii dă o mortalitate de 12,3%. Sauerbruch pe 646 operații efectuate între 1907-1925 are 86 morți (13,3%).

La noi dintre cei 5 morți după toracoplastii extrapleurale unul moare în sepsis, unul de insuficiență circulatorie, 2 ca urmare a șocului operator (la unul s-a încercat operația într-un singur timp și a murit după câteva ore în colaps), în sfârșit al 5-lea la care s-a făcut primul timp pentru o bronșiectomie, a murit în ziua operației după un supradozaj de eter administrat pe cale rectală.

Dintre cei 4 morți după după toracoplastie Schede 2 au decedat de infecția deja existentă, pe care nu am putut-o stăpâni, 1 datorită stării de emaciare iar al 4-lea după un sughiț rebel. Acest din urmă caz a prezentat postoperator un sughiț continuu, neinfluențat de nici un mijloc conservator. A patra zi i s-a practicat o frenicectomie, fără rezultat și bolnavul a decedat după câteva ore.

Mortalitatea cea mai ridicată de 15% am înregistrat-o după rezecțiile costale pentru procese infecțioase acute: empieme, pleurezii purulente. În literatură există o serie întreagă de statistici asupra mortalității în empieme. Cifrele acestea nu se pot însă compara fără niște comentarii prealabile întrucât prognosticul lor depinde de natura și gravitatea infecției, de diagnosticul precoce, de felul operației și de tratamentul post-operator. König pierde 10 bolnavi din 76 cazuri de rezecții costale (13,1%), Schede are o mortalitate de 22,4% după operațiile pentru empiem unilateral, Iselin și Heller comunică o mortalitate post-operatorie imediată de 15,5% iar Hartmann pe 37 de pleurotomii pentru pleurezie purulentă efectuate între 1914-1918 are 20 de morți.

4. Intervențiile pe abdomen

Un număr de 8.707 de operații s-au executat pe abdomen cu 629 decese (7,2%).

Vom lua pe rând organele principale.

A. Stomacul

Ulcerul gastric și duodenal

S-au practicat 406 rezecții pentru ulcer gastric și duodenal neperforat cu 53 de morți (13%) după cum urmează: rezecție Reichel - 209 bolnavi operați cu 22 de morți, rezecție Finsterer - 137 bolnavi operați cu 8 decese, rezecție Péan - 22 bolnavi cu 5 morți, rezecție Billroth II - 14 bolnavi cu 5 decese, rezecție Hoffmeister-Finsterer - 5 bolnavi cu 1 deced, rezecție Krönlein-Mikulicz 4 operați cu 1 deced, rezecție Hoffmeister-Polya 1 operat cu 1 deced, apoi 7 rezecții atipice și 7 mucoclaze Iacobovici cu 0 decese.

La interpretarea acestor cifre trebuie să avem în vedere 2 lucruri:

1. Ele au fost executate în afară de profesor de alți 15 asistenți, care s-au perindat pe la clinică. Rolul experienței proprii se vede din statistica lui von Haberer, care dispune de cel mai mare număr de rezecții făcute personal. La început a avut o mortalitate de 17%, care a coborât apoi la 8%.
2. Mortalitatea ridicată din primii ani s-a redus treptat, astfel încât în anul 1931 pe 48 de rezecții am înregistrat 3 decese (6,2%) iar în ultimul an pe 55 de rezecții (48 pentru ulcer și 7 pentru cancer) am avut un singur mort (2%).

Greșelile de explorare preoperatorie pot fi incriminate la 2 bolnavi decedați la care s-au găsit la autopsie: la unul un abces hepatic iar la celălalt un abces pulmonar.

De altfel mortalitatea în rezecțiile pentru ulcer oscilează între 3,7% (Denk) și 20% (Müller și Gaza din Rostock). În clinica lui Schmidt la 401 rezecții făcute de el și cei 14 asistenți între 1920-1924, s-a înregistrat o mortalitate de 10,9%.

Mortalitatea depinde și de indicația operatorie, fiindcă

cine practică rezecții radicale doar în ulcerele simple, iar în caz de aderențe, de ulcere prea apropiate de cardia face numai G.E. sau Finsterer, va avea o mortalitate mai mică (Denk).

Cauza morții la cei 53 de bolnavi ai noștri a fost reprezentată de cedarea suturilor în 11 cazuri, hemoragie în 11 cazuri, peritonită în 8 cazuri, hemoragie + cedarea suturilor 1 caz, greșeală de tehnică 1 caz, apoi de complicații pulmonare 8 cazuri, insuficiență cardiacă 3 cazuri, septicemie 2 cazuri, flegmon gazos după ser fiziologic subcutan 1 caz, dilatație acută de stomac 1 caz, tuberculoză pulmonară avansată 1 caz, azotemie 1 caz, inanție 1 caz, cauze neprecizate la 3 bolnavi.

Pentru ulcerul perforat s-au făcut următoarele intervenții: rezecție Reichel 45 de bolnavi cu 9 decese, rezecție Billroth II - 1 bolnav 0 decese, rezecție cuneiformă - 1 bolnav 0 decese, G.E. - 49 bolnavi cu 18 decese (4,5%), infundare - 3 bolnavi cu 2 decese, laparotomie simplă 3 bolnavi cu 1 deced. În total la 102 bolnavi am avut 33 de decese (33%). Mortalitatea în operațiile paleative este mai mare decât în rezecții, fiindcă ele reprezintă soluția la bolnavii cu peritonite neglijate, la 2-3 zile după perforație. De aceea tactica operatorie diferă după timpul trecut de la perforație până la intervenție.

