

TUBERCULOZA COLONULUI ILIO-PELVIAN



DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE

PREZENTATA ȘI SUSTINUTA IN ZIUA DE 29 Iunie 1928.

DE

AVRAM CORNEL



No. 412.

TUBERCULOZA COLONULUI ILIO-PELVIAN

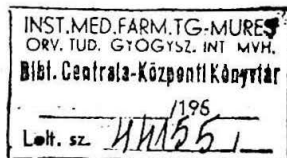


DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATA ȘI SUSTINUTA ÎN ZIUA 28 Iunie 1928

DE

AVRAM CORNEL



24 MAY 2005



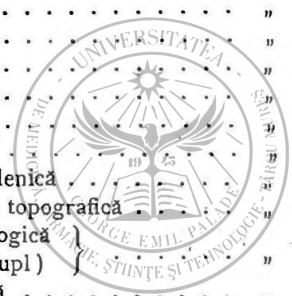
UNIVERSITATEA DIN CLUJ

FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan : D-nul Prof. Dr. MIHAIL A. BOTEZ

Profesori :

Patologia generală și experimentală	D-l	Dr. BOTEZ A. M.
Bacteriologie (agr.)	" "	BARONI VITOLD
Istologia și embriologia umană	" "	DRĂGOIU I.
Clinica infantilă	" "	GANE T.
Clinica ginecologică și obstetricală	" "	GRIGORIU C.
Istoria Medicinii	" "	GUIART I.
Clinica medicală	" "	HATIEGAN I.
Clinica chirurgicală	" "	IACBOVICI I.
Farmacologia și farmacognozia	" "	MARTINESCU GH.
Clinica oftalmologică	" "	MICHAIL D.
Clinica neurologică	" "	MINEA I.
Medicina legală	" "	MINOVICI N.
Igienă și igiena socială	" "	MOLDOVAN I.
Radiologia medicală	" "	NEGRU D.
Fiziologie umană	" "	NIȚESCU I.
Farmacia chimică și galenică	" "	PAMFIL GH.
Anatomia descriptivă și topografică	" "	PAPILIAN V.
Clinica oto-rino-laringologică	" "	PREDESCU-RION I.
Clinica stomatologică (supl)	" "	TĂTARU C.
Clinica dermato-venerică	" "	ȚEPOSU EMIL
Clinica urologică (agr.)	" "	THOMAS P.
Chimia biologică	" "	URECHIA C.
Clinica psihiatrică	" "	VASILIU TITU
Anatomia patologică	" "	



JURIUL DE PROMOTIUNE

Președinte : D-l Prof. Dr. IACBOVICI IACOB

Membrii :	}	" "	" BOTEZ A. MIHAIL
		" "	" HATIEGAN IULIU
		" "	" VASILIU TITU
		" "	" ȚEPOSU EMIL
Supleant :		" Doc.	" VELLUDA CONST.

Părinților mei



Aduc mulțumirile mele

D-lui Prof. Dr. J. Jacobovici

*pentru onoarea ce-mi face
primind a prezida această
lucrare*



PREFAȚĂ

Au trecut șase ani de viață studentescă și bilanțul activității mele ca cetățean al „Almei Mater” se încheie cu această teză inaugurală. Un alt capitol al vieții mele se va începe deodată cu investirea pentru mine cu titlul de Doctor, iar în ajunul acestui început î-mi permit să fac câteva reflexii atât în ce privește trecutul, din care nu se desprind decât părțile lui frumoase, cât și în ce privește viitorul, pentru care conduita-mi e bine definită de principiile ce m'au călăuzit până acum. Mi-a fost dat să mă împărtășesc de lumina binefăcătoare a științei Universitare în timpuri de grele sbuciumări sufletești pentru conștiințele ce aveau să deservescă tendințele de evoluție comune tuturor. Frământările ultimilor ani, m'au determinat să mă împărtășesc din întreg elanul care se-au caracterizat și toate încercările lor au găsit în mine ecoul dureros dar tonic pentru cimentarea caracterelor cu cari vom avea să umplem atâtea goluri în viața culturală și națională a neamului nostru. I-i voi închina acestui Neam și știința mea și sufletul meu. Aceasta-mi va fi conduita pentru viitor. Pildele și învățăturile Profesorilor mei vor forma busola ce mă va îndrepta spre limanuri dorite. Acest focar regenerativ de energie în slujba căroră educatorii noștrii î-și fac cu prisosință datoria, au format omul ce privește cu încredere și cu destul curaj viitorul. Iar pentru comoara ce D-lor caută să sădească în sufletul tuturor cetățenilor academici, în pragul despărțirii pentru totdeauna de băncile universității î-mi exprim sincera-mi recunoștință față de toți educatorii mei.

Dar marile sacrificii prin cari am ajuns să dețin un titlu academic și să stăpânesc o specialitate revin de bună seamă acelor cari neprecupețind nimic au căutat să-mi facă viața cât mai ușoară, m'au întărit în ezitățile mele prin propriile lor sacrificii și mi-au dat exemple de desăvârșită dragoste.

Părinților mei închin această lucrare, asigurându-i că jertfele și dragostea lor au încrustat urme neșterse în întreaga mea ființă, ce nici când nu va înceta să-i respecte și să-i iubească.

Fratelui și surorilor mele nețărmurită dragoste și recunoștință.

D-lui Profesor Dr. I. Iacobovici pentru nepretuibile sfaturi și 'ndrumările valoroase date în clinica Domniei-Sale îi exprim cele mai calde mulțumiri.

D-lui Asistent M. Albu, care a remarcat însemnătatea subiectului ce am tratat în această teză și care prin indicațiile date mi a ajutat mult sarcina de a trata acest subiect, toată recunoștința mea.

Prietenilor mei Gh. Poleacu, A. Tărărescu și T. Vidican cu care am împărțit toate bucuriile și mai cu seamă toate neajunsurile unei epoci bogată și'n mulțumiri și'n încercări le exprim cea mai trainică afecțiune asigurându-i de toată dragostea mea.



INTRODUCERE

Intestinul este după pulmon organul cel mai frecvent atins de tuberculoză. Tuberculoza intestinală se cunoaște din timpuri îndepărtate. Au rămas clasice descrierile lui Morgagni, Morton, Bayle, Laënc, Louis, Chomel, Andral și Cruvelhier. Acești autori s'au ocupat însă aproape numai cu enterita tuberculoasă și cu tuberculoza ulceroasă. Formele hipertrofice și scleroase au fost studiate abia după o jumătate de secol de către mai mulți autori, între cari amintim pe Berard, Patel, Spillman etc. Toate formele de tuberculoză intestinală în întregime au fost studiate de Galliard, Lesné, Mery etc.

În ce privește tuberculoza colonului sigmoidian sunt abia câteva descrieri, datorită probabil rarității cazurilor de tuberculoză localizată la acest nivel.

De obicei tuberculoza intestinală se localizează la nivelul porțiunii ileo-cecale, de unde se poate extinde la restul intestinului.

În această lucrare nu prezint decât un singur caz, care e singurul caz de tuberculoză intestinală localizată la nivelul colonului sigmoidian, operat la Clinica Chirurgicală din Cluj de când se află sub stăpânirea română.

ANATOMIA COLONULUI ILIO-PELVIAN

Colonul ilio-pelvician este continuarea colonului descendent și se întinde până la rect, care-l continuă. Din cauza formei de sigma grecesc pe care o are, se mai numește și colonul sigmoid. Are o lungime de 35—45 cm. după Toma Ionescu. La originea sa este situat în fosa iliacă stângă, de unde trece în bazin, pe care-l ocupă în cea mai mare parte. Este mai profund situat decât colonul drept, de aceea și palpația lui e mai dificilă. E legat de peretele posterior al abdomenului și bazinului printr'un mezocolon larg, care-i permite o mobilizare destul de mare. E cea mai mobilă parte a intestinului gros.

