

CV 1334

3186

~~8556~~

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

No. 443.

DIVERTICULUL DUODENAL

8556



PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ
ÎN ZIUA DE 7. FEBRUARIE 1929

DE
TÓTH ANTONIU



„MINERVA” INSTITUT DE LITERATURĂ ȘI TIPOGRAFIE S. A. CLUJ
1929.



440003163

Biblioteca UMFST

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

No. 443.

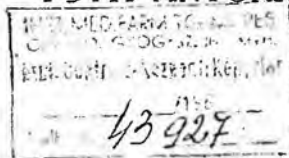
DIVERTICULUL DUODENAL



PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ
ÎN ZIUA DE 7. FEBRUARIE 1929

DE

TÓTH ANTONIU



23 MAY 2005



„MINERVA” INSTITUT DE LITERATURĂ ȘI TIPOGRAFIE S. A. CLUJ
1929.

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan: D-nul Prof. Dr. TĂTARU CORIOLAN

Profesori :

Clinica dermato-venerică	D-l Dr. Tătaru C.
Istologia și embriologia umană	" " Drăgoiu I.
Clinică infantilă	" " Gane T.
Clinica ginecologică și obstetricală	" " Grigoriu C.
Istoria medicinei	" " Guiart I.
Clinica medicală	" " Hațiegan I.
Clinica chirurgicală	" " Iacobovici I.
Farmacologia și farmacognozia	" " Martinescu Gh.
Clinica oftamologică	" " Michail D.
Clinica neurologică	" " Minca I.
Medicina legală	" " Minovici N.
Igienă și igiena socială	" " Moldovan I.
Radiologia medicală	" " Negru D.
Fiziologia umană	" " Nițescu L.
Farmacie chimică și galenică	" " Pamfil Gh.
Anatomia descriptivă și topografică	" " Papilian V.
Clinica oto-rino-laringologică }	" " Predescu-Rion I.
Clinica stomatologică (supl.) }	
Patologia generală și experimentală	" " Botez A. M.
Chimia biologică	" " Thomas P.
Clinica psihiatrică	" " Urechia C.
Anatomia patologică	" " Vasiliu Titu
Clinica urologică	" " Teposu E.

JURIUL DE PROMOTIUNE

Președinte: D-l Prof. Dr. Iacobovici Iacob

Membrii : { " " " Hațiegan Iuliu
" " " Negru S.
" " " Papilian V.
" " " Titu Vasiliu

Supleant : " Doc. " Goia I.

Dlui Profesor IACOBOVICI,
respectuoasă recunoștință pentru onoarea
de a-mi prezida teza.

PROFESORILOR MEI
știmă și recunoștință.

PĂRINȚILOR MEI

cari au jertfit atât de mult
pentru mine, le dedic
această lucrare cu toată
dragostea de fiu.



Diverticulul Duodenal.

Despre acest subiect foarte interesant și puțin cunoscut lumii medicale de ieri, am intenția, de a face un studiu modest. Înainte de a mă numi doctor vreau să contribuiesc și eu pe cât voi putea la lămurirea acestui teren destul de obscur a medicinei. Diverticulul duodenal este un subiect, care până la era ultimă a medicinei moderne aparținea mai mult anatomiei patologice. El era descoperit întâmplător la necropsii și ca atare, era considerat ca o curiozitate științifică, ne având decât o importanță cu totul secundară. Mai târziu lumea medicală fiind avertizată, mai ales de către Letulle și Keith și asupra turburărilor patologice cauzate de diverticuli duodenali, li s'a dat din ce în ce mai multe atenție. Dar, nici atunci nu li s'a dat încă importanța ce se cuvenea față de frecvența lor relativ considerabilă, căci cum am spus și mai înainte, cazurile erau descoperite mai todeauna la examenele anatomo-patologice. Dar și în vremea aceea Buschi a raționat foarte just și cu o intuiție excelentă, că după astfel de statistice și colecțiuni — adică după statistice și colecțiuni de piese anatomo-patologice a cazurilor autopsiate — nu se poate trage nici o concluzie, oricât de puțin exactă ar fi ea: asupra frecvenței acestei anomalii.

Introducerea razelor X, ca mijloc de investigație în medicină, deschide orizonturi largi și noi în cercetarea acestui subiect medico-chirurgical. Cu ajutorul acestui nou mijloc de investigație s'au putut pune diagnostice ce ce până atunci erau imposibile. Primul caz observat cu razele „Röntgen” datează din 1912 și de atunci numărul cazurilor observate și studiate, din zi în zi crește; cazuri ce până atunci rămăneau nediagnosticsate, ori etichetate

greșit, fiind confundate cu: dispepsii, ulcer duodenal, tulburări hepatice etc.

În 1921 I. Greder publică în teza sa de doctorat 73 cazuri de diverticuli duodenali bine studiați grația acestui nou mijloc de investigație. În 1925 M. Roux-Berger din Paris raportează al 100-lea caz de diverticul duodenal.

Reintorcându-ne însă la anul 1920, vedem că el prezintă o dată foarte importantă în istoricul studiilor diverticulilor, căci în acel an a apărut în „The Journal of the American Medical Association” o comunicare foarte interesantă a distinsului medic T. G. Case asupra diverticulilor intestinali. În ea el pune chestiunea diverticulilor în adevărata lor lumină arătând importanța și frecvența lor relativ considerabilă, spre marea surprindere a întregii lumi medicale. Cu ajutorul razelor X el face examinarea completă a tubului digestiv la 6347 indivizi.

Autorul prin această lucrare nu numai, că dă rămadă convingerea de până atunci, că diverticuli duodenali sunt excepționali — căci la cazurile examinate a găsit nu mai puțin decât 90 de diverticuli și dintre aceștia 85 erau situați la duoden — dar demonstrând frecvența lor relativ mare, îi scoate din rândul curiozităților medico-chirurgicale și-i introduce în patologia practică, reușind astfel să elimine o cauză de eroare la punerea diagnosticului și în consecință aduce un folos real științei medicale.

Diverticuli pe traseul tubului digestiv survin cum am văzut în număr destul de mare. S-au observat foarte des diverticuli pe esofag, mai rar pe stomac, în număr considerabil la nivelul duodenului, în număr mai restrâns pe jejun și ileon.

În general diverticuli se împart în două categorii: 1. Congenitali, 2. Câștigați. Această împărțire, ce pare atât de simplă, nu se poate aplica de fapt în toată rigoarea ei, căci în foarte multe cazuri nu se poate decide, dacă avem de a face cu anomalii congenitale, sau cu diverticuli, la a căror bază sunt viciuri congenitale diferite sau sunt niște formațiuni alcătuite în decursul vieții extrauterine prin diferite mecanisme, fără a interveni momente hereditare.

De această nesiguranță ne lovim mai ales în ceea ce privește împărțirea diverticulilor duodenali numiți de Perry și Shaw „non inflammatory pouches” ai duodenului. În această chestiune: „Medici certant et adhuc sub iudice list est”, căci până acum nu s-au găsit criterii

sigure, pe baza cărora să se poată explica patogenia lor în anumite cazuri.

Cred că sunt dator să fac această dare de seamă cât se poate de sumară asupra cunoștințelor actuale despre diverticuli duodenali înainte de a intra în traterea minuțioasă a subiectului ales.

Trebue să mai amintesc, „per analogiam” despre o anomalie congenitală „*Diverticulul lui Meckel*” numit și „*Diverticulum verum*”. Patogenia lui e pe deplin lămurită și se explică astfel. Canalul vitelin — omfalo-mezenteric — poate perzista în viața extrauterină, ori sub forma unei comunicațiuni între intestin și ombilic, când vorbim despre perzistență canalului omfalo-mezenteric, ori o parte din acest canal dispare, iar restul formează un apendice fixat de intestin, la o distanță mai mică sau mai mare dela valvula ileo-cecală și în acest caz vorbim despre diverticulul lui Meckel. Căuzele perzistenței, ori dispariției incomplete a canalului omfalo-mezenteric nu le cunoaștem.

Pe când perzistența canalului vitelin se poate observa ca o fistulă, prezența diverticulului lui Meckel nu se traduce prin nici o turburare de cele mai multe ori. Trebuie să știm însă, că se poate complica destul de frecvent dând: 1. Ocluziuni intestinale, 2. Diverticulite, 3. Tumori.