Brütt în primele 12 ore are o mortalitate de 12,8% pe 78 de cazuri iar după trecerea a 12 ore înregistrează o mortalitate de 59,7% la 77 de bolnavi. Wagner are 0% mortalitate în primele 4 ore de la perforație, 9,7% în primele 10 ore, 16,7% în primele 12 ore, 61% în primele 20 de ore apoi 100% pentru cei veniți mai târziu. Rezultatul cel mai bun l-a comunicat Judine din Moscova-16,6% mortalitate globală în ultimii ani, dar toate cazurile lui au fost operate în primele 12 ore de la perforație.

Cauza morții la cei 33 de bolnavi ai noștri a fost reprezentată la 15 bolnavi de peritonită, la 4 de pneumonie, la 3 de insuficiență circulatorie, la 2 de dehiscenta suturilor, la 2 de hemoragie postoperatorie, la 1 caz de ligatura accidentală a coledocului, la 1 caz de volvulus, la 4 de natură neprecizată.

Cancerul gastric

S-au operat în total 194 bolnavi pentru cancer gastric, dintre care cei mai mulți bolnavi au fost nerezecabili, la care am fost nevoiți să ne limităm la intervenții paleative. Astfel am putut practica doar 67 de rezecții cu 21 decese (35%).

La restul s-au făcut 74 de G.E. cu 15 decese (20%), 52 laparotomii exploratorii cu 4 decese (9%) și o infundare de cancer perforat. În total la cele 194 cazuri de cancer gastric am consemnat 20% decese.

Operabilitatea de doar 34% este foarte scăzută. În literatură rezecabilitatea variază între 28% (Stich din Göttingen) și 65% pe 535 de cazuri ale lui Finsterer. Mortalitatea după operațiile radicale variază între 13% la Mayo și 50% la von Haberer.

Pe statistica noastră am înregistrat drept cauze ale morții: dehiscenta suturilor la 6 cazuri, peritonită la 7 cazuri, insuficiență circulatorie la 5 cazuri, inanție în 2 cazuri și 1 cauză neprecizată.

Ulcerul peptic jejunal

Am avut de tratat 28 de cazuri, dintre care 3 au fost ulcere perforate iar 3 au avut fistulă gastro-jejuno-colică. Ulcerul

peptic a apărut în 22 de cazuri după G.E. posterioară, în 5 cazuri după G.E. anterioară și într-un caz după rezecție Finsterer. La ulcerele peptice perforate s-a făcut înfundare (3 cazuri cu 1 deces). La cele 3 fistule gastro-jejuno-colice s-a practicat rezecția în bloc cu 2 decese. Restul de 22 de ulcere peptice au fost tratate prin gastrostomie cu 11 vindecări.

Cauzele de deces: 5 peritonite, 1 hemoragie, 1 pneumonie, 1 insuficiență cardiacă, 1 șoc operator, 1 caz cu tbc pulmonar, 1 caz cu azotemie, 2 decese de cauză neprecizată.

Intervenția pentru ulcer peptic jejunal este una dintre cele mai grave operații, cu o mortalitate impresionant de mare.

Înainte de a încheia capitolul dedicat stomacului, amintim ca operații paleative pentru ulcer 381 de G.E. cu 29 de morți (8%).

Cauza morții a fost reprezentată de 1 dehiscență a suturilor, 2 șoc operator, 1 sindrom anemic din cauza unor hematemze repetate, 3 hemoragii postoperatorii, 3 perforații ale ulcerului lăsat pe loc, 2 dilatații acute de stomac, 2 insuficiențe hepatice, 4 complicații pulmonare, 5 insuficiențe cardiace, 5 tbc pulmonar cu stare de denutriție, 1 inanție.

B. Apendicita

Au fost 3.665 de bolnavi operați din totalul de 17.552 (20,5%).

Noi împărțim apendicitele acute în:

- apendicita enterogenă (simplă, toxică și gangrenoasă), atunci când procesul inflamator rămâne cantonat la apendice, deci nu trece dincolo de pereții organului. Indicația: apendicectomie;
- apendicita exogenă, cu peritonită localizată sau generalizată. Indicația: apendicectomie, drenaj peritoneal;
- blocul apendicular, care nu se operează la internare. Bolnavul se pune sub observație și se așteaptă evoluția. Dacă semnele se atenuiază (temperatura, pulsul, leucocitoza) iar blocul se restrânge, vom opera la rece după trecerea a cel puțin 2 săptămâni de afebrilitate. Dacă simptomele se agravează intervenim operator;
- abcesul apendicular, care beneficiază de incizie, drenaj.

Deci conduita pe care am adoptat-o este de a opera toate apendicitele acute la internarea lor în clinică, cu excepția blocului apendicular. Iată statistica noastră:

- apendicită cronică - 823 operați cu 2 morți (0,26%),
 - apendicită acută enterogenă simplă - 2.107 operați cu 3 morți (0,14%),
 - apendicită acută toxică/gangrenoasă - 639 operați cu 74 morți (11,6%),
 - apendicită acută cu peritonită localizată - 397 operați cu 16 morți (4%),
 - apendicită acută cu peritonită generalizată - 242 operați cu 58 decese (23,5%),
 - bloc apendicular - 63 bolnavi operați după un interval liber de afebrilitate cu 4 decese (6,3%),
 - abces apendicular - 33 bolnavi cu 4 decese (12,1%).
- Total: 3.665 bolnavi operați cu 87 decese (2,21%).