Colonul ilio-pelvician se împarte în 4 porțiuni. 1. *Prima porțiune* descinde vertical și se întinde dela creasta iliacă stângă până la sfertul inferior al fosei iliace stângi. 2. *A doua porțiune*, transversală care se încrucișează cu psoasul. 3. *A treia porțiune* în formă de ansă cu concavitatea în sus, care se întinde dela fosa iliacă stângă la fosa iliacă dreaptă. 4. *A patra porțiune* merge oblic în jos și înăuntru, dela marginea dreaptă a bazinului până la partea mediană a celei de a treia vertebră sacrată. Primele două porțiuni sunt situate în fosa iliacă stângă (colonul iliac), iar ultimele două porțiuni sunt intrapelviene (colonul pelvian). Este important de semnalat că la nivelul strâmtorii superioare a bazinului colonul aderă de peretele osos, de aceea gravitatea specială a tumorilor ce se dezvoltă la acest nivel. Ca lungime poate varia între 12—84 cm. Dacă este scurt este situat în bazin. Dacă este lung ajunge până la ombilic, așa încât o tumoră la acest nivel se poate confunda cu o tumoră a colonului transvers.

Configurația exterioară și interioară a colonului ilio-pelvician e aproape aceeași ca a celorlalte porțiuni ale colonului, cu deosebirea că bandele musculare sunt numai în număr de două, una anterioară și una posterioară.

Raporturi. Porțiunea iliacă a colonului ilio-pelvician vine în raport înainte cu peretele anterior al abdomenului, prin care se poate palpa în stare de plenitudine a colonului. În stare de vacuitate el e separat de peretele abdominal prin interpunerea anselor intestinului subțire. Înapoi vine în raport cu mușchiul psoas-iliac, de care e despărțit printr'o fascie aponevrotică, apoi cu nervul crural și vasele iliace externe.

Porțiunea pelviană vine în raport în jos cu organele pelviene: la bărbat cu vezica și rectul, iar la femeie cu vezica, uterul, organele anexe, cu fundul de sac vezico-uterin și cu fundul de sac retro-vaginal. În toate celălalte puncte ale circumferinței poate veni în raport cu ansele intestinului subțire sau mai poate veni în raport cu unul din pereții anterior sau posterior a cavității abdomino-pelviene. În unele cazuri colonul pelvian se prelungește până în fosa iliacă dreaptă și prezintă atunci un raport mai mult sau mai puțin intim cu cecul.

Constituția anatomică. Peretele colonului ilio-pelvician este format din 4 tunici și anume:

a) *Tunica seroasă* care învelește colonul ilio-pelvician, căruia îi formează un mezo numit mezocolonul ilio-pelvician sau sigmoid, care'l fixează de peretele posterior al cavității abdomino-pelviene, dând naștere la două fosete numite fosetele intersigmoidiene.

b) *Tunica musculară* care e formată din 2 straturi de fibre: un strat superficial format din fibre longitudinale și un strat profund format din fibre circulare.

c) *Tunica celuloasă* sau submucoasă compusă din țesut conjunctiv.

d) *Tunica mucoasă* este mai groasă și mai rezistentă ca în celălalte porțiuni ale intestinului gros și formează în stare de vacuitate o serie de plici longitudinale și transversale. Fața externă a mucoasei este aderentă de stratul submucos. Fața internă este lucioasă. Nu prezintă plăcile lui Peyer. Examinată cu lupa ne prezintă o serie de orificii, cari sunt orificiile glandelor.

Structura. Mucoasa este formată din epiteliu, chorion și glande. *Epiteliul* este format dintr'un singur rând de celule cilindrice cu platou striat, amestecate cu celule caliciforme. *Chorionul* este format din țesut conjunctiv, care formează un țesut reticulat. *Glandele* sunt foarte numeroase; în general sunt glande tubuloase, analoge cu cele a lui Lieberkühn. Ele secretă mucus.

Vasle.

Arterele. Colonul ilio-pelvian primește de obicei trei ramuri, pe cari le distingem după situațiunea lor în artera sigmoidiană stângă, mijlocin și dreaptă, cari vin din artera mezenterică inferioară.

Venele se varsă în mezenterica inferioară.

Vasle limfatice sunt foarte numeroase și se îndreaptă ca și venele înapoi. Ele se duc la ganglionii mezololici. Ele comunică cu limfaticele marelui epiplon și prin intermediul acestuia cu limfaticele marei curburi a stomacului.

Nervii colonului ilio-pelvian provin din plexul lombo-aortic.

FIZIO-PATOLOGIA COLONULUI ILIO-PELVIAN

Colonul ilio-pelvian nu este un organ digestiv ci un aparat de evacuare și de rezervă a materiilor fecale, pe cari le reține până la actul defecației. Transitul fecalelor se efectuează prin mișcările peristaltice, produse de fibrele circulare și longitudinale ale tunicii musculoase.

Intestinul posedă 3 feluri de mișcări: a) *Mișcări peristaltice*, cari ajută progresiunea materiilor fecale. Ele sunt exagerate când avem un obstacol pe traiectul intestinului. b) *Mișcări antiperistaltice*, cari sunt foarte exagerate în stenoză. Aceste mișcări studiate de Stierlin, Bloch și Klose, sunt proprii ale intestinului gros. c) *Mișcări pendulante*, de mai mică importanță, au fost studiate de Cannon, Klose, Bergmann și Lenz.

Glandele nu par a secreta decât mucus, care are rol de a facilita pasajul conținutului intestinal.

Pentru a trage concluziuni în ceia ce privește funcțiunea normală a intestinului, trebuie să cunoaștem durata transitului intestinal. După Klose și Herz bolul alimentar parcurge intestinul subțire în 3 ore, după $4\frac{1}{2}$ ore se află în cec; după 6 ore se află în unghiul hepatic al colonului, după 8 ore în colonul transvers, după 9 ore în unghiul splenic, după 12 ore în colonul ilio-pelvian. În colonul ilio-pelvian stagnează până la defecație. Materiile fecale stagnează mai mult în cec și colonul ilio-

pelvian. Cecul și colonul ilio-pelvian sunt cele două puncte senzibile ale intestinului gros.

În mod normal în intestinul gros se face un proces de fermentație diastazică, care se face în cec și un proces de putrefacție microbială în colonul stâng. Când evacuarea materiilor fecale se face în mod normal, nu avem nici o turburare datorită proceselor de fermentație și putrefacție. Când există un obstacol oarecare la nivelul intestinului gros, survin turburări de autointoxicațiune. În cec bolul intestinal este lichid, apoi pe măsură ce traversează intestinul gros apa se absoarbe și bolul intestinal devine mai solid. Această diferență a consistenței materiilor fecale are rol important în patologia intestinului gros. La dreapta conținutul intestinal fiind fluid, stenozele sunt rare și tardive. La stânga conținutul intestinal fiind mai solid, trecerea lui, făcându-se mai greu, stenozele sunt precoce și frecvente.



ETIOLOGIA ȘI PATOGENIA

Tuberculoza intestinală se prezintă rar la sugaci, mai des la adolescenți și adulți. Se presupune de cauză principală și mijloc de contagiune înghițirea produselor tuberculoase. Tuberculoza intestinală a sugacilor e o infecție primitivă, pe când cea a adulților e aproape întotdeauna o localizare secundară.

Bacilul tuberculozei poate fi dus la intentin pe 3 căi:

1. *Calea sanghină.* Bacilii tuberculozei într'o bacilemie pornită dintr'un focar tuberculos pulmonar, ganglionar sau a altor organe, se poate cantona în peretele intestinal, unde se înmulțesc infectând intestinul. Bacilemia poate fi fără sau cu o granuliie, când granulațiile miliare difuzează deodată în peretele intestinal, în seroase și alte organe viscerele. R. Fleckseder, W. Neuman etc. susțin că tuberculoza intestinală care se ivește la un bolnav cu tuberculoză organică chirurgicală, este produsă pe cale sanghină. Ca fapt doveditor e splenomegalia ușoară ce se observă la acești bolnavi.