Constatarea prezenței acestei anomalii exclusiv congenitale se poate face prin Röntgen.

În aceasta ordine de idei mai amintesc și ceilalți diverticuli a diferitelor segmente ale intestinului subțire și gros, precum și al apendicelui, cari sunt considerați, ca „câștigați”. Mă scutesc de a scrie mai pe larg despre acestea, mă limitez exclusiv la semnalarea existenței lor.

Trebue să mai amintesc tot aici, pentru a evita ori ce confuzie, proprietatea unor ulcere duodenale de a forma punji numite „*pseudo-diverticuli*”.

Explicația formării acestor pseudo-diverticuli constă, în slăbirea bazei ulcerului, care la un moment dat cedează. În anumite cazuri acest proces se poate combina cu tracțiunea, ce rezultă prin aderențele între ulcer și organele vecine.

Moynihan descrie un mod diferit de aceasta, pentru formarea de ulcere cu punji numite „*ulcere diverticulare*”.

El dă mare importanță faptului, că anumite formațiuni de bride dela periferia ulcerului prin cicatrizarea lor, strangulează o parte a duodenului. Un caz foarte interesant am găsit în cartea lui E. Melchior „*Chirurgie des*

Duodenum"; cazul lui Pilcher unde aceasta pungă ajunge la o capacitate de 180 cm³.

Diferența între diverticuli duodenali „non inflammatory pouches” și între aceste pungi inflamatoare se explică pe baza structurii pereților lor.

Pe când diverticuli au pereți cu mucoasă normală, aceștia din urmă, sunt constituiți din țesut pur fibros, unde găsim, ori o cicatrice stelată, ori chiar un ulcer deschis.

Pe lângă aceasta, diverticuli sunt situați mai ales în apropierea ampulei lui Vater, pe când cei constituiți pe baza unui ulcer, aparțin porțiunii superioare. Acest lucru însă nu se poate generaliza. Clinic ulcerajunile saciforme nu dau simptome speciale; toluși la radiografie se pot evidenția. De aceea e bine să le avem în memorie, la punerea diagnosticului radiologic, pentru a nu face vreo confuzie.

După aceste generalități și lămuriri ce erau necesare pentru a înțelege ceea ce va fi expus ulterior și care ne trebuiau pentru a ne putea orienta în literatură, unde „termini tehnici nu sunt încă definitiv cristalizați, să intrăm în tratarea sistematică acestui subiect.



Să-mi fie erlat a trece în revistă istoricul cunoștințelor despre diverticuli duodenali pe care l-am schițat deja în trăsături generale.

Primul, care amintește existența acestor diverticuli a duodenului este Chomel a cărui lucrarea datează din 1710.

După el Morgagni în lucrarea sa „De sedibus et causis morborum” din anul 1778, descrie această anomalie.

Mai târziu Fleischmann face un studiu asupra acest subiect intitulat „Leichenöffnungen Erlangen” în anul 1815.

Printre lucrările mai noi, care au sporit cunoștințele despre acest subiect; trebuie să amintim lucrările lui Letulle, Buschi, Keith, dintre cercetători moderni pe, Case, Greder, Raymond Bonneau, Cole, Roberts, etc.

Anatomie patologică.

Forma diverticulului, se compară de obicei cu forma unui deget de mânășă.

Mărimea diverticulului, variază la fiecare caz dela

mărimea unei linte la aceea a unei nuci, ba chiar poate ajunge, cât un ou de găină.

Lungimea sacului, variază dela câțiva milimetri până la 4—5 cm. (Cazul lui Bauer).

Orificiul intestinal, „colul” după Letulle, este de obicei larg. Letulle dă, ca diametru mediu 8—10 mm. In cazul lui Bauer acest orificiu atingea chiar 3—4 cm. Forma orificiului de intrare; e de obicei rotundă, dar se pot observa și orificii ovale. In cazurile singurale; cum e într'un caz a lui Roth intrarea în diverticul se găsea ascunsă de cute înalte. Aceste cazuri însă sunt excepționale.

In marea majoritate a cazurilor orificiile de intrare sunt aproape tot așa de largi, ca și lumenul diverticulului însuși. In consecință sacii sunt de cele mai multe ori goi; rare ori conțin numai suc intestinal, sau chim, eventual detritusuri intestinale, chiar și când stomacul și duodenul sunt evacuați.

Ocazional se rătăcesc și corpi străini în acești diverticuli. Astfel Ungermann a găsit 2 bucăți mici de oase. Letulle un sâmbure de strugure.

In două cazuri a lui Buschi diverticuliile conțineau niște calculi biliari emigrați. Acelaș lucru într'un caz a lui Gruber.

Direcțiunea diverticulului; după Letulle este în general aproape perpendiculară pe axa intestinului.

Diverticuliile „peri-ampulari” au o poziție tipică, căci sunt îndreptați spre partea stângă, laterală a duodenului spre capul pancreasului, fără a ajunge în atingere cu corpul glandei, de care rămân despărțiți printr'un țesut conjunctiv lax. L. G. Cole, Roberts, Gilson Bariety Le Noir etc. consideră ca poziție normală a diverticuliilor duodenali, cea internă, sau postero-internă.

Suprafața interioară a diverticuliilor este netedă și uniformă. Mucoasa, care-l câtușește apare de obicei mai subțire, decât mucoasa duodenală, lotuși e normală (Letulle).

Structura părăților. Pentru a evidenția unele păreri divergente în această chestiune, voiu cita descrierea a doi autori: „Melchior” și Bonneau. Primul zice, că pe-retele diverticulului e format de regulă numai din mucoasă și submucoasă, pe când musculatura se plasează, de cele mai multe ori la orificiu sub formă de inel: așa încât acești diverticuli din punct de vedere pur anatomic co-respund unei hernii a mucoasei. Totuși absența musculaturei, nu este privită, ca ceva obligatoriu, Astfel Buschi,

Völker și Seippel au găsit că musculatura trece ocazional și pe sac; deși poate fi o pătură diminuată în grosime.

Mucoasa e și ea de cele mai multe ori redusă, de obicei prin pierderea glandelor lui Brunner. În alte cazuri, de exemplu în observația primă a lui Buschi s'ar putea constata o mucoasă normală, cu glandele și foliculii ei.

Shaw vrea, după cum indică Keith să demonstreze existență unui țesut pancreatic într'un asemenea diverticul. Totuși, Keith e de părere, că aici ar fi fost vorbă mai curând de o glandă a lui Brunner.

Al doilea zice, că structura diverticulului este de obicei al unui intestin normal. Seroasa ori există, ori lipsește; depinde, dupăcum diverticulul s'a dezvoltat pe partea acoperită, sau pe partea lipsită de peritoneu. S'a căutat să se dividă diverticuli; în diverticuli adevărați, având toate straturile și în diverticuli falși, când lipsește stratul muscular. Acestor două tipurile corespunde patogenii diferite. Această împărțire însă nu se poate aplica cu toată rigoarea ei. De fapt structura păreților la diverticuli mici e mai totdeauna normală. La cei mari însă se poate, că prin distenziunea conținutului intestinal, musculatura să cedeze devenind mai subțire, eventual pare chiar a lipsi parțial; pe când mucoasă, e mai rezistentă. Dar pe urmă și mucoasă diminuează în grosime.

Ca exemplu citez examenul lui S. Basch din New-York publicat în „The American Journal of the Medical Sciences“ Junie 1917: „Stratul seros normal, musculatură subțiată, o mucoasă sănătoasă dispărând în unele locuri.“

D-l. Prof. Iacobovici scrie astfel în articolul său apărut, în revista „Clujul Medical“ 1922 No. I—II: „Structura diverticulilor variază. Atunci când ei se exteriorizează și formează o cavitate, aceasta are un perete compus din toate tunicile, dar în cele mai multe cazuri peretele nu este format decât din mucoasă și seroasă, iar musculatură lipsește.“

Cole și Roberts conchid foarte scurt, asupra acestei chestiuni în modul următor: „La nivelul acestor diverticuli musculatura e slabă: glandele lui Lieberkühn sunt prezente; nu se găsesc glandele lui Brunner. Părțile de țesut pancreatic sunt frecvent întâlnite în mucoasa diverticulilor duodenali.“

Tot aici mai citez rezultatul examenului microscopic al cazului lui Siegrist publicat în „Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte“ 1921: „Microscopiește diverticulul era constituit dintr'o tunică mucoasă cu numeroase glande al lui

Lieberkühn. dintr'o submucoasă și musculara-mucoasă și câteva glande a lui Brunner. Este vorba — zice el — în acest caz de un diverticul falș."