Pentru a ne putea compara rezultatele obținute de noi am luat statisticile publicate în literatură: Seifert și Augustin pe 1.015 apendicectomii pentru apendicită la rece sau acută neperforată comunică o mortalitate de 0,7%, pe 325 apendicite acute perforate operate înregistrează o mortalitate de 25%, ceea ce înseamnă 92 morți la un total de 1.350 de apendicectomii (6,8%). Huber din Innsbruck prezintă o statistică pe 4 ani (1925-1929), care însumează 788 apendicectomii la rece cu 2 morți (0,24%), 605 apendicectomii pentru apendicită acută neperforată cu 3 morți (0,5%), 207 apendicectomii pentru apendicită acută perforată cu 30 de morți (15%), 10 drenaje de abcese apendiculare cu 1 mort (10%) totalizând 1.613 operații cu 36 decese (2,2%). Clairmont publică în 1926 o statistică de 414 apendicectomii pentru apendicită la rece cu 1 mort (0,24), 864 apendicectomii pentru apendicită acută neperforată cu 4 morți (0,45%), 274 apendicectomii pentru apendicită acută perforată cu 37 de morți (13,5%), 41 drenaje de abcese apendiculare cu 7 morți (17%) ceea ce totalizează la 1.593 de operații un număr de 43 decese (2,7%). În sfârșit Orator și Maiditsch de la Graz publică în 1930 o statistică cu 2 morți la 587 apendicectomii la rece (0,30%), 4 morți după 334 de apendicectomii pentru apendicită acută neperforată (1,2%), 34 morți după apendicită perforată operată (22%), 7 morți la 86 de abcese apendiculare operate (8,6%) totalizând 47 morți la 1.164 operații (4%).

Apendicita cronică din clasificarea noastră corespunde cu apendicita la rece din clasificările de mai sus. La cei 823 de bolnavi din statistica noastră am înregistrat doi morți: o femeie moare a 8-a zi acuzând fenomene meningeale după rahianestezie, iar un bărbat moare a 4-a zi de peritonită. La toate categoriile de apendicită enterogenă din clasificarea noastră, care corespunde cu apendicitele acute neperforate din clasificările străine am înregistrat doar 3 decese la 2.107 bolnavi operați, adică 0,14%: 2 bolnavi au decedat de peritonită iar o femeie de uremie.

În cazul apendicitei cu peritonită localizată/generalizată, care corespunde apendicitelor perforate din statisticile străine am avut o mortalitate globală de 11,6%. La cele 74 de decese am constatat drept cauză a morții în 68 de cazuri peritonita, de 2 ori pneumonia, 1 septicemie, 1 volvulus postoperator, 1 șoc postoperator și un deces de cauză neprecizată.

C. Căile biliare

Am statuat în clinică următoarele criterii care impun intervenția:

- dureri continue sau care se repetă frecvent,
- icter care durează de cel puțin o lună,
- icter septic, dacă nu cedează după 10-15 zile,
- insuficiență hepatică, în care caz intervenim cu maximă urgență.

În toate cazurile, dar mai ales acolo unde sunt semne de insuficiență hepatică, pregătim bolnavul prin administrare de ser glucozat sau de Gluoven pe cale i.v. Administrarea de insulină pare a fi un bun stimulant pentru ficat. Și facem această pregătire întrucât mortalitatea după operațiile pe căile biliare depinde nu atât de tehnica adoptată, cât mai ales de starea ficatului. De aceea am clasificat cazurile noastre în funcție de starea ficatului:

A. colecistectomii pentru litiază veziculară - 213 operații cu 18 morți (8,4%) și 59 mucoclaze Pribram fără nici un deced. În total la 272 bolnavi operați am avut 18 morți (6,5%);

B. coledocotomie de drenaj pentru litiază de CBP și afectare hepatică - 11 cazuri cu 2 decese, 7 mucoclaze Pribram asociate cu coledocotomie pentru hepatită cu 4 decese, 16 colecistostomii pentru colecistită litiazică și afectare hepatică cu 6 decese, 7 colecistectomii cu coledocotomie pentru angiolitită septică cu 3 decese, 1 coledoco-jejunostomie pentru angiolitită supurată și afectare hepatică cu un deced;

C. colecistectomii pentru colecistită perforată - 7 cazuri cu 3 decese.

În total la 321 operații am înregistrat 37 de decese (11,5%).

Grupa A cuprinde cazurile fără o suferință hepatică manifestă, la care colecistectomia simplă sau mucoclaza Pribram au părut a fi suficiente iar drenajul coledocian nu a fost necesar. Mortalitatea a fost de 6,5% și a avut drept cauză la cei 18 bolnavi: 5 insuficiențe hepatice, 1 insuficiență circulatorie, 1 peritonită, 1 hemoragie postoperatorie, 1 bronho-pneumonie bilaterală, 1 pneumonie, 1 peritonită bilioasă prin desfacerea bontului cistic, 1 tromboză a arterelor cerebrale, 2 cazuri de tetanos postoperator, 1 șoc operator, 3 cauze neprecizate.

În grupa B am cuprins cazurile cu insuficiență hepatică sau angiolitită. Starea general gravă ne-a obligat ca la unii bolnavi să ne limităm la o colecistostomie. La ceilalți am încercat deblocarea ficatului prin coledocotomie și drenaj cu tub în T. Aici mortalitatea a fost de 38%. Din cei 16 bolnavi decedați la 13 cauza morții a fost insuficiența hepatică, la unul insuficiența cardiacă, la unul pneumonia, iar la unul nu s-a precizat cauza morții.