2. *Calea limfatică.* Propagarea prin contiguitate pe cale limfatică a tuberculozei e rară. Un focar tuberculos peritoneal

sau dela anexele uterului poate contamina intestinul din vecinătate.

3. *Ingerarea* bacililor prin tubul digestiv e calea cea mai importantă. De cele mai deseori tuberculoza intestinală e secundară unei tuberculoze pulmonare, în urma ingerării alimentelor sau a substanțelor bacilifere. De cele mai deseori contagiunea se face prin lapte și carnea baciliferă. Laptele provenit dela vacile tuberculoase, ingerat poate infecta intestinul. Deasemenea și laptele femeilor tuberculoase poate infecta intestinul copiilor sugaci. Carnea (mușchii) animalelor e rareori infectată, în seroase, ganglioni și viscere tuberculoza se dezvoltă ușor.

Contaminarea se mai poate face prin inghițirea prafului ieșit din sputa uscată și prin sărut.

Infecțiozitatea intestinului depinde de abundența și virulența bacililor conținuți în produsele ingerate (condițiuni extrinsece) și de receptivitatea terenului și mediul intestinal (condițiuni intrinsece). Alcalinitatea conținutului intestinal și abundența în fermenți a sucurilor digestive exercită o acțiune mai mult sau mai puțin favorabilă asupra dezvoltării bacililor. Mucoasa intestinală, care în mod normal constituie o barieră contra infecției, când e alterată (enterite cronice, ulceratii tifice sau dizenterice, inflamații) constituie un factor predispozant pentru infecție. Stagnarea materiilor fecale deasemeni favorizează infecția.

După unii autori (Bollinger) bacili tuberculozei introduși în stomac s'ar distruge, după alții (Straus, Wurtz) rolul protector al sucului gastric ar fi insuficient. Ajungând bacili în intestin, ei pot fi eliminați prin fecale, în total sau în parte, sau se fixează de mucoasa intestinală, pe care o ulcereză, sau pot traversa peretele intestinal fără a leza mucoasa (Cornil, Dobroklowsky, Tchistovitsch) și pătrund în vasele chilifere, de unde sunt duși în ganglionii mezenterici unde se opresc.

Bariera peretelui intestinal și a ganglionilor limfatici e în unele cazuri insuficientă, trecând peste acestia și pătrund repede în limfa din canalul toracic și în circulația sanghină (Nicolas, Dercas, Loeper).

ANATOMIA PATOLOGICĂ

De cele mai deseori bacilii prezenți în peretele intestinal produc leziuni specifice. Din punct de vedere anatomo-patologic deosebim trei varietăți principale: forma granulică, forma ulceroasă și formele scleroase.

1. *Forma granulică* se prezintă sub forma de granulații rotunde, alburii, semi-transparente, ce se dezvoltă cu predilecție pe foliculi. Granulațiile apar în număr foarte variabil și pot atinge toate segmentele tubului intestinal și toate straturile peretelui. Se dezvoltă în deosebi la nivelul tunicii seroase și la nivelul tunicii mucoase.

2. *Forma ulceroasă* e cea mai frecventă dintre formele anatomice ale tuberculozei intestinale. După Louis se află în $\frac{4}{5}$ cazuri dintre ftizicii cronici. Tuberculoza ulceroasă rezultă din topirea tuberculilor. Ulcerațiile se prezintă sub 4 forme principale:

a) *Ulceratii lenticulare*, caracterizate prin mici excavații regulate, cu margini decolate, înconjurate de vase ușor dilatate. Aceste ulceratii corespund tuberculilor necrozați.

b) *Ulceratii confluențe* formate din confluența ulceratiilor lenticulare, sunt ovalare sau neregulate de aspect antracoid sau excavate.

c) *Ulceratii în formă de bandă transversală*, uneori anulare.

d) *Ulceratii forma serpiginioase*.

Macroscopic ulceratiile la oricare formă au un aspect aproape identice. Marginile lor pot fi tumefiate sau subțiri și decolate, de culoare roșie sau violacee, deseori preterate cu granulațiuni. Fondul lor e de cele mai deseori lăptos, brun cenușiu și repau-sează pe submucoasă sau musculoasă, când e distrusă și submucoasa.

Seroasa poate prezenta la suprafața ei false membrane, deseori plăci congestive roșii, un punct hemoragic sau tuberculi subseroși.

Ulceratiile colonului sunt mai extinse și mai neregulate ca cele ale intestinului subțire. P. Spillmann a descris sub numele de colita dizenterică o formă specială a tuberculozei intestinului gros caracterizată prin leziuni asemănătoare cu cele din dizenterie, în care mucoasa se prezintă tumefiată, acoperită de ulce-

rațiuni întinse și profunde, cu margini anfractuoase și decolate, a cărui fond repausează pe tunica musculară. Aceste leziuni se pot complica de gangrenă.

Histologia. Pe secțiune la nivelul marginii ulcerațiilor tuberculoase constatăm infiltrații embrionare întinse, cari invadează toate elementele mucoasei. Foliculi sunt tumefiați, celulele limfatice sunt îngrămădite unele peste altele, cele din centrul foliculului în stare de necrobioză. Vasele limfatice sunt obliterate, iar vasele sanghine sunt dilatate și adesea trombozate. Focarele inflamatorii mai dense pot distruge elementele vecine și să cazeifică în centrul lor, iar în jurul lor se formează celulele gigante.

În ce privește *evoluția ulcerațiilor*, ele sau duc la perforație sau regresează cicatrizându-se.

Perforațiile ulcerațiilor tuberculoase sunt rare. Rareori intestinul perforat poate să se deschidă în cavitatea peritoneală, dând peritonită. Deseori în urma evoluției sale lente, formează aderențe cu visceralele goale (uter vezică, aze intestinale vecine), în cari se deschide. Ulcerațiile se mai pot deschide în țesutul celular subperitoneal, formând un flegmon gangrenos, sau într'un vas important, sau chiar la piele, prin peretele abdominal.

Cicatrizarea ulcerațiilor e deasemenea rară și nu se produce numai la tuberculoza intestinală cu mers lent. În aceste cazuri aflăm în locul ulcerațiilor un țesut cicatricial alburiu limitat de o ușoară dungă. Țesutul cicatricial duce de regulă la o retracție care diminuează calibrul intestinal cu atât mai mult cu cât ulcerațiile au fost mai extinse.

3. *Formele scleroase* sunt formele de tuberculoză intestinală în cari țesutul sclerozant se dezvoltă cu o predominanță foarte mare. Aceste forme sunt de obicei limitate la un segment din intestin. Unele sunt stenozante și se manifestă prin retracțiuni; altele sunt hipertrofice de aspect tumoral.

Aceste forme fibrozante se pot dezvolta concomitent cu procesul ulcerativ.

Deosebim: a) *Stricturi tuberculoase ulcero-cicatriciale*, când deodată cu scleroza avem și ulcerațiuni.

b) *Stricturi tuberculoase primitive*, cari sunt fibroase dela început. La nivelul lor peretele intestinal este îngroșat, însă mucoasa nu este ulcerată. Aceste stricturi sunt în general multiple și pot fi sau *stricturi inelare*, formând în interiorul intes-

tinului o dungă circulară, ce reduce lumenul intestinal la o simplă deschizătură, sau *stricturi tubulare*, la cari stricturile sunt pe o întindere de câțiva centimetri.

c) Unele forme de tuberculoză intestinală pot lua aspectul tumoral, aceste sunt *formele hipertofice*, caracterizate prin hiperplazia peretelui intestinal. Aceste forme le întâlnim la indivizi cari au o predilecție de a reacționa la o infecție tuberculoasă prin formarea de țesut conjunctiv, la indivizi despre cari am putea spune că prezintă o „diateză fibroasă“.

Tuberculoza hipertofică este de cele mai deseori stenozantă.