Vedem din cele expuse, că mai toți autori permit amândouă feluri de structura a părșilor d.verticuilor, diferență între ei este numai, că unii privesc ca tip principal „herniile mucoase”, pe când ceilalți, diverticuilii: având toate straturile ale unui intestin normal.

Conexiunile diverticuilului cu organele vecine sunt foarte importante de cunoscut

Poate să aibă raporturi foarte inlime cu coledocul și cu canalul pancreatic. Acestea suferă turburări de evacuare și se dilată. Câte odată aceste conducte se deschid chiar în diverticuilul.

Turburările funcționale ale canalelor pancreatice pot fi cauza steato-necrozelor ori a pancreatitelor hemoragice.

Turburările funcționale ale căilor biliare, favorizează formarea calculilor și sunt cauza coelitiiazelor.

Calculii se pot depune în interiorul diverticuilului.

De multe-ori diverticuilii pătrund în pancreas, de unde devine aproape imposibilă extracția lor pe cale chirurgicală.

În fine; vasele pancreatice-duodenale, și cele dela mezo-colon transvers vin eventual să șerpuiască pe suprafața diverticuilului, unde își sapă un sanș.

Când diverticuilul se inflamează; în cazuri de diverticulită și peri-diverticulită, se poate înșelege ușor, că reacțiunile din vecinitate devin grave.

Calibrul duodenului; nu e de loc diminuat câte odată este mărit, iar în cazurile lui Smidt (Halle) și Ohl (Cassel): erau dilatațiuni a porțiunei descendente în afară de un diverticul la „genu superius”.

Frecvență: Aci mi se dă o ocazie foarte precioasă de a face o comparație de statistică între statisticile autorilor vechi și a celor noi. Din ea se va evidenția bine rezultatul studiilor recente.

Buschi ar vrea să tragă concluzie că această anomalie e foarte rară — din faptul, că până la anul 1911 n'a putut strânge, decât 64 cazuri. — El personal găsi numai 2 cazuri din 150 de autopsii.

Jach din Kiel amintește în lucrarea sa „Über Duodenal Divertikel“ din anul 1899, că nu și a găsit decât 1 caz din 200 de autopsii, cu toată atențiunea dată acestei chestiuni

Buschi crede, că ar fi falș de a trage o concluzie

asupra frecvenței diverticulilor duodenali; pe bază acestor date câștigate din statisticele autopsiilor.

Ca o curiozitate amintesc, că la „Institutul de Patologie” din Bologna, de unde a emanat de altfel și comunicarea lui Buschi, nu s’a observat în decursul mai multor ani nici un caz de diverticul duodenal.

În fața acestor date foarte puțin numeroase, trebuie să luăm în considerare, că aceste „non inflammatory pouches”, nu reprezintă în majoritatea cazurilor, decât o stare anatomică accesorie și afară de această pot fi ușor trecute cu vedere, din cauza lipsei de manifestare exterioră a acestor diverticuli.

Explicația gășirii excepțional de rare, a acestor diverticuli în era pre-röntgeniană o avem prin aceea, că erau descoperiți numai atunci, când atențiunea anatomopatologului, eventual a chirurgului era îndreptată în special asupra duodenului.

Comparând, cercetările autorilor moderni, stăm frași înaintea rezultatelor divergente.

Rezultatele lui T. G. Case sunt cele mai elocvente.

El făcea cercetările sale asupra indivizilor sănătoși, prin examenul complet a tubului digestiv la ecran și găsește la 6347 de oameni 90 de diverticuli, din care 85 erau pe duodenul, 4 pe jejunul și 1 caz de diverticuli multipli pe ileon și pe jejun.

Deci, după socotelile lui, există în general 1 diverticul la 82 indivizi, iar în ce privește diverticuli duodenali 1 la 84 de oameni.

În această ordine de idei, mai amintesc expunerea lui M. Keller la „Société de radiologie medicale de France”, care vorbește despre examene radiologice făcute asupra 108 duodene suspecte, la care s’au găsit de 4 ori imagini diverticulare. În aceste cazuri au fost remarcate și simptomele ulcerului.

Despre rezultatul intervențiilor nu amintește nimic, așa, că originea lor rămâne neclarificată.

Ne putând ști dacă aceștia au fost „pseudo-diverticuli” sau mai bine zis „ulcere diverticulare” s’au unii dintre ei au fost diverticuli veritabili „non inflammatory pouches” fie congenitali, fie câștigați; la cari s’a supraadăugat numai sindromul ulcerului; rămâne să reținem numai aceste date.

Frecvența relativă, a diverticulilor duodenali, fața de ceilalți diverticuli după socoteala lui Keith este

14 : 156 = 9%. (Pe baza preparatelor conservate în muzeele din Londra.)

Acuma să punem față în față cu datele lui Case 85 : 90 = 94%.

Pentru clarificarea acestei chestiuni, trebuie să menționez, că socoteala lui Keith cuprinde toți diverticuli, pe când cea a lui Case se referă numai la diverticuli in-
testinului subțire.

Raymond Bonneau susține, că diverticuli duodenali se clasifică după frecvența lor relativă, între diverticuli esofagului și cei ai stomacului.

Impărțirea cazurilor după sex. Statistica lui Buschi conține în totalitate numai 26 de cazuri, din care 17 aparțin sexului masculin și numai 9, sexului feminin.

Cazurile lui Case se împart astfel : la sexul masculin 34 de cazuri ; la sexul feminin 51 de cazuri.

Există deci o contra-dicție netă în ce privește datele acestor doi autori.

Vom vedea mai departe, la discuția patogeniei diverticulilor ; ce rol important va juca această nouă statistică, la întărirea unei teorii, care până în ultimul timp, era contestată chiar pe baza statisticei vechi a lui Buschi.

Repartiția cazurilor după vârstă. Statistica lui Buschi dă datele următoare.

Intre	0 ani până la	10 ani s'au găsit	1 caz
"	11 "	" 20 "	" 0 "
"	21 "	" 30 "	" 1 "
"	31 "	" 40 "	" 0 "
"	41 "	" 50 "	" 2 "
"	51 "	" 60 "	" 9 "
"	61 "	" 70 "	" 6 "
"	71 "	" 80 "	" 3 "
"	81 "	" 90 "	" 9 "

I. Greder în teza sa de doctorat stabilește următoarea repartiție, socotind procentual.

16% sub 50 de ani 37% între 50—60 de ani, 47% peste 60 de ani.

Dacă transformăm, datele lui Buschi în procente și le exprimăm, după limitele de vârstă ; căpătăm datele următoare :

Dela 1—50 ani 16.6%. Intre 50—60 de ani 37.6% dela 60 de ani încolo 45.8%.

Vedem așadar, că datele concordă aproape.

Localizarea : Sediul acestor diverticuli este de cele mai multe ori lip c. Punctul de eșire este situat mai totdeauna pe partea descendentă a duodenului și cu o regu-

laritate remarcabilă în jurul apropiat al papilei lui Vater „Diverticules peri-Vateriens” după Letul e.

Din 44 de cazuri adunate de Buschi, nu mai puțin decât 33 (75%) au prezentat această localizare.

Alte 6 (13.6%) au aparținut primei porțiuni a duodenului: 3 (6.9%) (Așa și în cazurile lui Gandi și Jackson), părți orizontale inferioare. În alte 2 cazuri (4.6%) s-au găsit diverticuli concomitenți pe I-a și a II-a parte a duodenului.

Dintre cazurile lui Case erau: pe prima porțiune 17. (20%) pe a II-a porțiune 49. (57.6%), pe a III-a și unghiul duodeno-jejunal 19. (22.2%).

După statistica lui L. G. Cole și Roberts din 29 de cazuri

23	diverticuli (79.3%)	au fost găsiți pe porțiunea	a II-a
2	“ (6.9%)	“ “ “ “	I și II-a
1	“ (3.45%)	“ “ “ “	I-a
2	“ (6.9%)	“ “ “ “	a III-a
1	“ (3.45%)	“ “ “ “	IV-a.

Din aceste date destul de divergente și neprecise, se poate trage totuși o oare care concluzie asupra frecvenței diverticuliilor în diferitele segmente ale duodenului.