În cazul colecistitelor perforate am avut 3 decese la 7 bolnavi operați: 1 prin insuficiență hepatică și 2 prin peritonită.

Mortalitatea globală după chirurgia biliară oscilează în limite foarte largi după gravitatea cazurilor supuse la operație, care nu ne permit comparații.

În cazul colecistitei seroase (hidrops) Kehr dă o mortalitate de 1-2%, în cea purulentă de 20%, în cea gangrenoasă perforată de 60-80%, în angiolitita acută de 80%.

Mortalitatea globală în chirurgia biliară oscilează între 2,9% la Kehr și 13,6% la von Haberer. Pe statistica noastră ea a fost de 11,5%.

În afara intervențiilor pe care le-am comentat s-au mai executat operații paleative în caz de epiteliom al capului pancreasului (18 bolnavi cu 10 decese), de tumori ale căilor biliare (7 bolnavi cu 6 decese), de cancer al ficatului (13 bolnavi cu 2 morți). În toate aceste cazuri ne-am rezumat la operații paleative de derivare a bilei (colecistostomie, drenaj coledocian extern, colecisto-gastrostomie, cistico-jejunostomie) iar în altele ne-am limitat la laparotomia exploratorie. Într-un singur caz s-a procedat la extirparea trans-duodenală a unei tumori pancreatice. Cauza deceselor înregistrate la acest lot de bolnavi a fost reprezentată în principal de insuficiența hepatică și în câteva cazuri de insuficiență circulatorie.

D. Splina

A fost executată o singură operație: splenectomia. Cele mai frecvente indicații le-au reprezentat rupturile traumatice de splină. Nu am căutat niciodată să păstrăm organul prin vreun procedeu conservator.

Astfel în 17 splenectomii pentru rupturi traumatice am înregistrat 3 decese, din lotul de 10 bolnavi care în afara rupturii de splină mai aveau leziuni asociate. La acești 3 bolnavi unul prezenta și o ruptură transversală completă a rinichiului stâng, asociată cu ruptura cozii pancreasului, fracturi costale și fractura femurului drept. A decedat în ziua operației. Al doilea avea o plagă împunsă abdominală, ce a interesat și splina. A fost adus după 4 zile în peritonită generalizată și a sucombat de septicemie în a 13-a zi de la operație. Al treilea bolnav a fost tamponat de tren. Pe lângă ruptura de splină mai prezenta și o ruptură transversală de duoden și cap de pancreas. Moare la 1 oră de la operație. Mortalitatea la cele 17 rupturi traumatice de splină a fost deci de 17,6%. Berger are o mortalitate de 92% în traumatismele complicate de splină și de 44% în cele necomplicate.

În trei splenectomii pentru chist hidatic am avut 0% mortalitate. Parlavocchio are 17,5% mortalitate în marsupializare și 14,5% după splenectomie.

În 6 cazuri de sindrom Banti am avut 4 decese prin insuficiență hepatică. Cei doi care au supraviețuit erau în faza ascitogenă.

La 4 splenectomii pentru sindrom hemoragipar am înregistrat 1 deced la o lună de la operație prin peritonită generalizată consecutivă unui abces subfrenic stâng.

În splenomegalia paludică am executat 2 splenectomii cu 2 decese. Cauza morții ar putea să fi fost datorată șocului operator (splină mare aderentă) și privării organismului de o mare cantitate de sânge.

Am avut 2 cazuri de sindrom splenomegalic de etiologie necunoscută la care am practicat splenectomia, cu un deced. Acesta prezenta o splină mare de 960gr. și cu aderențe la organele vecine. A sucombat a 10-a zi de la operație iar la necropsie s-a constatat o tromboză a venei porte.

Un bolnav operat pentru anemie de origină splenică a decedat în ziua 11-a de pneumonie dublă.

Pentru icter hemolitic s-a făcut o singură splenectomie la un băiat de 15 ani cu icter hemolitic congenital. La operație ficatul era mare, splina voluminoasă și fixată la diafragm. Sucombă în insuficiență hepatică.

Am mai efectuat câte o splenectomie pentru tuberculoză a splinei, micoză a splinei și ciroză hipertrofică cu splenomegalie fără nici un deced.

Vedem deci că splenectomia în traumatismele splinei dă rezultate bune, iar în restul cazurilor splenectomia a reprezentat ultima armă pentru oprirea evoluției unor afecțiuni, care în mod inevitabil duceau la un sfârșit letal.

E. Pancreasul

Afecțiunea cea mai frecventă pentru care s-a intervenit pe pancreas a fost pancreatita acută cu un număr de 13 cazuri. Noi suntem partizanii intervenției în caz de necroză a pancreasului. Operația constă în a traversa ligamentul gastrocolic, a deschide loja pancreasului și a drena cu o meșă și

tuburi. Numai într-un singur caz de pancreatită edematoasă fără steatonecroză s-a făcut numai colecistostomie.

În două cazuri pe lângă drenajul lojei pancreatice s-a făcut și colecistectomie. Ambele cazuri au supraviețuit, dar după complicații septice foarte grave. Gestul cel mai rațional este de a face colecistostomia în toate cazurile, pentru a păstra vezica în ideea unei posibile colecistogastrostomii în caz că s-ar instala o pancreatită cronică. Formele anatomico-patologice pe care le-am întâlnit au fost reprezentate de:

- edem fără steatonecroză - 1 caz,
- pancreatită hemoragică - 5 cazuri cu un deces,
- pancreatită necrotică cu sau fără abces - 7 cazuri cu 5 decese.