Histologia. Musoasa e puțin alterată, foliculii tuberculoși sunt rari. În submucoasă constatăm o infiltrație limfocitară și bande de țesut conjunctiv; reacțiunea fibroasă e mai mare în jurul vaselor. Aici putem distinge nodului tuberculoși cu celule epiteloide și celule gigante. Celuloasa e transformată într'un țesut fibros și grăsos. Musculoasa e îngroșată, fasciculele musculare fiind hipertofiate.



SIMPTOMATOLOGIA

Simptomele tuberculozei intestinale corespund deosebitelor varietăți patologice. De aceea putem suprapune o clasificare clinică la clasificarea anatomo-patologică. Astfel și aici deosebim 3 forme și anume: forma granulară, ulceroasă și hipertofică și fibroasă.

1. **Tuberculoza intestinală granulară.** Granulia se localizează rareori în intestin. Simptomele se pierd în tabloul clinic al maladiei generale, care amintește meningita în prima copilărie sau febra tifoidă mai târziu, unde avem ca fenomene generale o febră constantă, iar ca simptome locale mai obișnuite avem durere și balonare abdominală. De obicei avem constipație, diareea e rară. Hemoragiile intestinale sunt destul de frecvente.

2. **Tuberculoza intestinală ulceroasă.** Această formă este de cele mai deseori secundară, survenind ca o complica-

țiune în cursul unei tuberculoze pulmonare și care agravează prognosticul. Ea debutează cu dureri continue nevralgiforme și cu modificări ale scaunelor, cari sunt mai întâi frecvente, însă rămân solide, materiile fiind obduse cu mucus; mai târziu se instalează diarea.

Diarea constituie simptomul principal al perioadei de stare. Frecvența și abundența sa e variabilă și se manifestă prin scaune lichide. Evacuările sunt imperioase și neconținute și produc o adevărată deshidratare a bolnavului. Uneori diarea instalată e persistentă și rebelă la tratamentul medicamentos, de aceea Louis și Chomel o numește „diaree de curs lung”. Bolnavul prezintă transpirațiuni nocturne.

Diarea este legată de cele mai deseori de ulcerăriunile, ntestinale; ea poate fi însă intensă dela debut, când ulcerăriunile sunt rare. În acest din urmă caz diarea o atribuim alterării glandelor, cari secretă un lichid abundent; obliterării limfaticilor, cari favorizează transpirația seroasă și propagării infecției la plexul nervos al peretelui intestinal, care influențează secreția, peristaltismul și tonusul vascular.

Durerile în perioada de stare sunt spontane sau numai provocate prin palparea sau ingerarea anumitor alimente, sau sunt intermitente în formă de colici, asociate cu tenesme, sau sunt continue, difuze sau localizate. La palparea abdomenului putem constata ghiorăituri sau o împastare difuză și excepțional adenopatii mezenterice voluminoase. Uneori există o hiperestezie cutanată a regiunii abdominale. Într'o perioadă mai avansată se asociază turburări gastrice ce constau în anorexie și vomări.

Sindromul coprologic e de mare importanță. Scaunele la început sunt semi-fluide, apoi repede devin lichide și conțin grunji gălbui sau grii, sau mase mucoase striate de sânge, resturi alimentare nedigerate, sau lambouri de mucoasă mortificată. Ele au un miros fetid și sunt la început de culoare gri, apoi devin închise sau chiar negre, când ulcerăriunile sângerează.

La examenul citologic aflăm leucocite, hematii diformate și concrețiuni granulo-grășoase.

Scaunele au o reacție alcalină. În ele putem afla bacili tuberculoși și alți germeni. Prezența bacilului Koch nu are valoare absolută numai când tuberculoza intestinală e primitivă

și de mai puțină importanță. la cei cari suferă de tuberculoză pulmonară, la cari baciliile eliminați prin fecale pot proveni din sputa ingerată.

Prin radioscopie putem constata peristaltismul intestinal exagerat, inceputurile de diverticuli și ulceratiunile.

Ca simptome generale constatăm o slăbire rapidă, o anemie profundă; pielea e uscată, teroasă și cu pete pigmentare în deosebi pe față și mâni. Temperatura e ridicată și are caracter hectic. Avem transpirațiuni nocturne. Urinele sunt rare, închise, bogate în principii extractive.

Mersul bolii e de obicei lent și neregulat. Starea generală se alterează apărând escare, edeme și cașexia ce duce la moarte.

Tuberculoza intestinală ulceroasă se poate prezenta sub forme anormale. Astfel în ce privește debutul enterita tuberculoasă poate să apară în mod brusc, ca și o enterită banală, la un individ ce nu prezintă leziuni pulmonare. Aceasta e *tuberculoza intestinală primitivă*, care e rară și se prezintă mai ales la copii. Ea are un mers progresiv, dând moartea. După simptome afară de enterita tuberculoasă forma comună în mod excepțional se poate prezenta o formă latentă, la care ulceratiunile le constatăm la autopsie. Putem avea în unele cazuri o *formă coprostatică* la care în loc de diaree putem avea constipație. Alteori întâlnim *forme dizenterice*, cari se prezintă cu sindromul dizenteric. Sau întâlnim *forme hemoragice* în cari bolnavul pierde mult sânge.

Forme evolutive. Uneori procesul ulcerocazeos trece la peritoneu, la mezenter și la ganglionii mezenterici, dând forma *enteromezenterică* sau *entero-peritoneală*, care se manifestă prin accentuarea durerilor, meteorism, senzibilitate abdominală la palpație și apariția unei tumefacțiuni. Evoluția acestei forme e lentă și cu tendință la supurațiune și fistulizare.

Rareori ulceratiunile se cicatrizează, dând *forma stenozantă cicatricială*.

Complicațiuni. Printr'o ulcerare a unui vas important, poate da o *enteroragie* mortală. În mod excepțional procesul ulcerativ poate perfora intestinul, dând o *peritonită generalizată*, ce se manifestă subit cu sindromul peritoneal acut, dând moartea în 2—3 zile.

3. **Tuberculoza intestinală hipertrofică și fibroasă.** A) *Tuberculoza hipertrofică* se manifestă printr'o tumoră care duce la stricturarea intestinului. Ea se poate localiza la nivelul sigmei, însă de cele mai multeori se localizează la nivelul cecului.

Ea prezintă 3 perioade:

a) Perioada de debut e insiduoasă, bolnavul prezentând dureri vagi în fosa iliacă stângă, deseori accentuate prin ingerea alimentelor, când survin adevărate crize. În timpul crizelor avem constipație iar după criză se prezintă diaree, când durerile se calmează, apoi se instalează din nou constipația ce ține până la criza următoare. Această perioadă durează câteva luni, starea generală nefiind alterată.

b) Perioada a doua se caracterizează prin apariția tumorii, perceptibilă la palpare și care e neregulată dură, elastică, neaderentă de peretele abdominal și mobilă. Deseori constatăm adenopatie inghinală. Crizele dureroase se repetă, starea generală se alterează, bolnavul slăbește, prezintă transpirațiuni nocturne, febră vesperală și se anemiează.

c) În perioada a treia, dacă nu se intervine chirurgical, se prezintă ocluzia intestinală sau mai rar, cazeificarea dând: forma entero-peritoneală.

B) În unele cazuri semnele clinice arată existența unui obstacol în pasajul intestinal. Așa se manifestă *strictura tuberculoasă a intestinului*. Această tuberculoză fibroasă se manifestă de primată cu ocluzie. Boala începe cu dureri difuze, alternanțe de constipație și diaree. Ea evoluează cu *sindromul lui Koenig* care constă în: constipații și crize dureroase foarte violente, ghiorăituri, contracțiuni peristaltice exagerate. Crizele se termină prin emisiuni de gaze și scaune diareice. În intervalul paroxismelor (când nu mai avem defenză musculară) putem palpa un cordon dur, mai puțin voluminos și mai regulat ca în tuberculoza hipertrofică. Evoluția acestei forme e cronică, rareori poate fi întreruptă de accidente de ocluzie acută.

