

No. 658.

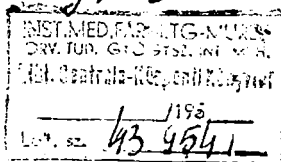
Considerațiuni asupra frecvenței colitelor
parazitare din Clinica Medicală
din Cluj.



PENTRU DOCTORĂT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 6 APRILIE 1933.

DE

ZOZULEA MARTA
FOSTĂ EXTERNĂ A CLINICILOR UNIVERSITARE



23 MAY 2005

UNIVERSITATEA „REG. FERDINAND I.” DIN CLUJ

FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan: D-nul Prof. GH. MARTINESCU.

Profesori:

Clinica stomatologică	D-l Dr.	<i>Aleman I.</i>
Bacteriologie	” ”	<i>Baroni V.</i>
Istoria medicinei	” ”	<i>Bologa.</i>
Patologia generală și experimentală	” ”	<i>Botez M. A.</i>
Istologia și embriologia umană	” ”	<i>Drăgoiu I.</i>
Clinica infantilă	” ”	<i>Gane T.</i>
Semiologia medicală	” ”	<i>Goia I.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	” ”	<i>Grigoriu C.</i>
Clinica medicală	” ”	<i>Hațiegan I.</i>
Clinica chirurgicală }	” ”	<i>Iacobovici I.</i>
Medicina operatoare }	” ”	
Farmacologia și farmacognozia	” ”	<i>Martinescu Gh.</i>
Clinica oftalmologică	” ”	<i>Michail D.</i>
Clinica neurologică	” ”	<i>Minea I.</i>
Medicina legală	” ”	<i>Minovici N.</i>
Igienă și igiena socială	” ”	<i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	” ”	<i>Negru D.</i>
Fiziologia umană (-upl.)	” ”	<i>Popovici G. docent</i>
Farmacia chimică și galenică	” ”	<i>Pamfil Gh.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	” ”	<i>Papilian V.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	” ”	<i>Predescu-Rion I.</i>
Balneologie	” ”	<i>Sturza M.</i>
Clinica dermato-venerică	” ”	<i>Tătaru C.</i>
Clinica căilor urinare	” ”	<i>Țeposu E.</i>
Chimia biologică	” ”	<i>Thomas P.</i>
Clinica psihiatrică	” ”	<i>Urechia I. C.</i>
Anatomia patologică	” ”	<i>Vasiliu Titu</i>

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte: DI Prof. Dr. *Hațieganu I.*

 { ” ” ” *Jacobovici J.*

Membrii: { ” ” ” *I. Goia*

 { ” ” ” *V. Baroni*

 { ” ” ”

Supl. Docent Dr. *I. Gavrilă*

Părinților mei pentru sacrificiul
depus la închin această lucrare.



PREFAȚĂ.

Se obișnuiește la începutul tezei să se scrie o prefață, pentru mine această ocazie e o adevărată plăcere că e singură cele prin care îmi pot arăta recunoștința și admirația față de aceia care au contribuit la pregătirea mea medicală.

Recunoștință și admirația mea se îndreaptă către profesorii Facultății de Medicină din Cluj; în special față de Dl. Prof. I. Hațieganu căruija țin să-i mulțumesc pentru marea bunevoindă ce o arată tuturor medicilor și studenților și în special față de mine. Permițându mi a lucra în clinica Domniei Sale timp de 2 ani și jumătate în diferite secții unde am învățat conduita medicului față de bolnavi și dragostea ce trebuie să depune la îndeplinirea datoriei.

Domnului Profesor Goia respect și considerație.

Nu uit nici un moment că D-lui Asistent T. Spârchez îi datorez mult și-l rog pe această cale să primească mulțumiile mele.

Deasemenea mulțumesc D-lor Dr. Hângănuț, Dr. Daniello, Dr. Haliță și Dr. Pecurariu care m'au îndrumat în cariera mea.

O amintire neștearsă voi păstra colegilor mei de clinică și în special D-lor Mihaileanu G., Secărea V., Degan E., Rusu V., Nana A., Maximilian P.

Amintiri frumoase voi păstra timpului petrecut în secția de boli pulmonare a Clinicei precum și D-lui asistent Berariu C., D-lor Dr. Chiper și Albon.

Colegilor și colegelor mei le voi păstra în totdeauna amintiri dragi.