Vedem, că diverticuliile se găsesc excepțional în porțiunea a IV-a duodenului. Apoi în ordinea crescândă vin: prima, a treia și în fine locul de predilecție porțiunea a II-a.

De curiozitate amintesc câțiva autori cari au găsit și au studiat diverticuli în porțiunea a IV-a: Andrews Cole, Carnot, Tossel, Gally, Moore, Ohnel, Peron, Ray, Roberts etc.

În ce privește multiplicitatea lor: diverticuliile în marea majoritatea a cazurilor se găsesc, ca formațiuni singuratice; mai rar survin, concomitent, doi sau mai mulți saci de sine stătători.

Statistica lui Buschi relativă la 51 de cazuri ne redă situația următoare:

Un diverticul. de 35 ori
Doi diverticuli de 13 ori
Patru diverticuli de 2 ori
Cinci diverticuli de 2 ori.

Din cele 85 cazuri a lui T. G. Case 78 au fost unice și numai în 7 cazuri s-au găsit diverticuli multipli, variând dela 2, până la 4, după caz.

După L. G. Cole și Roberts; din 30 de cazuri, 25 erau unice, de 2 ori au găsit 2 diverticuli și numai într'un caz au observat 3 diverticuli concomitenți.

Cazurile multiple 10—20—100 etc. care ar surveni

pe întregul intestin, sunt din fericire foarte rare, căci tratamentul acestor „maladii diverticulare” ar fi foarte complicat, în unele cazuri, chiar imposibil.

În ce privește *asociațiunea diverticulilor duodenali cu alte leziuni*; tot Cole și Roberts dau, date interesante.

Din cazurile relatate de ei 4 erau asociate cu existența nesigură a unui ulcer duodenal, 3 erau concomitente, cu ulcer gastric, iar în 11 cazuri au observat spazm piloric.

Patogenie.

O clarificare, a naturii diverticulilor duodenali și deci o clasificare netă a cazurilor, nu s'a putut face până acum din cauza criteriilor nesigure. Putem spune, că suntem în plină ipoteză, din cauza ignoranței momentelor acționante.

Până în timpurile actuale două păreri diametral opuse s'au pus față în față în ce privește patogenia lor. Prima consideră diverticulul, ca o formațiune câștigată, cea de a două, ca o anomalie congenitală.

Mai nou există o tendință la „eclecticizm”, adică la admiterea ambelor păreri aplicându-le separat după caz.

Prima părere este reprezentată de Fleischmann, Perry, Shaw, Roth și Keith, Grasser. Acești autori consideră diverticulul, ca o hernie a mucoasei, care a eșit prin găurile musculaturei. Astfel se produce în regiunea ampulară, în urma traversării oblice a peretelui duodenal. Presiunea internă interstițială mărită este acceptată, ca ultimă cauză a prolapsului mucos. Perry și Shaw se gândesc la colaborarea unei constipație veche; Keith la acela a unei enteroptoze.

Observația publicată de Hansemann ocupă un loc special, în chestiunea diverticulilor câștigați. Ea se referă la un om de 85 de ani, mort de pneumonie, la autopsia căruia s'au găsit vr'o 400 de diverticuli diseminați pe întregul intestin și în special pe intestinul subțire și pe duoden de mărimi; dela un bob de linte până la un ou de porumbel. Hansemann zice că acești diverticuli ar trebui considerați ca niște hernii mucoase, care și-au făcut prolabarea prin punctele de eșire venoase. El a arătat că punctele de străbatere a venelor eferente ar fi „locus minoris resistentiae.” Nu s'a putut preciza dacă o altă cauză concomitentă, ca: stază alimentară, meleo-

rizm cronic etc. n'ar juca un rol. Grasser studiind un caz de stenoza cauzată de o diverticulită, constată, că aceștii diverticuli se formează de asemenea la punctele de pătrundere a vaselor mezenterice. La intestinele unde e stază, presiunea determină formarea de infundări și de diverticuli. Aceste infundări se irită și în consecință sunt năvălite de celule limfocitare și uneori se izolează niște insule din aceste celule. Acești diverticuli mucoși sunt destul de frecvenți. Școală veche, critică aspru această ipoteză, care explică formarea diverticulilor pe baza presiunii interne mărite. Melchior scrie astfel despre această problemă: „Este îndoelnic, că teoria presiunii intestinale mărite s'ar putea susține. Astfel Seippel (Ribbert) a arătat, că dovezi speciale pentru aceasta, n'au fost aduse în nici unul din cazurile descrise. De fapt nimic nu ne îndreptățește să acceptăm, că o constipație, sau o enteroptoză poate să ducă la ridicarea presiunii în duoden și ca consecință la formarea unui diverticul . . . Dacă teoria aceasta ar fi justă ar trebui să ne așteptăm ca femeile, la care aceste momente survin foarte frecvent, să dea contingentul principal al diverticulilor duodenali; el este întâlnit însă mai ales la bărbați.”

Cercetările mai noi tind a întări teoria acestui mod de formare a unui grup din diverticuli intestinali.

Mai mult, statisticele noi — de ex. a lui Case, cu 51 de cazuri la femei față de 34 la bărbați, în paralelă cu statistica lui Buschi, unde față de 17 cazuri observate la bărbați, stau numai 9 cazuri găsite la femei; — vin să desmintă obiecțiunile aduse acestei teorii, ridicând valoarea ei până atunci mai mult speculative la cea a unei explicațiuni, bazată pe statistici bine întocmite.

Dar această explicație nu se poate aplica la toate cazurile, căci în contra acceptării unei simple formări a unei hernii mucoase pledează faptul că stratul muscular nu lipsește întotdeauna. Seippel (Ribbert) acceptă că musculatura se distruge în mod secundar în urma unei atrofii de compresiune, produsă prin creșterea continuă a diverticulului. Seippel lasă în suspenzie, căror momente ar trebui atribuită eșirea tuturor părților intestinale. Domnul Prof. Dr. I. Iacobovici conchide astfel: „Patologia acestor boale este destul de obscură. Un factor important e slăbirea peretelui intestinal, din cauză vârstei, a ptozei, a grăsimii. Pare că un rol important ar avea și presiunea intestinală mărită. Un rol important ar avea și anumite slăbiri ale peretelui intestinal, cum sunt punctele de străbatere ale

vaselor sanguine. Anomaliile musculaturei înlesnesc formarea acestor diverticuli.

Notez o altă ipoteză foarte interesantă pentru explicarea unui alt mod de a se produce eherniere a mucoasei duodenale:

Thomson în studiul său publicat în revista „Edinburgh Medical Journal” 1908 Aprilie, descrie un caz examinat la microscop, unde tuberculoză incipientă distruge stratul muscular și prin aceasta lipsă de substanță herniază mucoasa.

Un asemenea caz citează și Dl. Prof. Iacobovici în revista „Clujul Medical” 1922; unde examenul anatomo-patologic făcut de Dl. Prof. Titu Vasiliu și de Dl. Docent. Roth.

Diverticulul era, la intestinul subțire: „Examenul microscopic a arătat, că la nivelul diverticulului există un proces tuberculos. Ca atare t-b-c poate da diverticuli lipucos.

Ar fi greu de precizat, dacă tuberculoza este cauza diverticulului, sau dacă este consecutivă procesului patologic produs de diverticul.”

Această lipsă de cunoștință exactă a momentelor acționante în viața extrauterină, a determinat pe mulți autori (Letulle, Marie, Gandy, Buschi etc.) să împărtășească natura congenitală a acestui anomalii.

S'a gândit în acest caz, pe de o parte la malformațiuni atavice. Marie s'a raportat în această ordine de idei la formațiunea fiziologică la peștii, cari au o astfel de eșitură numită „appendicus piloricae”.

În același sens a atras Keith atențiunea lumii medicale, asupra celor constatate de Lewis și Thing, că la embrionii animalelor sugătoare se pot observa numeroase excrescențe epiteliale pe intestinul primitiv, în luna a doua a vieții fetale, asemănătoare ca aspect excrescențelor pancreatice, care iarăși dispar în mod normal.

Ar fi de conceput în consecință, că diverticuli aceștia ar fi rămășițe rudimentare de natura pancreatică atipică.