Prognostic. Prognosticul e grav, însă variabil, după forma care o prezintă. Astfel el e fatal în forma granulică aproape totdeauna fatal în enterită, aici putem însă în mod excepțional să obținem vindecare dacă tuberculoza intestinală e primitivă. Prognosticul tuberculozei intestinale fibroase și hipertrofice e mai puțin grav de când au intrat în domeniul chirurgiei.

MIJLOACELE DE INVESTIGAȚIE

1. *Inspekția.* La inspekție putem constata un meteorism local.
2. *Palparea* se face de obicei cu două mâni, apăsând cu degetele tot mai adânc la fiecare inspirație. Colonul pelvian îl palpăm în fosa iliacă stângă, făcând să ruleze colonul pe planul rezistent al fosei iliace. Introducând degetul în rect și deprimând profund peretele abdominal cu cealaltă mână, putem simți o tumoră chiar mică. Pentru palpare bolnavul se culcă în poziție ridicată cu bazinul, pe un plan înclinat de 45 grade. Această poziție are avantajul de a diminua rezistența peretelui abdominal, mușchii nemai opunându-se mâinei decât printr'o rezistență pasivă. Recomandăm bolnavului de a face respirații lente, pentru a evita respirația diafragmatică, care are inconvenientul că în inspirație împinge masa intestinală a intestinului subțire spre bazin.
3. *Percuția* e o explorațiune infidelă și inconstantă. Asociată cu insuflația, ea permite de a recunoaște traiectul colonului.
4. *Insuflația* e o metodă puțin practică, se face cu o sondă rectală, adaptată unui aparat de insuflare. Cu această metodă mai puțin decât în celelalte porțiuni ale colonului putem percuta și afla traiectul colonului sigmoid, iar la radioscopie forma sa.
5. *Tușeul rectal.* Prin peretele rectal putem simți o tumoră a colonului pelvian.

6. *Sigmoidoscopia.* Recto-sigmoidoscopia este indicată ori-decâteori constatăm un simptom anormal din partea intestinului recto-sigmoidian, când palparea abdominală și tușeul rectal nu ne dau rezultate satisfăcătoare, când avem turburări ale funcțiunii motrice, cari constau în constipații și diarei renitente la tratament medical și la regim și când constatăm în fecale mucus puroi sau sânge.

Bolnavul se prepară prin purgație și lavaj. Vezica trebuie să fie vidă. Bolnavul se așază'n poziție genu-pectorală, cu coapsele perpendiculare pe masă, aplecat din regiunea lombară.

Examinarea se face când introducem și când scoatem aparatul. Mucoasa normală o vedem netedă și lucioasă iar cea

inflată e neregulată și intens roșie. În ulcerațiunile tuberculoase ale colonului sigmoid, mucoasa e foliculară.

Prin pătrunderea dificilă a sigmoidoscopului putem afla o strictură, o comprimare sau un spasm al colonului.

7. *Sondajul.* Prin sondaj putem afla o strictură a colonului ilio-pelvic. În caz de stricturi sondajul poate fi ajutat de sigmoidoscopie. În acest caz introducem sigmoidoscopul până la stenoză, când ne e posibil a pătrunde cu sonda direct în lumenul strâmtorat, de a face cateterismul și de a măsura înălțimea și lungimea stricturei. Cateterismul ne permite de a introduce deasupra stricturei o clismă de bismut, pentru a face o radiografie a intestinului gros.

8. *Radiografia,* după lavaj cu bismut permite de a face diagnosticul de stenoză a colonului și de a preciza sediul ei, prin oprirea permanentă a bismutului.

Este de multeori imposibil de a cunoaște prin razele X dacă stenoza e de origine extrinsecă sau intrinsecă. Acestea descoperă însă perfect de bine cotiturile, alungirile, dolicocolorurile și stricturile colonului, caracterizate printr'un aspect de ciaz de nisip a bismutului, care merge în filiera strâmtată. O alterare de zone clare și de zone întunecate indică o urmă a retracției. În procesele ulcerative avem simptomul lui Stierling, caracterizat prin aceea că în locul bolnav avem o slăbire a umbrei.

Pentru radiografie preparăm bolnavul purgându-l prealabil cu cel puțin 4—5 ore înainte. Clisma de emulsie de bariu o facem cu un irigator ridicat la înălțimea unui adult mijlociu. Vom examina la trochoscop trecerea clisme prin rect, ampula rectală, colonul sigmoid etc. până în cec când închidem tubul de cauciuc cu ajutorul unui dispozitiv. Vom fi atenți la eventualele puncte dureroase pe care bolnavul le semnalează. Bolnavul îl vom așeza în decubit ventral, în așa fel ca abdomenul să cadă exact pe placa radiografică. Raza principală a tubului să cadă pe apofiza spinoasă a vertebrei a III-a lombară.

TRATAMENTUL

Tratamentul medical constă în tratamentul general al tuberculozei și tratament simptomatic combătând durerea și diarea.

Regimul alimentar trebuie să fie ușor constând din supe, pireuri, ouă, puțină carne tocată. Se prescrie uneori carne crudă tocată, însă bolnavul se desgustă foarte repede. Ca beutură se dă ceai ușor, apă alcoolată, vinul însă e contraindicat. Se poate da regim lactat exclusiv cu apă de calciu sau Kefir.

Contra diareei dăm preparate calcice cum e creta preparată și pudra lui Ferrier; săruri de bismut, antiseptice intestinale (salol, betol, beuzonaftol), la care putem adăuga tanin, colargol, acid lactic, albastru de metilen, peroxid de magneziu. Preparatele opiacee pot combate diareile și durerile, făcând însă abuz de ele, pot da retenție de fecale. Se poate încerca spălături cu ratanhia, cu decoctiuni de mac, cu sulfat de zinc sau de argint, aceste ultime două săruri nu le disolvăm în apă ci în soluție de geloză. Mai recent s'a recomandat injecțiile intravenoase cu soluție de clorură de calciu 1—2 cm. din soluția de 50%. Alții folosesc pe cale intravenoasă sau intramusculară soluția de aceeași sare 10%. Toate aceste medicamente sunt numai paliative. Uneori se poate obține ameliorare prin razele ultra-violete.

Tratamentul cu razele Röntgen de obicei nu se prea poate aplica, razele neputând influența procesele profund situate. Walther recomandă doze de 25—40%. El începe cu 25% HED și se urcă încet până la 40%. O tuberculoză ce nu reacționează la acest tratament se consideră ca refractară. El recomandă a lucra cu o singură calitate de raze, cu un optimum de acțiune profundă. Din cauza aceasta se poate lucra cu un filtru fixat.

Tratamentul chirurgical. Cele mai accesibile tratamentului chirurgical sunt tuberculozele fibroase și hipertrofice.

În ce privește operațiunile ce se fac asupra colonului ilio-pelvic avem mai multe procedee. Operația cuprinde pe de o parte *colectomia* ce constă în rezecarea unei porțiuni din intestin și *enterorafia*, ce constă în restabilirea continuității intestinului. Aceasta se poate face într'un singur timp, după pro-

cedeul lui Reylard, deci colectomia cu sutură imediată. Această metodă din cauza infecțiozității și insuficienței suturilor dă o mortalitate mare.

Intervențiile chirurgicale ce se fac asupra colonului le împărțim în 3 metode:

1. Colectomia cu enterorafie imediată;
2. Colectomia cu derivație;
3. Operațiuni atipice.

I. *Colectomia cu enterorafie imediată.* E procedeul lui Raybard. Sutura se face colo-colică, termino-terminală (Duval, Pauchet), latero-laterală sau termino-laterală (A. Lane). După localizarea tumorii colectomia poate fi segmentară, subtotală și totală.