În total 13 bolnavi cu 6 decese (46,1%).

Prognosticul a fost în funcție de forma anatomico-patologică și de timpul trecut de la primele simptome până la operație. Astfel din 7 bolnavi operați în prima zi s-au vindecat 5 (71%) iar din cei 6 bolnavi operați mai târziu s-au vindecat 2 (33,4%). Este deci important să operăm cât mai curând. Numai în cazurile grave, cu colaps temporizăm puțin intervenția.

Cauza morții: cu excepția unui singur bolnav, în toate celelalte cazuri moartea s-a produs în primele trei zile de la operație, din cauza gravei autointoxicații; numai femeea cu pancreatită consecutivă unei intoxicații cu acid clorhidric a decedat la 24 zile de la operație prin emaciere progresivă și abces pulmonar.

Lipsa temperaturii cu un puls frecvent denotă un prognostic grav.

Dintre celelalte afecțiuni ale pancreasului amintim un grup de 4 cazuri de diabet zaharat, la care s-a practicat ligatura pancreasului la nivelul unghiului duodeno-jejunal. La 3 dintre aceștia s-a produs o ameliorare, iar la un caz-femeie de 19 ani- s-a consemnat decesul după câteva luni prin insuficiență pancreatică. La necropsie s-a găsit o tuberculoză a pancreasului.

S-a intervenit asupra pancreasului și într-un caz de chist hidatic practicându-se marsupializarea.

Cele 18 tumori ale capului pancreasului le-am amintit la capitolul despre căile biliare. În 17 cazuri s-au făcut operații paleative de derivare a bilei iar într-un singur caz s-a procedat la extirparea trans-duodenală a tumorii.

F. Colonul

Indicația pentru intervenție au reprezentat-o ocluzia prin torsiune, invaginația și tumorile. În total am operat 46 de afecțiuni ale colonului la care am înregistrat 13 morți (28,2%) după cum urmează:

1. Ileus prin invaginație ileo-ceco-colică - 3 cazuri la care s-a practicat dezinvinare, rezecție de cec urmată de ileo-cecostomie și la care am avut 1 deces; ileus prin volvulare de cec mobil- 3 cazuri la care am practicat detorsionare și ileocolostomie cu 1 deces; volvulus de sigmoid - 7 cazuri la care s-a practicat devolvularea fără nici un deces.
2. Tuberculoză ileo-cecală: 2 laparotomii exploratoare cu 1 deces și 2 ileo-colostomii fără deces.
3. Cancer al cecului: 2 laparotomii exploratoare cu 1

deces, câte un caz de anus contra naturii și ileo-transversostomie fără deces și câte un caz la care s-a încercat extirparea tumorii într-un timp sau în doi timpi, ambii bolnavi decedând.

4. Cancer al colonului: 10 anus contra naturii cu 4 decese, 2 ileo-transversostomii fără deces, 8 colectomii într-un timp cu 1 deces, 1 colectomie în doi timpi cu bolnavul decedat.
5. Megadolicosigmoid: colectomie segmentară cu anastomoză latero-laterală - 2 cazuri fără deces.

Materialul nu-i destul de numeros ca să ne permită concluzii, totuși putem afirma că tumorile canceroase trebuiesc extirpate într-un singur timp, fiindcă exteriorizarea tumorii cu anus în amonte expune bolnavii la deshidratare și insuficiență renală. Așa am pierdut 2 bolnavi.

Schlöffner face extirparea prin exteriorizare numai pentru tumorile situate pe colonul descendent. El practică într-un prim timp cecostomie, apoi exteriorizează tumora și în sfârșit o extirpă. Mortalitatea în clinica lui este de 17% pe colonul ascendent, iar pe restul colonului de 21%.

După Finsterer pregătirea preoperatorie are mare importanță. El face rezecția într-un timp, doar dacă intestinul subțire nu este dilatat, în rest operează în 2 sau 3 timpi și are o mortalitate globală de 10%.

Haberer recomandă să se facă o fistulă la Witzel deasupra anastomozei, apoi o dilatare puternică a sfincterului anal și anastomoză termino-terminală cu reluarea rapidă a tranzitului prin administrare de ricină încă din prima zi după operație.

Cauza deceselor la cele 13 decese a fost de 3 ori stercoremia, de 2 ori deshidratarea, de 3 ori peritonita, de 2 ori insuficiența circulatorie, 1 caz de dehiscentă a suturilor, 1 caz de pneumonie și 1 caz neprecizat.

G. Rectul

Lăsăm la o parte intervențiile mai mici (hemoroizi, fistule perianale, stenoze ano-rectale, prolaps rectal), care nu au dat nici o mortalitate. Operațiile cele mai mari au interesat cancerul rectal și se repartizează astfel: anus contra naturii - 12 operați cu 7 morți, extirparea prin termocauterizare a tumorii-2 bolnavi fără deces, amputație de rect pe cale perineală- 5 bolnavi cu un deces, amputație de rect pe cale abdomino-perineală- 4 cazuri cu 1 deces, rezecție de rect cu anus contra naturii terminal- 3 bolnavi cu 2 decese. În total 27 de bolnavi operați pentru cancer de rect cu 7 decese (26%).

Este surprinzătoare mortalitatea mare chiar și după anusul contra naturii.

Cauzele de deces: 3 au avut pneumonie, 2 - insuficiență circulatorie, 1-șoc operator și 1 -peritonită.