Ca o astfel de concepție nu e cu totul arbitrară reese din faptul, că s'au găsit deja de multe ori (cazurile lui Nauwerk, Neumann, Zenker, Klogy, Thomson etc.) pe teritoriul pungii, grupuri de celule pancreatice, numite după terminologia germană „Nebenpankreas”.

Glinski s'a raportat și mai înainte la această împrejurare. Într'un caz raportat de Jackson; Keith admite posibilitatea unui caz de diverticul pancreatic.

Dovada imediată pentru survenirea diverticulilor duodenali congenitali, ne dă observațiunea lui Shaw deja citată, în care era vorba de coincidența unui diverticul, cu atrezia concomitentă a duodenului.

În acelaș sens vorbește și observația lui Falkoner, la care s'a găsit, afară de un diverticul duodenal și un diverticul sigur congenital a stomacului cu un „Nebenpankreas” la baza.

Letulle observă coincidența aparentă cu un diverticul esofagian.

Iach găsi deasemenea concomitent cu un diverticul tip „Meckel” și cu un rinichiu în formă de potcoavă.

Deasemenea într'un caz Perry și Shaw.

În câte un caz a lui Letulle și Marie, există în fine, o eclazie congenitală a căilor biliare, concomitent cu un diverticul duodenal.

Că diverticuli duodenali congenitali există, nu mai e îndoelnic pe baza expunerilor de mai sus.

Dar să-mi fie permis a încheea acest capitol cu cuvintele lui Melchior: „Nelămurită rămâne însă întrebarea, dacă acesta este unicul mod de formare a lipului descris? Sau pot surveni diverticuli cu „habitus anatomicus” identic și în viața postfetală. Această rămâne totuș o problemă ce până acum nu poate fi rezolvată pe baza materialului existent.”

Autorii cei mai noi admit, posibilitatea formării diverticulilor duodenali, după ambele teorii. Aceștia sunt membrii școalei „eclectic-separaliste”, care numire o cred justă; căci ei în loc să conformeze cazurile în mod dogmatic, uneia, sau alteia din aceste teorii, cu un realizm sănătos, aplică când una, când alta după caz, încadrându le după „habitus anatomicus” al lor în rândul diverticulilor „congenitali”, sau „câștigați”.

Ca criteriu la această împărțire se ia, prezenta ori absența stratului muscular în peretele diverticular.

Cei cu stratul muscular mai mult sau mai puțin bine păstrat, sunt considerați, ca congenitali; cei lipsiți, adică diverticuli tip „mucos” sunt încorporați între cei câștigați.

Dar nici această împărțire schematică, de altfel atât de plăcută, nu rezistă criticelor riguroase.

Căci cum am amintit mai sus, după comportarea aparentă a musculaturei; de multe ori putem comite greșeli în etichetarea lor patogenetică.

Raymond Bonneau scrie astfel: „Patogenia diverticu-

lilor este obscură; s'a încercat a divide diverticuli în diverticuli de tracțiune și diverticuli de pulziune.

Natural, această împărțire nu ia în considerație originea lor.

E o distribuție mai mult după mecanismul producerii acestora și firește, că nu este desăvârșită, din punct de vedere riguros științific.

După cum vedem, nu s'a stabilit încă teoria, care ar explica pe deplin natura diverticulilor și care ar duce la bun sfârșit discuția, în ceea ce privește împărțirea riguros științifică a cazurilor.

Simptomatologie.

Diverticuli duodenali au fost considerați până în timpurile mai noi, ca niște formațiuni lipsite de importanță.

De fapt această se potrivește numai la o parte, a cazurilor, în care diverticulul duodenal n'a dat nici cel mai mic deranj în timpul vieții. În cazuri relativ destul de numeroase însă el dă simptome diferite, cari silesc pe bolnavul să se supune examinării. Ori și cum, există o diferență curioasă între numărul mare al diverticulilor descoperiți la examenul radiologic și între constatările operatorii care sunt destul de limitate la număr. Cauza e, că turburările date de diverticuli sunt relativ ușoare și purtătorii nu acceptă operația. Absența turburărilor serioase se explică prin aceea, că diverticuli par a fi o maladie a vârstei mature și a bătrâneții. În realitate anomalia această există tot așa de frecvent la tineri, dar aceștia așteaptă cu examinarea și mai ales cu operația până când accidentele nu-i forțează. Accidentele pot eventual, să nu se producă sau să manifeste după 20—40 de ani.

Turburările capabile de a produce un diverticul duodenal se pot împărți în:

1. Turburări funcționale diferite, dispepii).
2. Turburări mecanice (ocluziuni, compresiuni).
3. Inflamațiuni (diverticulite).
4. Tumori (ce s'ar putea desvolta în interiorul lui).
5. Complicațiuni.

Cum am spus mai sus, diverticulul duodenal poate da diferite turburări dispeptice persistente foarte mult timp.

Într'un caz al nostru bolnavul suferea de doi ani. Avea dureri difuze în abdomen mai pronunțate pe linia

mediană după mâncare. În ultimul timp durerile slăbiră în intensitate și se răriră. N'a avut melenă. Patru zile înainte de a intra în clinică, încep dureri foarte mari care ajung după o zi la maximum. Se poate că durerile aceștia erau semnele perforației.

Într-un alt caz al nostru, bolnavul avea turburări de doi ani. Boala sa a debutat insidios, cu dureri localizate la slânga ombilicului; fără însă să fie în legătură cu alimentație. Câteodată vărsa. Uneori are o senzație curioasă de plenitudine. De o lună boală se agravează din ce în ce, durerile devin mai intense și aproape continue: dar nu mai are vărsături. Scaun neregulat, bolnavul slăbește foarte mult.

În al treilea caz turburările datează de 5 ani și mai bine.

Iar într-un caz publicat de Bonneau bolnavă suferă de 25 de ani.

Diverticul duodenal mai poate prezintă tablouri clinice ce se pot confunda cu acele ale ulcerului gastric cum este într-un caz observat la clinica chirurgicală din Cluj. Sau mai des al ulcerului duodenal (cazurile lui Keller).

Alte-ori poate fie cauza întregului sindrom pancreatico-duodenal, cu crize și cu ictere, ba chiar nu tocmai rar, s'au văzut pancreatite cronice, sau acute hemoragice cauzate de acești diverticuli. S'a mai descris o formă cu dureri în crize urmate de diaree profuze.

Letulle a arătat încă în 1898 niște cazuri de diverticuli peri-vaterieni cari au dat turburări.

Observația a lui Versmann din Eppendorf (1919) e foarte interesantă, El insistă foarte mult asupra importanței acestor diverticuli și citează cazuri de bolnav cu fenomene hepatice, operați de 2—3 ori, iar la autopsia s'au găsit diverticuli duodenali la ampula lui Vater.

Pentru a pune chestia mai bine la punct citez cazul lui A. Bernstein publicat în revista „Medizinische Klinik” (1928 Ianuar). Un bolnav de 61 de ani prezintă dureri epigastrice cu icter, vomismente, slăbire. Colecistografia nu arată nimic. Radioscopia arată un stomac normal și un diverticul duodenal tipic ce nu se evacuează nici după 24 de ore. Intervenția descoperă o colecistită cu abces parietal.

Bătrânul a murit de complicațiuni pulmonare. La necropsie se pune în evidență un diverticul posterior

săpat în pancreas, care eventual comprimând coledocul ar fi putut fi cauza tuturor turburărilor patologice.

Nu pot să trec cu vedere observația lui S. W. Larrimore și E. A. Graham (din Saint-Louis) publicată împreună cu alte 2 cazuri sub titlul de „Diverticules et doupliquature du duodenum : importance dela cholécystite connue cause des simplomes „Surgery Gynecology and obsterics. 1927 Sept.”

Ei descriu un caz de colecistită asociată cu prezența unui diverticul duodenal. Se face o colecistectomie și apendicectomie; diverticul rămâne pe loc. Bolnavul se vindecă și este sănătos și după 2 ani. Se poate deci deduce, că turburărilor gastro-intestinale erau cauzate de colecistita și nu de diverticulul cășligat cum s'ar fi putut credea la prima vedere.

Intenționat las la sfârșit cazul renumit a lui Bauer, în care diverticulul de mărimea unui ou de găină, a putut produce turburări grave mecanice, prin aceea, că a obstruat lumenul intestinal în momentul trecerei conținutului și care a dus, în fine, la sfârșitul letal.