II. *Colectomia cu derivație.* Derivația poate să fie externă sau internă. Derivația externă se face creând un anus artificial. Ea poate fi făcută a) înainte de colectomie. Anusul contra naturii se face sau pe cec (Baum), sau pe colonul transvers (Schloffer, sau la nivelul tumorii (Savariaud) b) *Derivație în acelaș timp cu colectomia.* Se poate face cu peritoneul deschis, făcând colectomia, apoi enterorafia parțială, lăsând o derivație prin acel loc (Bouilly—Volkmann; sau cu peritoneu închis, făcând exteriorizarea simplă fără secționarea prealabilă a mezocolonului (Reclus); sau fistulizarea în ansa exterioră, apoi colectomie, fără a rezeca mezocolonul (Bloch); sau operația lui Mikulicz, unde mezocolonul se secționează înainte de exteriorizare, apoi se face colectomia; sau operația lui Hartmann care constă în exteriorizarea după secționarea intra abdominală a mezocolonului și ligatura vaselor, apoi închiderea peritoneului, secționarea tumorii, crearea unei derivații externe, închiderea capătului distal, și aplicarea unui tub de sticlă îndoit; Operația lui Bouilly—Volkmann care se face cu peritoneu închis — se face colectomia și continuitatea intestinului este asigurată prin sutura semicircumferinței posterioare a capetelor intestinului. În toate operațiile acestea se face mai târziu enterorafia definitivă.

c) *Derivația se menține după colectomie și enterorafie* în operația lui Hartmann (tipul 2), care diferă de precedentele prin aceea că în primul timp se face enterorafia între capătul aferent și eferent înainte de colectomie; cele două părți ale ansei se aduc la olaltă și se anastomozează lateral; acest timp operator

se face pe lângă peritoneul deschis. Colectomia se face prin exteriorizație cu peritoneul închis și se menține exteriorizația prin extremitatea proximală.

III. *Operațiuni atipice.* Acestea sunt operațiuni cari împrumută din fiecare metodă. Ele se fac în indicațiuni speciale. În intervențiile asupra colonului recto-sigmoidian Mummery și H. Hartmann au imaginat două tipuri de operațiuni.

Primul procedeu. Colectomie cu deschiderea peritoneului și închiderea rectului prin abdomen în formă de fund de sac și imbucarea capătului proximal la peretele abdominal, făcând un anus definitiv în regiunea iliacă. Hartmann face o incizie transversală care se incurbează în fosa iliacă stângă.

Al 2-lea procedeu. Se face colectomia apoi invaginarea capătului colic în rect, care restabilește continuitatea intestinului. Această operație a lui Maummery se poate face într'un singur timp, fără derivație sau în 2 timpi cu derivație temporară prin capătul proximal al colonului.

Dacă prin extensiunea sa e imposibil de a practica extirparea focarului tuberculos, atunci se poate face entero-anastomoza de preferință ilio-iliacă. Entero-anastomoza are ca scop de a pune într'un repaos relativ partea bolnavă, care astfel încetează de a evolua și poate fi extirpată ulterior. Se preferă aceste operații în anumite cazuri, când facem excluzia unilaterala (Berard și Patel): ileonul este secționat deasupra focarului, capătul inferior este închis, capătul superior se deschide în colonul ilio-pelvic. Refluxul materiilor în segmentul intestinal bolnav e astfel împedecată și acesta se poate evacua prin colon, aici nefiind întreruptă legătura.

Necesitatea intervenției chirurgicale și alegerea metodei este subordonată atât leziunilor locale cât și stării generale a bolnavului, trebuie să ținem seamă de etatea și slăbirea lui mai puțin sau mai mult avansată și de existența altor focare bacilare. În tuberculoza pulmonară înaintată e o contra indicație absolută a oricărei intervenții sângerânde.

Tratamentul medical postoperator. Diareile putând persista și după operație, le tratăm. Unii autori recomandă după operație tratament radioterapic.

OBSERVAȚIE PERSONALĂ

Alexandru S. în etate de 22 ani, necăsătorit, de profesiune tâmplar, de naționalitate maghiară, domiciliat în comuna Lupeni. *Data intrării:* 2 Noembrie 1927. *Data eșirei:* 18 Ianuarie 1928.

Diagnosticul: Baciloză a colonului sigmoidian, ileo-cecală și apendiculară.

Operat la 30 Noembrie 1927. Nr. cond. op. 1712.

Felul op. Excluderea unilaterală a colonului ileo-sigmoidostomie latero-laterală.

Antecedente heredo-colaterale. Tatăl mort de cancer al stomacului. Mama trăește și suferă de tbc. pulmonară. A avut 8 frați, dintre cari unul a murit în vârstă de 3 ani în urma unei afecțiuni inflamatorice a gâtului. Restul de 7 frați trăesc și se bucură de perfectă sănătate.

Antecedente personale. Dela etatea de 7 ani prezintă reumatism articular, care se manifestă prin dureri la nivelul articulațiilor membrelor superioare, prezentându-se spontan și periodic în legătură cu schimbarea de temperatură. La etatea de 15 ani a suferit de gripă Neagă maladiile dermato-venerice.

Boala actuală datează de 3 ani. A debutat cu diaree rebelă, apărută în mod insidios, fără ca să aibă vre'o legătură cu felul, calitatea sau cantitatea alimentației. Bolnavul are 10 până la 13 scaune la zi, de consistență lichidă, aproape apoase, la început foarte puțin mirositoare și acompaniate de dureri surde, apăsătoare și penetrante în regiunea abdominală, fără a fi localizate. Bolnavul intră în spitalul din Lupeni unde i-se administrează medicamente astringente, în urma cărora scaunele se reduc la 7—9 în cursul zilei și 3—4 în cursul nopții. Durerile și senzația dureroasă de a avea scaun, cu tenesmul care-l însoțea îl chinneau îngrozitor și în curând se repercutează și asupra stării generale, care se alterează, bolnavul slăbește progresiv, i-și pierde gradat capacitatea de muncă și apetitul. La aceste simptome după 3 luni dela debut s'au mai adăugat încă niște zgomote sub formă de ghiorăituri, cari se produceau în interiorul abdomenului, cari erau urmate de eliminiări de vânturi în cantitate mare.

La 7 luni dela începutul boalei, bolnavul i-și dă seama că durerea are tendința de a se localiza în fosa iliacă stângă, că este mai puternică și incidental palpându se la acest nivel, simte o rezistență sub forma unui cordon dur, care dela această dată și până'n prezent nu a dispărut, ci din contră a evoluat luând dimensiuni din ce în ce mai mari. Din cauza durerilor și a rezistenței dure din fosa iliacă stângă, bolnavul intră în spitalul din Lupeni și la insistențele dănsului i-se face pe ziua de 28 Martie 1926 o laparatomie paramediană în fosa iliacă stângă, probabil în scop explorator. În curs de 8 zile plaga s'a vindecat, iar după 12 zile părăsește spitalul ameliorat. Durerile nu mai sunt așa de violente, starea generală se reface, deși scaunele sunt diareice și frecvente. Timp de 4 luni se simte ameliorat, iar după acest timp începe să simtă dureri în torace, în fosele interscapulo-vertebrale, cari uneori au un caracter de junghiu, apetitul, revenit dispare din nou, tușește, are transpirațiuni nocturne, forțele-i dispar și durerile din fosa iliacă stângă din nou se accentuează. Scaunele se urcă nou la 12 pe zi, sunt acompaniate de tenesme dureroase învelite cu mucozități și false membrane. Nici când scaunele nu au fost sanghinolente sau de culoare neagră. La recomandăția unui medic schimbă localitatea, se duce la Baicoi, unde după un tratament cu lactoferment se ameliorează puțin. După 4 luni se reintoarce în Lupeni, însă din nou revine la starea anterioară. Tumora din fosa iliacă stângă i-i produce dureri iradiate înspre lombe, epigastru și regiunea ilio-cecală, atât ziua cât și noaptea, indiferent de alimentație. Se anemiează, slăbește progresiv, trebuie să-și părăsească meseria din cauza incapacității de a munci și pe ziua de 15 Iunie 1927 intră în Clinica Medicală din Cluj, unde stă 2 săptămâni, apoi părăsește Clinica, pentru a reveni în 7 Noembrie 1927, de unde pe ziua de 2 Noembrie este transpus Clinicei Chirurgicale pentru intervenție, după ce i-sa pus diagnosticul de tbc. a colonului sigmoid.