5. Peretele abdominal

H. Herniile

Operațiile pentru hernii se repartizează în modul următor:

1. Hernii necomplicate - 2.027 de operați cu 6 decese (0,29%),
2. Hernii strangulate:
 - fără rezecție de intestin - 275 operați cu 18 decese

- (6,5%),
- cu rezecție de intestin- 37 bolnavi cu 18 decese (48,6%),
- anus sau enterostomie- 20 bolnavi cu 18 decese (90%).

În total la un număr de 2.359 de hernii am avut 60 de decese (2,54%).

În grupa herniilor simple nu am inclus deliberat herniile ombilicale, întrucât tratamentul lor chirurgical implică riscuri crescute: bolnavi cu un țesut adipos abundent, în vârstă și predispuși la complicații. La cele 61 de hernii ombilicale operate avem 4 decese (7%). Dacă totalizăm herniile ajungem la 2.420 operații cu 64 morți (2,6%).

Pentru a păstra termeni de comparație cu statisticile străine putem aprecia că am operat 2.088 de hernii simple cu 10 decese (0,47%) și 332 de hernii încarcerate/strangulate cu 50 de decese (15%).

Amintesc pentru comparație 2 statistici străine:

- Hartmann din Paris în anii 1914-1915 a operat 589 hernii și a înregistrat o mortalitate de 0,72% pentru herniile simple și de 23,5% pentru herniile strangulate, având deci o mortalitate globală de 7,5%;
- Orator și Maiditsch din Graz au prezentat o statistică de 1.084 hernii cu o mortalitate globală de 3,2%.

Cauza deceselor la operațiile noastre a fost reprezentată de insuficiență circulatorie (1 caz), embolie cerebrală (1 caz), embolie pulmonară (1 caz), peritonită (1 caz), septicemie (1 caz), ileus mecanic (1 caz). Cele 4 decese după hernie ombilicală au avut drept cauză embolia pulmonară (1 caz), pneumonie (1 caz), insuficiența cardiacă (1 caz), cauză neprecizată (1 caz).

6. Aparatul urinar

Materialul nostru de operații urologice este bogat. Amintesc numai operațiile importante, deoarece lucrăm în colaborare cu d-l. prof. Țeposu, titularul catedrei de urologie.

A. Nefrectomii:

- pentru tuberculoză renală - 51 bolnavi cu 8 morți (15,6%),
 - pentru hidronefroză și pionefroză - 49 de bolnavi cu 1 decedat (2%),
 - pentru tumoră renală - 8 bolnavi cu 1 decedat (12,5%).
- În total la 108 nefrectomii am înregistrat 9 decese (8,3%).

B. Nefro-pielotomii:

- pentru litiază renală - 30 operații cu 1 decedat (3,3%),
- pentru pionefroză calculoasă - 7 bolnavi cu 1 decedat (14%),
- pentru pielonefrită - 4 bolnavi cu 0 decese,
- pentru tbc renală - 3 bolnavi cu 0 decese.

În total la 44 de nefro-pielotomii am avut 2 morți (4,5%).

Mortalitatea operatorie în nefrectomii a fost foarte mare, în perioada în care nu se cunoșteau mijloacele moderne de explorare. Schmieder afirmă că între 1880-1890 mureau 35,6% iar între 1890-1900 24,5% dintre nefrectomizați. După introducerea examenelor funcționale Albarran, Barth și Kümmel au o mortalitate de 10%. Casper scade mortalitatea

la 5,3% după introducerea cateterismului ureteral.

Kümmel la Congresul german de chirurgie din 1923 prezintă 240 de nefrectomii dintre care 189 cu tuberculoză renală unilaterală, cu o mortalitate globală de 7% (14 bolnavi).

Pe cazurile noastre am avut 9 decese prin uremie (1 caz), septicemie (2 cazuri), meningită tbc (2 cazuri), tbc suprarenal (1 caz), miocardită (1 caz), cauză neprecizată (2 cazuri).

În nefro-pielotomii mortalitatea a fost mai mică și s-a datorat unor stări septice.

C. Operații pe prostată și vezica urinară

- Prostatectomie transvezicală: timp I și II -177 bolnavi operați cu 17 morți (9,6%) și evidarea colului pentru scleroză de col: 13 bolnavi cu 1 decedat (7,7%).

În total pe 190 de operații pe prostată am avut 18 decedați (9,4%).

Mortalitatea după prostatectomia suprapubiană este relativ mare. Liebig (4) adună 6.000 de prostatectomii și găsește la cei operați într-un singur timp o mortalitate de 8% iar la cei operați în 2 timpi o mortalitate de 6%. Blum dă o mortalitate de 5-8%, Casper de 10%, Wildbolz de 10-15%, Rubritius de 11,6%. Cauzele deceselor consemnate în literatură au fost complicații din partea cordului, a aparatului respirator, de șoc, de embolie, de pielonefrită, de septicemie, de insuficiență renală.

La bolnavii noștri 8 au decedat datorită unei pielonefrite ascendente, 4 de insuficiență cardiacă, 2 de septicemie, 1 de insuficiență hepatică, 2 din cauza stării generale precare, 1 de cauză neprecizată.

La alți 93 de bolnavi am fost nevoiți să ne oprim la primul timp de cistostomie suprapubiană din cauza stării generale rele și a unei uremii avansate. Am înregistrat la acești bolnavi 17 decese prin uremie (10), prin embolie pulmonară (2), prin pneumonie (2), prin insuficiență cardiacă (2), prin embolie cerebrală (1).