Cazul e publicat în revista „Wiener Klin. Wochenschrift” (1912 Nr. 23). Putem accepta în asemenea cazuri, că diverticuli mari în stare de plenitudine, pot produce prin tracțiune exercitată asupra pilorului, pe de o parte, o insuficiență de închidere a stomacului, pe de altă parte, prin deplasarea duodenului o stenozare a acestuia din urmă.

În toate cazurile diverticuli pot produce turburări grave prin aceea, că se dezvoltă în părțile lor o inflamație, producându-se o diverticulită.

Etiologie și patogenie: Cauzele care se invoacă în studiul etiologiei și patogeniei apendicitei se pot învinui și la diverticulite:

1. Cauze mecanice; 2. Infecțiuni, mai ales cele cu localizări intestinale. Leziuni constatate la diverticulite pot fi dela o simplă inflamație a țesutului limfatic, până la o distrugere gangrenoasă și perforație a diverticului.

Procesul poate rămânea la diverticul sau poate să se propage și la peritoneu, dând peritonită localizată „peridiverticulită”, sau chiar generalizată simplă sau purulentă.

E de remarcat, că având raporturi intime cu duodenum, procesul poate să treacă și asupra acestuia. Cele trei forme clinice ale diverticulitelor sunt: 1. Fulgerătoare; 2. Subacută; 3. Cronică.

Extinderea procesului supurativ diverticular asupra duodenului survine rar. (Indicăm din cărțile didactice capitoul consacrat „Duodenitei flegmonoase.”) Din descrierile de acolo reiese că în cele 9 cazuri cunoscute până la 1917 numai în trei cazuri, a jucat propabil un rol acest mod de producere. Ungermann, Deutelmoser, Firsing și Sjövall). În cazul lui Bauer formarea diverticului duodenal a fost pusă în sarcina unei duodenite catarale.

În ce privește diverticulul duodenal, ca punct de plecare a tumorilor, trebuie să notăm că până în prezent nu s'a observat o transformare canceroasă a diverticului duodenal.

Cole și Roberts susțin totuși, că această leziune ar putea fi punctul de plecare al unui cancer primitiv al duodenului prin degenerescenta resturilor pancreatice, ce se găsesc destul de des la aceste formațiuni.



Diagnostic.

Din această scurtă și incompletă dare de seamă reiese, importanța cunoașterii turburărilor ce pot cauza diverticuli și cunoscând frecvența relativ mare a lor vedem utilitatea, luării în discuție, în anumite cazuri posibilitatea existenței acestor diverticuli.

Din cele expuse mai sus putem vedea că diverticuli duodenali din cauza simptomatologiei lor caleidoscopice, din punct de vedere pur clinic, nu sunt diagnosticabile. Știm însă că radiosopia și radiografia resolvă problema foarte ușor.

Am accentuat deja asupra valorii decizive a examenelor radiologice în diagnosticarea acestor diverticuli.

În capitoul prezent mă voi ocupa mai pe larg cu modul de examinare, precum și cu semnele și criteriile radiologice necesare de cunoscut, pentru a putea pune un diagnostic radiosopic, ori radiografic cu o precizie cât se poate mai mare.

Regret foarte mult, că mijloacele materiale nu-mi permit a ilustra lucrarea cu clișee radiografice, care ar fi foarte instructive. Dar voi încerca, că printr'o descriere clară, să înșir noțiunile necesare la punerea diagnosticu-radiologic.

Ca fapt istoric notez, că primul diagnostic radiologic de diverticul a fost pus în 1912.

Cercetarea și descoperirea acestor diverticuli presupune din partea radiologului, cunoștințe exacte și amănunțite a imaginilor tubului digestiv. Examenre repetate, fineță și cuminenie la interpretarea imaginilor căpătate, sunt calități indispensabile radiologului, pentru punerea diagnosticului în aceste cazuri.

Nu citez, decât observațiunea lui M. Keller, care în 108 cazuri suspecte, de 4 ori a putut pune diagnosticul, grația examenelor atente. El examinează bolnavii toldeauna, de 2 ori cu câte 12 clișee.

Examinarea radiologică pentru diverticuli duodenali are câteva particularități. Bolnavul să se prezinte „a jeun”. Trebuie să ne convingem, că n'are umbre suspecte înaintea duodenului, căci calculii biliari, ganglionii calcificați, calcificațiunile la capsula lui Glisson pot simula diverticulul. Pasta bismutată trebuie să traverseze duodenul în mod normal căci stenozele, tumorile, calozitățile, adică imagiunea retenției duodenale, turbură tragerea concluziunilor.

Presupunând transilul intraduodenal normal, atunci în caz de diverticul punga va apare a marginea duodenului. Ne grăbim a spune, că câțiva diverticuli scapă examenului radiologic, așa încât Bitschie și Whorter au operat cu un radiodiagnostic negativ și au găsit un diverticul foarte exprimat.

Bonneau spune, că un artificiu bun e de a culca bolnavul în demi-decubit lateral drept (Poziția lui Chaoul) și a comprima cu mâna unghiul duodeno-jejunal.

Dar această metodă nu este indispensabilă, căci în pozițiunea abdominală se pot obține imagini tot așa de bune. Pe de altă parte poziția lui Chaoul nu permite toldeauna diferențierea duodenului de stomac.

L. G. Cole și Roberts remarcă, că în anumite cazuri examenul radiologic înaintea absorțiunei prânzului opac dă rezultat la diverticuli, cari pot conține alimente de stagnare. Ei împart diverticuli în două categorii, după cum sunt vizibili înaintea prânzului opac sau numai după acest prânz.

În primul caz trebuie să excludem calculii renali, biliari, pancreatici, ganglionii mezenterici ori retro-peritoneali calcificați, calcificațiunile dela capsulă lui Glisson și concrețiunile.

În al 2-lea caz, un mare număr de afecțiuni pot simula prezența unui diverticul, ce de fapt nu există. Acestea sunt: dilatațiunea originei primei porțiuni duodenale cu

un ulcer duodenal; anumite cazuri de ulcere penetrante, care se pot deschide într-o mică pungă; comunicațiunile duodeno-vesiculare în ulcere duodenale (Vesicula se umplă în decursul prânzului opac).

În fine trebuie știut, că în ziua care urmează absorbției prânzului bizmutat, se pot depune în diferite puncte al intestinului cantități mici de bizmut, așa încât numai prin repetarea examenelor și comparația imaginiilor se poate afirma existența unui, ori eventual mai multor diverticuli.

Ca curiozitate să fie amintită imaginea, ce a dat un diverticul a porțiunii a IV. observat de Carnot și Peron: „La radioscopie se observă o imagine absolut anormală a unghiului duodeno-jejunal. Imaginea e rotundă, umplută la partea inferioară cu Bariu, cu un nivel foarte net, la partea superioară cu o bulă de aer, realizând în totalitate un aspect de „nișă lui Haudeck”. Confuziune cu ulcerul micii curburi s'ar fi făcut, dacă nu s'ar fi observat, că imaginea s'a format după trecerea Bariului în duoden.

În descrierea semnelor radiologice ale diverticulului duodenal m'am. orientat după expunerea lui I. Greder. Diagnosticul radiologic se bazează pe următoarele constatări.

1. Aparițiunea unei umbre — care nu era înaintea absorbției prânzului opac — sub forma unei pete mai mult sau mai puțin rotundă și situată în vecinătatea sau în interiorul concavității duodenale.

2. Constatarea din nou a acestei pete după ce bolnavul s'a alimentat normal, adică după 24 de ore.

3. Mobilizarea prin presiunea degetului al acestei umbre pe peretele abdominal posterior.

4. Trecerea bismutului conținut în diverticul în duoden.

5. Insensibilitate completă, la presiunea exercitată la nivelul diverticulului.

6. Să lipsească semnele de stenoză a duodenului.

Tratament.

1. *Terapia medicală*, are un rol secundar și constă, numai în prevenirea complicațiilor.

În acest scop prescriem bolnavului, un regim fără carne. Impiedecăm infecția, administrând desinfectante: (Beuzo-naffolul în deosebi, ori subnitrat de Bismut) timp

de 10—15 zile în fiecare lună. Unii administrează și oleu de parafină de 2 ori pe zi o linguriță.

În aceste stări diverticulare, trebuie, că röntgenol gul să observă; în ce poziție se evacuează diverticulul și apoi această atitudine o recomandăm bolnavului după mâncare. Vedem, că aceste metode medicale au numai un caracter preventiv, fără să influențeze într'u nimic asupra diverticulului.