Examenul medical. Temperatura 36³—38⁸, Puls 70—80 plin, ritmic. Respirațiunea normală. Starea generală bună. Statură mijlocie. Tegumentele și mucoasele vizibile de culoare palidă, anemiate. Sistemul musculo-adipos potrivit de dezvoltat. Sistemul osos intact. Extremitățile nu prezintă nici o diformățiune. Ganglionii inghinali ușor măriți, nedureroși.

Aparatul respirator. Torace ușor plat; excursiunile respi-

ratorii libere. La percuție submatinate la ambele vârfuri, mai pronunțată în stânga, în rest sonoritate, La ausculție respirație înăsprită la ambele vârfuri cu expirația prelungită și cracmente la vârful stâng. În rest murmur vezicular.

Aparatul circulator, abdomenul, aparatul urogenital și sistemul nervos sunt normale.

Examenul local. La inspecție abdomenul e de circumferință normală. În fosa iliacă stângă prezintă o cicatrice veche ușor recurbată de 10 cm. lungime.

La palpație se prezintă ușoară senzibilitate în fosa iliacă dreaptă, iar în fosa iliacă stângă se constată un cordon dur, gros, sensibil, care în jos se pierde în bazin, iar în sus se continuă în flancul stâng. La presiune profundă bolnavul acuză dureri la acest nivel. Regiunea epigastrică liberă, punctul duodenal și cistic nedureroase.

Examenul radiologic înainte de intervenție. La examenul radiologic prin clisme se constată că contrastul radiopac umple fără de nici o dificultate rectul și ampula rectală, care pare puțin micșorată de volum. De aci în sus se observă că contrastul parcurge colonul ilio-pelvic printr'un lumen mult mai îngustat decât în stare normală. La trecerea lichidului prin acest segment intestinal, bolnavul semnaleză dureri trecătoare. La nivelul trecerei sigmei în colonul ascendent se observă că contrastul radiopac umple colonul descendent transvers și ascendent și are dimensiuni normale, neputându-se observa nimic patologic. Aspectul radiologic al sigmei este asemănător unei marmorații, caracteristică manifestărilor de natură bacilară (vezi radiografia Nr. 1).

După 2 ore (vezi radiografia Nr. 2) dela primul examen radiologic se observă că contrastul radiopac umple numai rectul cu ampula rectală, colonul ilio-pelvic este gol, dând aspectul unei soluții de continuitate.

Examenul urinei: clară, galbenă portocalie, de reacție acidă, cu densitatea de 1020, albumină, zahăr puoi și sediment negativ.

Sucul gastric. Pe nemâncate se extrage 10 cm³ de suc gastric fără resturi alimentare, din care HCl liber = 0; aciditatea totală = 10.

După dejun de probă: HCl lib. = 0; ac. totală = 18.

Diagn. preoperator : Tbc. fibroasă proliferativă a cecului și col. sigmoidian.

Pregătirea bolnavului. Trat. preoperator : se pregătește pentru intervenție cu calciu clorat $\frac{6}{150}$ 3—4 linguri la zi. In

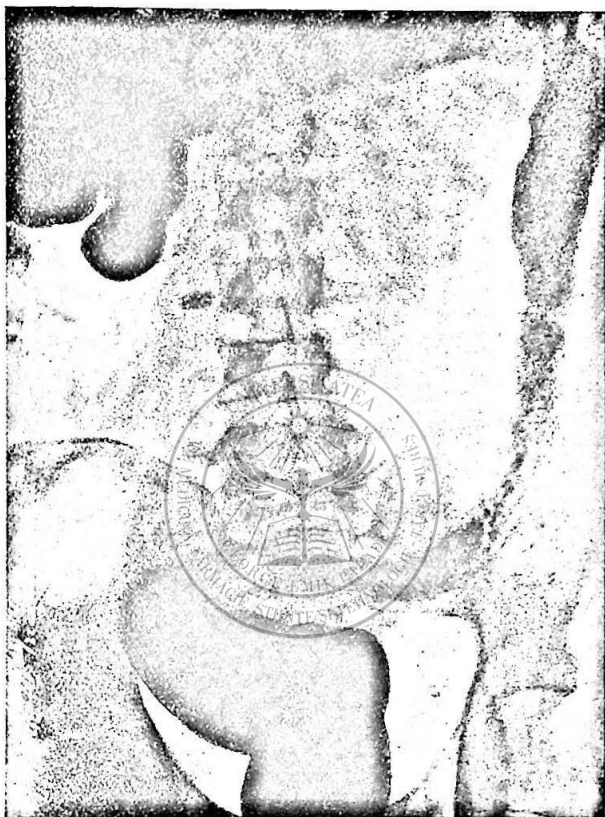


Fig. No. 1.

Examenul radiologic imediat după introducerea clisme.

spre seara operației se face clismă evacuatoare și badijonarea abdomenului cu benzină iodată și tinctură de iod.

Înainte de intervenție cu $\frac{1}{2}$ oră se dă injecție subcutanată cu morfina clorhidrică 0,02 + Coff. natr. benz. 0,20.

Operația. Data: 30/XI 1927. *Operator :* Prof. Iacobovici.
Ajutor : Dr. Lăpădatu și Dr. Ungureanu. Nr. cond. 1712.
Se face laparotomie mediană subombilicală. Se incizează

tegumentele, țesutul celular subcutanat și aponevroza care constituie linia albă.

Se îndepărtează dreptii abdominali și se deschide cavitatea peritoneală. Se constată un țesut grăsos abundent atât propri-



Fig. No. 2.

Examenul radiologic după 2 ore dela introducerea clismei.

toneal cât și în grosimea peritoneului. Se explorează ansele intestinale, apoi colonul sigmoidian. Se constată o îngroșare a pereților. Este fixat în porțiunea superioară și mobil în cea inferioară. Se explorează cecul și se constată un proces inflamator cronic, care interesează porțiunea terminală a ileonului, cecul și apendicele, care este îngroșat, mărit și aderent.

Se decide o excludere unilaterală a colonului și crearea

unei guri de anostomoză între ileon și sigmoidă, dedesubtul procesului.

Se rezecă ileonul la circa 16 cm. de revărsare în cec și se infundă ambele capete folosindu-ne de ecrasoanele lui Martell și sutura prof. Iacobovici. Se luxează pe cât mai sus posibil partea cea mai inferioară a colonului sigmoidian, care pare a fi constituită din țesut normal și între dânsa și porțiunea proximală a ileonului rezecat, se crează o gură de anostomoză de circa 5 cm. lungime print'o entero-colostomie latero-laterală. Se acoperă gura de anostomoză prin țesutul grăsos din vecinătate, apoi se închide complect cavitatea peritoneală și peretele abdominal prin fire de metal.

Mersul boalei. Tratamentul post operator.

În I-a zi după operație Temp. și pulsul f. ușor ridicate, starea generală bună. Din cauza durerilor se fac inj. cu pantopon 0,02 subcut., apoi coff. natr. benz. 0,20. Spre seară se aplică un tub rectal pentru vânturi. Pe abdomen se pune pungă cu gheață.

A 2-a zi d. op. Starea generală bună. Abdomen ușor balonat senzibil. Se elimină prin rect un scaun fluid f. mirositor. La interior câteva linguri de ceai rece. Spre seară are scaun spontan și vânturi în cantitate mare. Pulsul fiind frecvent (130) se dă digitalină și caffeină intravenos și pantopon subcutan.

În zilele următoare scaunele reapar având caractere diareice și foarte mirositoare.

Abdomenul moale, nu prezintă fenomene peritoneale. Bolnavului i-se prescrie un regim de paste făinoase pentru colită, Pilule de biolactil 4 pe zi. Din zi în zi starea generală e tot mai bună, zilnic are 4—5 scaune păstoase. Plaga abdominală se vindecă.