- Calculoza vezicală a fost destul de frecventă în cazuistica noastră (104 cazuri). În 13 cazuri am întâlnit calculi secundari unui cancer de prostată. Mortalitatea a fost de 50%. La alte 91 cazuri de litiază vezicală primitivă am avut 5 decese (5,7%). În literatură Dittel are o mortalitate de 19,6% iar Tuffier de 27%. Ei operează doar cazurile grave, iar pe cele ușoare le rezolvă prin litotritie.

Cele 5 decese înregistrate în statistica noastră s-au datorat unor complicații pulmonare (2 bolnavi), uremiei (1 bolnav), septicemiei (1 bolnav), unei stări generale alterate (1 bolnav).

7. Aparatul genital feminin

Funcționarea în imediata noastră vecinătate a clinicii ginecologice face ca acest material să fie mai restrâns. Însă cazurile de urgență au venit deadreptul la clinica noastră.

Am avut 348 operații ginecologice cu 37 de decese și următoarea desfășurare:

- 41 sarcini extrauterine cu 2 decedate,
- 19 chiste ovariene torsionate cu 2 decedate,
- 43 piosalpinx cu peritonită cu 12 decedate.

Restul operațiilor au fost efectuate pentru afecțiuni

cronice la care s-au practicat 43 histerectomii totale, 44 histerectomii subtotale, histeropexii, extirpări de tumori ovariene, etc.

Cauza decesului la cele 2 sarcini extrauterine a fost hemoragia preoperatorie la 1 caz și tuberculoză pulmonară evolutivă la cel de al doilea caz. La cele 2 chiste de ovar torsionate s-a considerat o debilitate cardiacă drept cauză a deceselor iar la cele 12 cazuri de piosalpingite, cauza deceselor a constituit-o peritonita neglijată.

8. Coloana vertebrală

S-au practicat în clinică 61 de rahisinteze Albee pentru morbul Pott cu 1 decedat. Restul au fost 56 laminectomii pentru tumori sau alte cauze de compresiune medulară cu 10 morți, 15 fracturi de coloană operate cu 1 decedat, 7 leziuni traumatice de măduvă prin glonte cu 4 morți. Cauza morții a fost aproape la toți decedații septicemia și pielonefrita ascendentă.

9. Extremitățile

Intervențiile chirurgicale s-au executat pentru 3 afecțiuni principale:

1. leziuni traumatice - amputații, accidente, reamputații - cu 30 de morți,
2. procese infecțioase - flegmoane, osteomielite - cu 40 de morți,
3. gangrena membrului inferior-cu 16 morți.

Cauza morții la primul grup a fost șocul traumatic. Acești

bolnavi vin cu un membru inferior sau cu ambele membre inferioare sau superioare amputate, cu o hemostază provizorie improvizată, la care s-a practicat reamputație sau dezarticulație urmate la scurt timp de decedat.

Bolnavii din grupa a 2-a și a 3-a au murit de stări septicice și insuficiențe cardiace.

Operația are aici un rol redus în mecanismul decesului.

Ca o concluzie putem spune că mortalitatea postoperatorie este un lucru inerent practicii noastre chirurgicale, dar că ea se mai poate reduce prin perfecționarea tehnicii operatorii, printr-o judicioasă indicație operatorie, printr-o conștiințioasă și bine condusă îngrijire pre- și postoperatorie. Nu s-au epuizat încă toate aceste mijloace și de aceea putem spera într-un progres și în acest domeniu.

Bibliografie

1. Eiselsberg: Beiträge zur Behandlung des in die freie Bauchhöhle perforierten Magen und Duodenalulcus. Dtsch Med Wschr 1906;Bd 32.
2. Huber: Über die Ursachen des postoperativen Todesfälle. Arch Klin Chir 1931;165.
3. Judine: Nouvelles série d'ulcères perforés de l'estomac et du duodenum. J Chir (Paris) 1931; 38.
4. Kirschner-Nordmann: Die Chirurgie 1927.
5. Petren: Postoperative Todesursache. XXIV. Tagung der Vereinigung Nordwestdeutscher Chirurgen in Lund am 17-ten und 18-ten Juni 1927. Zbl für Chir 1927;35.
6. Hartmann: Chirurgie du rectum. Ed. Masson, 1931.

Comentariu la articolul

Cauzele morților postoperatorii pe unsprezece ani (1922-1932) la Clinica Chirurgică din Cluj

Profesor I. Iacobovici și asistent Ioan Mureșan

Revista de Chirurgie 1934;5-6/37:369-394

N. Constantinescu

Am ales să prezint acest articol apărut în revista noastră acum 77 de ani din mai multe motive. În primul rând pentru a saluta îndrăzneala cu care un șef de școală și-a prezentat eșecurile, lucru mai rar întâlnit

la noi în țară. Încercarea temerară a lui Theodor Burghel de a deschide o rubrică în revista de chirurgie pentru prezentarea morților pe masa de operație s-a oprit la un singur număr. Iacob Iacobovici și-a tratat cu extremă seriozitate poziția de profesor de chirurgie la facultatea de medicină din Cluj pe care a onorat-o până în 1934, când s-a mutat la București pentru a conduce clinica de chirurgie de la spitalul Brâncovenesc, după dispariția tragică a lui Ernest Juvara. La Cluj Iacob Iacobovici a pus în cei 14 ani bazele primei școli românești de chirurgie din Transilvania, considerând după cum declară el însuși