II. *Intervențiunea chirurgicală* este singurul tratament radical în aceste cazuri.

Adeseori chirurgii sunt siliți printr'un sindrom periculos, cauzat de diverticulul să opereze; fără diagnostic precis și termină de obicei cu puțin noroc.

Așa Bauer intervine pentru vomismenle grave; făcând o gastro-entero-anastomoză. Bolnavul moare. Autopsia descoperă un diverticul.

Case raportează o pancreatită hemoragică constatată în acelaș timp cu un diverticul duodenal. Operatorul, face drenarea coledocului, fără să se ocupe cu diverticulul. Bolnavul se vindecă, după 6 luni.

Kellog într'un caz de colecistită complicată cu prezența unui diverticul procedează în doi timpi, în ordinea descoperirii lor, pentru a evita dificultățile.

Este nelogic, și inutil de a ne margini la o gastro-entero-anastomoză, când radiografia arată un diverticul cu evacuarea normală a bismului.

Cele trei observațiuni a lui Gutierrez în „Semana medica” 1922 Nr. 1467, sunt lipice, din acest punct de vedere.

Firește, gura anastomotică nu funcționează. pilorul fiind larg deschis și bolnavii se regăsesc în „status quo.”

De aici reese, că intervențiunea trebuie făcută, direct asupra diverticulului!

Iată o observație asupra un alt procedeu chirurgical dela Richtie și Whorter.

Ei găsesc în acelaș timp un ulcer duodenal juxta-piloric și un diverticul duodenal. Ei infundă totul și fac și o gastro-entero anastomoză. Bolnavului îi merge mai bine, dar cu ocazia unui prânz bizmutat reîncep vărsăturile.

(Într'un caz similar de diverticul combinat cu două ulcere se practică la clinica chirurgicală din Cluj rezecție „Reichel”. Bolnavul se vindecă.)

Greder aduce 4 observațiuni unde procedeu invaginațiunei a fost pus în aplicare. El a dorit, că aceste operațiuni să fie urmăriile medical și radiologicește, pen-

tru a ști, dacă o simplă învaginare este suficientă, pentru vindecare.

Dean Lewis (Chicago), în „The Journal of American Medical Association” 1921, comunică rezultatul unui caz de diverticul operat, prin procedeul învaginării. Vindecarea se menține, numai două ani, după care timp, turburările se reîncep.

Din cele mai sus expuse, se poate vedea, că acest procedeu e mai mult paliativ și nu asigură o vindecare definitivă.

Bonneau în lucrarea sa recomandă procedeul radical; — rezecțiunea diverticulului. El descrie minuțios în lucrarea sa și tehnica operațiunii.

Tot el mai recomandă, ca procedeu complementar de precauțiune; gastro-entero-anastomoză.

Aceasta se poate executa, ori simplu, ori cu excluderea pilorului; după gravitatea leziunilor duodenale, care indică supresiunea momentană, sau definitivă a pasajului duodenal.

În ce privește rezultatele prelungite ale procedului precedent, am găsit cazul lui Forsel și Rey din 1915 și cazul lui Bonneau din 1922.

Rezultatele în ambele cazuri, sunt durabile și încurajătoare.

Alții recomandă rezecția porțiunii, care prezintă diverticuli.

Acest procedeu a fost aplicat și la Clinică Chirurgicală din Cluj; cu rezultate foarte satisfăcătoare.

În fine mai notez, că anumite leziuni secundare, pot justifica o terapie specială; de exemplu: drenajul abc-sului, derivațiunea temporală a bilei, prin colecistostomie, ori coledocostomie, etc. . .

Observații personale.

Cazul No. I. D. I. 42 ani. Intră în clinică în 23 VII. 1926. Bolnav de 2 ani. Boala sa a debutat insidios, cu dureri localizate, mai ales în stângă ombilicului, fără însă a fi în vre-o legătură cu alimentație.

Uneori are o senzație curioasă de plenitudine stomacală. De o luna încoace, observă, că boala sa se agravează. Durerile devin mai intense și aproape con-

tinue. Are scaun neregulat. Slăbește foarte mult. Din când în când are cefalee.

Semnele subiective: dureri localizate la stângă ombilicului.

Temp: 36,7°. Puls: 80. Starea generală: bună. Examen radiologic: Stomac în forma de cârlig, orto-tonic. Nu se constată nimic patologic. Regiunea pilorică nehotărâtă. La porțiunea a III-a posibilitatea unui diverticul.

Examen local: la inspecție abdomenul cu circumferență normală. La palparea profundă, bolnavul se plânge de dureri peri-ombilicale mai ales la partea stângă. Punctul cel mai dureros e la stângă ombilicului la 3—4 cm. pe linia omilicoaxială. Diagnostic: Diverticul duodenal, a porțiunii a III-a.

Operația la 27 VII. 1926. Felul operației: Plicatură și G. E. A. posterioară.

Se face laparotomie mediană supra-ombilicală și se constată existență unui diverticul la nivelul celei de a-III-a porțiune, de mărimea unei nuci mare. O parte ai pungei, trece și retro-peritoneal. Se face plicatura acesteii pungei prin 4 fire. Rezeecție, din cauza infundării retro-peritoneale nu s'a putut face. Post operator; bolnavul îi merge mai bine, până la 6 VIII: când în urma unu acces de tusă se deschide plagă și se produce o even-trație. În urma infecției survine o peritonită și bolnavu moare la 15 VIII.

Cazul No. II. U. V. 45 ani. Intră în clinică la 6 VI. 1924 E bolnav de 5 ani având dureri în epigastru. După mâncare are piroza și eructațiuni. De o lună durerile s'au accentuat devenind insuportabile. Maximul durerilor e la 1/2 oră după mâncare. După vomismente durerile au diminuat. A avut hematemeză. Semne subiective: Dureri în abdomen după mâncare, mai ales în regiunea epigastrică.

Semne obiective: Temp: 36,8°. Puls: 70.

Starea generală: bună. Examen local: Dureri și sensibilitate exagerată în epigastru. Examen radiologic: Imagine diverticulară la porțiune prima. Diagnosticul: Diverticul duodenal la I-a porțiune. Operația la 10 VI. 1924. Felul operației: Rezeecție gastro-duodenală „Billroth II.” Bolnavul se vindecă.

Cazul No. III. N. S. 43 ani. Intră în clinică la 16 X. 1926. Maladia datează de 8 ani: S'a început în mod insidios cu dureri în epigastru. La început avea dureri post-alimentare cari survineau de obicei la 2—3 ore după mâncare.

Durerile nu erau continue. Avea perioade de acalmie lungi. Avea vărsături. De o lună simptomele se agravează.

De vr'o două zile a avut hematemeză

Semne subiective: Dureri postalimentare tardive.

Semne obiective: Temp: 36'5°. Puls: 84. Starea generală: bună. Examen radiologic pune în evidență diverticulul și ulcerul duodenal. Examen local: La palpația profundă dureri în punctul duodenal și piloric.

Diagnostic: ulcer duodenal și diverticul al antrului.
Operația la 21 X. 1926. Felul operației: Rezecția „Reichel”.
La 8 XI. bolnavul părăsește clinica vindecat.



Concluzii.

Din cele expuse reese:

1. Importanța cunoașterii acestei anomalii, având în vedere frecvența sa relativ mare, precum și tulburările patologice diferite, ce e capabilă de a produce.

2. Valoarea științifică a diferitelor teorii, care se referă la originea acestor diverticuli; precum și importanța din punct de vedere didactic a criteriilor, cari permit împărțirea lor în cele două grupe: 1. Congenitali. 2. Câștigați.

3. Importanța practică a cunoașterii diferitelor sindroame, care pot fi cauzate de diverticulul duodenal: pentru a ne gândi în cazurile suspecte și la această posibilitate.

4. Rolul hotărîtor, pe care-l are radiologia în punerea singură a diagnosticului.

5. Valoarea secundară (prevenivă) a tratamentelor medicale.

6. Prin compararea procedeelelor chirurgicale, reese, că intervențiunea ideală e extirparea pungii, sau chiar a porțiunii, care poartă diverticulii. Celelalte procedee au un caracter mai mult paliativ.

Văzută și bună de imprimat:
Cluj, la 26 Ianuarie 1929.