Rezultatul radiologic după operație.

I-se administrează bolnavului dejunul lui Riedel, iar după 2¹/₂ ore se examinează bolnavul la trohoscop în decubit dorsal. Se constată că contrastul radiopac ingerat se află deja în ileon și se evidențiază la ecran în condiții excelente, că gura anostomotă nou creată funcționează în condiții foarte bune și per-

mite pasagiul intestinal fără de nici o turburare mecanică, umplându-se ampula rectală și rectul (vezi rad. No. 3).

După 24 ore se controlează radioscopic, bolnavul din nou

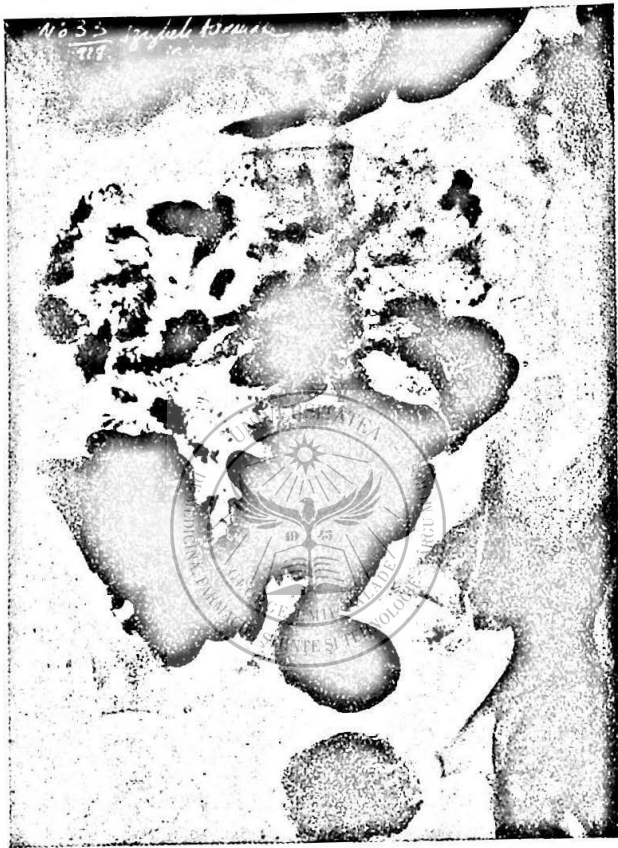


Fig. No. 3.

Examenul radiologic după operație.

și se constată o evacuare completă a tubului digestiv. De data aceasta se încearcă un nou examen prin clismă și se constată că contrastul radiopac trece prin rect și ampula rectală fără de nici o dificultate, iar când ajunge soluția ceva mai sus de gura anastomotică nou creată prin intervenție (ileo-sigmoidiostomie), bolnavul semnalează dureri violente, încât se renunță la umplerea colonului ileo-sigmoid, ceiace denotă că lumenul acestui segment

intestinal afectat și exclus din pasajul tubului digestiv, în urma intervenției, este mult micșorat, cu tendință de cicatrizare completă.

Bolnavul fiind anemic i-se recomandă un regim tonifiant. Se administrează zilnic ClCa_2 10% și iradiațiuni cu raze Quarz pe abdomen.

În 18/1 1928 bolnavul părăsește Clinica recomandându-i-se liniște, repaos și alimentație sistematică.

CONCLUZIUNI

1. Tuberculoza colonului ileo-pelvician e o afecțiune foarte rară și dificil de diagnosticat.
2. Localizarea predilectă a tuberculozei intestinale e la nivelul porțiunii ileo-cecale și numai rareori se localizează în alte porțiuni.
3. Tuberculoza intestinală e o afecțiune cu tendință progresivă, care nu se vindecă sub influența medicamentelor. Ea se prezintă mai des la adolescenți și adulți.
4. Explorațiunea radiologică este de o importanță capitală în punerea diagnosticului.
5. Cel mai bun și de cele mai multeori singurul mijloc de ameliorare e excluderea intestinului gros prin ileo-sigmoidostomie.
6. Necesitatea intervenției chirurgicale și alegerea metodei de operație este subordonată leziunilor locale și stării generale a bolnavului.
7. Intervenția chirurgicală e contraindicată în tuberculoza pulmonară înaintată și în extinderea foarte mare a procesului tuberculos.

Cluj, 19 Iunie 1928.

Văzută și bună de imprimat.

Decan:

Prof. Dr. M. Botez.

Președinte:

Prof. Dr. I. Iacobovici.

BIBLIOGRAFIE

- ASSMANN: Die Röntgendiagnostik der inneren erkrankungen.
BAKACS-BRESLAU: Münchener Medizinische Wochenschrift 15. IV. 1927.
BACMEISTER: Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen 1926.
BERGMANN-BRUNS: Handbuch der Praktischen Chirurgie Stuttgart 1907.
BEZANCON F.: *Precis de patologie medicale.*
BRUNS-GARRE-KÖTTNER: Handbuch der Praktischen Chirurgie. Stuttgart 1912
CHAPUT M.: *Presse Medicale* 16. XI. 1907.
COLLET F. I.: *Precis de Pathologie.* Paris 1926.
DUVAL P.: *Revue de chirurgie* 12. VI. 1913.
EBSTEIN-SCHWALBE: Handbuch der Praktischen Medizin. Stuttgart 1905.
EPSTEIN: *Zentralblatt für Chirurgie* 14. VII. 1926.
FLEISCHNER: Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen 1926.
FLECKSEDER: *Wiener Medizinische Wochenschrift* 7. V. 1927.
FLEISCHNER: *Zentralblatt für Chirurgie* 31. VII. 1926.
FORGUE E.: *Precis de Pathologie externe.* Paris 1922.
GLEY E.: *Traité elementaire de Physiologie.* Paris 1925.
HAMMER G.: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 16. XII. 1927.
I. IACOBOWICI: *Propedeutica chirurgicala.* Cluj 1927.
KAUFMANN E.: *Lehrbuch der Speziellen Pathologischen anatomie für Studierende und Ärzte.* Berlin 1907.
KOENIG F.: *Lehrbuch der Speziellen Chirurgie.* Berlin 1904.
LABOULBÈNE A.: *Nouveaux elements D'Anatomie pathologique descriptive et histologique.* Paris 1879.
LARTIGEAU: *Presse Medicale* 22. III. 1902.
MENING I.: *Lehrbuch der Inneren Medizin.* Jena 1918.
OKINCZYE I.: *Presse Medicale* 9. II. 1907.
PAULESCO N. C.: *Traité de Physiologie Medicale.* Bucarest 1920.
RIBBERT H.: *Lehrbuch der Allgemeinen Pathologie und der Pathologischen Anatomie.* Leipzig 1915.
ROGER-WIDAL-TEISIER: *Nouveau traite de medecine.* Paris 1924.
SCHMAUS A.—G. HERXHEIMER: *Graudriss der Pathologischen Anatomie.* Wiesenbaden 1915.
SCHITTENHELM: *Lehrbuch der Röntgendiagnostik.*
SCHWARTZ M.: *Presse Medicale* 7. XI. 1903.
SEUFFER E.: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 8. VII. 1927.
STRAUS I.: *La tuberculose e son bacille.* Paris 1895.
STRÜMPPELL A.: *Lehrbuch der Speziellen Pathologie und Therapie der inereu Krankheiten.* Leipzig.
TARANTOLA: *Zentralblatt für Chirurgie* 19. III. 1927.
L. TESTUT: *Traite D'anatomie humaine.* Paris 1921.
TILHUAUS H.: *Lehrbuch der Speziellen Chirurgie.* Leipzig 1911.
WALTHER H. Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. 1923.
WESENER F. *Medizinisch-Klinische Diagnostik.* Berlin 1907.
WULLSTEIN-WILMS: *Lehrbuch der Chirurgie.* Iena 1909.
-