Correspondență: Prof. Dr. Nicolae Constantinescu
E-mail: nae_constantinescu@yahoo.com

în acest articol că una din cele mai imperioase datorii pe care o avea era aceea de a forma chirurghi. Dar nu numai tehnicieni, ci și caractere după cum mărturisește Ion Chiricuță, în monografia pe care i-a dedicat-o (1). Deci un al doilea motiv al alegerii mele este elogiul pe care vreau să-l aduc în paginile revistei, unuia din renumiții șefi de școală chirurgicală din România antebelică. În cuvântarea rostită cu ocazia serbării împlinirii a 50 de ani de viață și 10 ani de activitate la Universitatea din Cluj în 17 decembrie 1929, Iacob Iacobovici declară: "în chirurgie mai mult ca oriunde în medicină, probitatea științifică este prima calitate.....A minți în chirurgie înseamnă cel mai criminal act posibil. Faci pe alții să meargă pe un drum presărat cu morți, pe care tu i-ai tănuit și atunci se produc acele hecatombe, care vin și evidențiază falsul comis de un criminal". Conduita aceasta a păstrat-o și la București unde a publicat în 1938 împreună cu I. Porumbaru "Date statistice asupra activității Clinicii a II-a chirurgicale din București- 1 sept.1933-1 ian.1938" (2), unde din nou insistă asupra faptului că statistica făcută incorect induce în eroare, devenind o "minciună în cifre". Îl citează pe Lecène care declara că "nimic nu va înlocui vreodată în chirurgie statistica bazată pe experiența personală a unui om care știe să vadă și care, mai mult decât atât, este riguros științific, adică publică toate cazurile pe care le-a observat, atât eșecurile cât și succesele, analizându-le cât mai bine și mai amănunțit".

Consecvent principiilor pe care și le-a impus sie însuși, Iacob Iacobovici a atras ca un magnet tineri capabili și a format apoi viitori profesori, șefi de centre chirurgicale din toată țara. La fel cum el se mândrea cu apartenența la școala lui Toma Ionescu, la fel elevii lui i-au purtat arta, știința și conștiința chirurgicală însușite de la el în toate colțurile țării. Amintesc din școala de la Cluj a lui Iacob Iacobovici pe profesorii Alexandru Pop, care i-a succedat la Cluj, Alexandru Rădulescu, Eugen Țeposu, Aurel Nana, Traian Prăgoiu, Zeno Borza, apoi pe Ioan Mureșan și Ion Danicico de la Timișoara, pe șefii de secție Onaca de la Sighișoara, Bona de la Suceava, Bolintineanu și Mitrea de la Craiova, Sandi Pop de la Oradea, Nicoară de la Reghin, Fodor de la Dej. Din școala pe care a format-o la București amintesc pe profesorii Ion Chiricuță, Ion Țurui, Dumitru Vereanu, Florian Mandache, Dumitru Burlui, Pavel Simici, Victor Prodescu, I.Teodorescu-Exarcu, I.Th. Riga, apoi pe șefii de secție Constantin Andreoiu, Ion Porumbaru, Eugen Mareș, Ion Petroșanu,

Gabriel Iliescu, Alexandru Augustin, N.Covali, și mulți alții.

Statistica prezentată de autori privind mortalitatea post-operatorie, dovedește nivelul la care se practica chirurgia în anii 20'-30' și ar fi incorect să o compar cu cifrele mortalității pe care o înregistrăm noi astăzi, fiindcă unele erau condițiile în care se opera în anii '30 și altele sunt cele în care se operează la începutul sec.XXI, în special în ceea ce privește controlul infecției și asigurarea unui confort fiziologic intra-operator pentru bolnav. Sunt de reținut însă câteva lucruri. În primul rând importanța pe care o acorda Iacobovici aflării cauzelor care au dus la deces, deci rezultatelor necropsiei, acest „moment al adevărului”, care trebuie să șlefuiască formarea oricărui chirurg. Jean Quénu declara la începutul secolului trecut: "l'apprentissage des chirurgiens se chiffrent dans les cimetières". Iacobovici este conștient de faptul că obligația de a pregăti viitori chirurghi crește mortalitatea clinicii. El crede că greșelile de tehnică făcute de începători sunt excesiv de rare fiindcă ei sunt totdeauna dublați în plagă de un cadru bine pregătit. În clinicile pe care le-a condus, externul intra uneori în echipa operatorie, internul întotdeauna iar secundarul avea mână liberă. Iată ce declară Iacob Iacobovici: "am făcut școală la un om, care lăsa mână liberă secundarului său. Grație acestei libertăți Toma Ionescu a făcut școala chirurgicală de azi. Am înțeles să-l urmez și chiar să fiu mai generos decât dânsul"(2).

În sfârșit o ultimă remarcă: Iacobovici este convins că scăderea mortalității ține de numărul de operații efectuate de un chirurg într-un anumit domeniu și consideră că ameliorarea substanțială a rezultatelor se va putea obține prin specializarea dusă până la ultima limită, când activitatea chirurgicală se rezumă la un singur organ sau la o singură operație. Cel puțin în reducerea mortalității operatorii acesta este un adevăr indiscutabil.

Bibliografie

1. Chiricuță I. Prof. Dr. Iacob Iacobovici - întemeietorul școlii românești de chirurgie din Transilvania. București: Editura Medicală; 1979.
2. Iacobovici I, Porumbaru I. Date statistice asupra activității Clinicii a II-a chirurgicale din București - 1 sept. 1933-1 ian. 1938. București: tip. Rotativa; 1938.