Decan:
Prof. dr. Tătaru C.

Președintele tezei:
Prof. dr. Iacobovici Iacob

Bibliografie.

- Andreoli Maratuech și Le Jemtel:** Diverticule dela 2^{me} porțion du duodenum „Société nationale de Chirurgie (Paris) 18. Nov. 1917. Journal de chirurgie 1928. Januar.
- Anderson:** Anomalies du duodenum. British Journal of surgery. 1923. vol. X. No. 39.
- Barth:** Diverticulum of the duodenum. Bull. soc. anat. de Paris 1851.
- Bauer Th.:** Über Duodenal Divertikel. Wiener Klin. Wochenschrift. 1912. No. 23. P. 879.
- Bernstein:** (Danzig) Divertikel des Duodenum. Medicinische Klinik an. XXV. No. 3. 20. Jan. 1928.
- Bonneau R.:** Un malade guérit par enfouissement associé avec gastro-enterostomie. Société des Chirurgiens de Paris 18 Martie 1917. raport. prin „La Presse Médicale” 25 Mai 1927. P. 391.
- Idem:** Les Diverticules du Duodenum. La Presse Médicale 26 Sept. 1923. P. 817.
- Buckstein:** „Le duodenogramme appliquée à la demonstration du diverticule duodeno-jejunal. The American Journal of Surgery (New-York) n. s. vol. III. No. 4. oct. 1917. P. 38.
- Buschi G.:** Beitrag zur Untersuchung der Duodenal Divertikel. Wirsch. Arch. Vol. 206. P. 121.
- Case T. G.:** Observations radiologiques sur le duodenum et sur-tout les lesions dela première porțion. Journal de Radiologie et d'Electr. cité. Martie—Apr. 1917. No. 8. P. 497.
- Idem:** Diverticules intestinaux. The Journal of the American Medical Association. 1920.
- Chaton M.:** 3 observation de diverticules dela première porțion du duodenum. La Presse Médicale. 1922. 14. Iunie. No. 47. P. 515.
- Chomel:** „Histoire del'Academie royale Paris 1710.
- Clogy:** Reports Society Fox study of diseases of children. 1908. Vol. VIII. P. 221. (citat după Keith).
- Co'e și Roberts:** Diverticules du duodenum, leur aspect clinique et radiologique. Surgery Gynecology et ob. tetrics Chicago. T. XXXI. No. 4. 1920 oct. citat Presse Médicale 1920. Nov. 13. P. 824.
- Cornot și Peron:** Volumineux diverticule de la IV^{me} porțion. Bulletines et memoires de la Société Médicale de Hôpitaux de Paris. 1924. P. 1222.
- David N.:** Diverticula of the duodenum. Transact of the Chicago pat. soc. 1913. 9. I.
- Dean Levis:** (Chicago) Caz de diverticul duodenal operat. (The Journal of American Medical Association 1921. Jun.)
- Deutelmoser:** Enteritis phlegmonosa idiopathica. In Diss. Greifswald 1905.
- Dorrance:** A diverticulum of the duodenum. Univ. of Pennsylvania med. blatt 1908. Apr. (Ref. Zentralblatt für chir. 1908. No. 26. P. 806.)

- Duval Bengolea**: Caz de diverticule duodenal. Société Nationale de Chirurgie Paris 18. Apr. 1928.
- Duval-Roux. Béclère**: Etudes radio-chirurgicales sur le duodenum. Paris. 1924.
- Falconer**: A case of congenital diverticulum of the stomach and duodenum. c. ct. Lancel. 1107. I. S. 1296.
- Fleischmann**: Leichenöffnungen Erlangen. 1815.
- Gandy**: Diverticule duodenal congenital. Bull. soc. anat. 1900. P. 691
- Gliniski**: Zur Kenntnis des Nebenzpänkréas und verwandter Zustände. Virch. Arch. 1901. T. 146. P. 183.
- Good**: Kasuistische Beiträge zur Kenntnis der Divertikelbildung und innerer Incarceration des Darmtractus. In. Diss. Zürich 1895.
- Gredler**: Diverticules duodénaux Thèse. Paris.
- Gutierrez**: 3 cazuri de diverticuli duodenali operati. Semana Medica 1922. T. XXXIX No. 1467.
- Hansemann**: Über die Entstehung falscher Darmdivertikel Virch. arch. 1896. P. 144.
- Heidecker**: Diverticules multiples du duodenum et du jejunum. Bruns Beiträge zur Klin. Chirurgie. Berlin-Wien T. CXLII. Fasc. III. 1928. P. 172.
- Heimann**: Berlin. Ulcus und Divertikel des Duodenum. Berl. Klin. Wochenschr. 1917. No. 43.
- Jach**: Über Duodenaldivertikel. In Diss. Kiel 1899.
- Jacobovici I.**: Despre Diverticuli intestinali. Clujul Med. 1922. No. 1—2.
- Jackson M.**: Journal of Anat. and Physiol. 1908. V. 43. P. 219.
- Keith**: Diverticula of the alimentary tract of congenital on obscure origin. Brit. med. Journal. 1910. I. 8. 376.
- Keller**: Quatre cas de diverticule du duodenum diagnostiqués par la radiographie Société de radiologie médicale de la France. 11 Julie 1922. La Presse Médicale. 24 Julie 1922. P. 652.
- Letulle**: Malformations duodénales, diverticules-perivateriens. Bull. Soc. Anat. 1898. P. 807.
- Idem**: Diverticule duodenal près de l'ampoule de Vater. Ibid. P. 758.
- Idem**: Malformations duodénales diverticules peri-Vateriens. Press. Med. 1899. Nr. 3.
- Larimore et Graham**: (Saint Louis) Diverticules et duplicetur du duodenum importance de la cholecystite connue cause des symptômes. Surgery Gynecology and obstetrics vol. XLV. No. 3. Sept. 1927. P. 257—266.
- Lecène et Gregoire**: Diverticule du duodenum Paris Medical 1925. 14. Nov. No. 40. P. 435.
- Lewis und Thing**: Americ. Journ. of anatomy 1908. Vol. VII. P. 489.
- Lemaitre**: 3 cas de diverticules du duodenum. Presse Med. 1926. 10. Febr. No. 12. P. 1-6.
- Marie**: Diverticules duodénaux peri-Vateriens. Bull. Soc. anat. 1899. P. 982.
- Melchior E.** Chirurgie des Duodenum. P. 549.
- Morgagni** De sedibus et causis morborum. Lugv. Batav 1778. Ep. XXXIV. Tom III.
- Natan Larrier**: Diskussion zu Marie l. c. bul. soc. anat. 1899. P. 984.
- Le Noir. Gilson. Bariety**: Un cas de diverticule du duodenum. Presse. Med. 1924. 20. Febr. No. 15. P. 161.

- Parand:** Un cas de diverticule du duodenum. Presse. Med. 1925. 4. Nov. No. 88. P. 1464.
- Roth:** Über Divertikelbildung des Duodenums. Virch. Arch. 1872. T. 56. P. 197.
- Roux-Berger:** Diverticules duodenaux. Paris Med. 1925. Nov. 17. P. 409.
- Idem.** Raportarea cazului al 100-lea de diverticul duodenal. Societè de Chirurgie. 29. oct. 1925. Presse. Med. 1925. 4. Nov. No. 81. P. 146.
- Siechel și Welge:** Radiografie en serie du duodenum. Presse Med. 12. Nov. 1922. No. 93. P. 1016.
- Siegrist:** Contribution à l'etude des diverticules du duodenum. (Correspondenzblatt für Schweizerez Aertze. Vol. XLIX. No. 2. 1919. 11. Jan. P. 47-49.
- Schmidt, Ohli:** Cazuri de diverticuli duodenali. Münchener Medicinischer Wochenschrift. 1914 9. Jan. Al. Thomson. Edimb. med. Journal. 1908. Vol. 23. P. 301. (citat după Keith) Nachstuhenden Abschnitt.
- Völker:** Ein Beitrag zur Kenntnis der falschen Darmdivertikel. In. Diss. Freiburg 1906.
- Wilkie:** Duodenal diverticula and duplicature of the duodenal wale. Edimbourgh med. Journal 19 3. Vol XI. P. 211.
- Vorsel și Key:** Fortschritte auf dem Gebiete Röntganstrahlen 1916. Vol. 2 No. 1.