INTRODUCERE

Noțiunea de colită paeazitară e destul de recentă. Abia în ultimul timp în anii 1914—1918 s'a început examinarea și căutarea sistematică a paraziților din materiile fecale. Cercetările lui Ravaut au arătat frecvență chistelor de amibe în partea terminală a tractului intestinal și posibilitatea de amebiaza autocatonă. Cercetările mai amănunțite asupra lambliazei deasemenea s'au făcut numai din anul 1915 când s'a studiat importanța ei patogenetică. Infestațiunea parasitară poate fi de două feluri. Infestațiunea care produce fenomene morbide manifeste, și infestațiune latentă în care numai în mod incidental se pot descoperi în materiile fecale paraziți având forma chistică sau forma vegetativă, în aceste cazuri nu avem nici o simptomatologie clinică, acești indivizi fiind numai purtători de paraziți. Tractul intestinal însă servește un mediu prielnic pentru cultura și înmulțirea paraziților, și în anumite condițiuni poate realiza tabloul clinic al unui parazitism intestinal manifest. Descrierea tuturor paraziților cari intestează tractul digestiv la om e un capitol cât se poate de larg. Dl dr Nașcu în teza sa intitulată „Frecvență viermilor intestinali la gastropati” s'a ocupat cu platelminti și nematozi iar în lucrarea de față mă voiu rezuma la studiul protozoarelor iar dintre nematozi numai cu anguillula intestinală.

FRECVENȚA PARASIȚILOR

Dr. Bidigeray făcând o statistică în laboratorul profesorului Brumpt a arătat că majoritatea oamenilor sănătoși au un tract intestinal parasitat.

Entameba disenteriei	4.5%
Entamebă Hartmanni	1.5 „
Lambliia intestinală	10.0 „
Entameba Coli	20.0 „
Blastocystis hominis	25.0 „
Trichomonas intestinalis	mai puțin de 1.0%
Endolimax nana	3.0%

Din statistica lui Poublan reese :

Chiști de amiba coli	12.0%
Chiști de amiba disenteriei	5.8 „
Chiști de amiba dispar	0.9 „

Chiști de amiba Hartmanni	07 „
Endolimax nana	1·2 „
Blastocistis hominis	32·3 „
Lamblia intestinală	8·7 „

În România din statistica făcută de dl prof. Zotta din București se vede (statistica dela 1925—1929):

Lamblia intestinală	1·47%
Trichomonus intestinalis	9·19 „
Entameba Coli	1·47 „
Amiba disenteriei	0·22 „

Comparând statisticele străine cu cea românească se observă că procentul lambliazei intestinale e cu mult mai redus în statistica dlui prof. Zotta față de datele autorilor străini, tot așa și în ce privește frecvența amibelor.

Examinările coprologice făcute în clinica medicală din Cluj în cursul anilor 1926—1932 au arătat, că amibele a căror procentualitatea e așa de ridicată în străinătate la noi lipsește neputând pune în evidență în acest interval la nici un bolnăv. În ce privește flagelajii am găsit 3·06%, dintre cari lamblia intestinală 2·05%, Trichomonis intestinalis 1·01%, Balantidiază 0·11%.

An	No. colitelor	Colitele parazitare		Paraziți
		Număr	Procent	
1926	75	2	2·07%	Trichomonas intestinalis
1927	94	1	1·01%	Lamblia intestinalis
1928	91	1	1·01%	Balantidium Coli
1929	124	3	2·02%	2 Lambl. intestinalis 1 Trichom. „
1930	143	5	2·5%	3 Lambl. intestinalis 1 Trichom. „ 1 Anguillula „
1931	117	14	11·05%	10 Lambl. intest. 1 Anguill. intest. 3 Trichom. intest.
Total 6 Ani	650	26	4%	16 Lambl. intest. 6 Trichom. intest. 1 Balant. coli 2 Anguill. intest.

În decursul anului 1932 la sugestia dlui prof. dr. Iuliu Hațieganu am dat o și mai mare importanță examinărilor de laborator al secției coprologice, utilizând metodele cele mai recente pentru punere în evidență a paraziților. Am studiat scaunele dela 122 cazuri cu semne de colită, găsind următoare procentualitate:

Lamblia intestinală	5.0%
Anguillula intestinală	1.1 „
Iodamiba	0.8 „
Amiba histolitică	0.8 „

(Un caz observat de Dr. Anca care va fi recent publicat.)

DESCRIEREA PARAZIȚILOR

	Amiba coli
	Amiba disenteriei
I. Rizopode	Amiba Hartmanni
	Amiba Nana
	Iodamiba
	Trichomonas intest.
	Trichomonas vagin.
	L. intestinală
	L. muris
	L. duodenalis
Protozoare II. Flagelați	L. microtis
	L. agelis
	L. sanguinis

Cilomastic
Mesnili.

III. Infuzorii Balantidium coli.

Nematelminți: Anguillula intestinală.

Rizopode sau pseudopode. Amibele sunt niște ființe microscopice hyaline, având o formă neregulată, caracterizate prin mișcări care se fac cu ajutorul pseudopodelor. Au un nucleu bine vizibil, care se observă și mai bine cu ajutorul cloraței cu hematoxilină ferică. Nucleul este înconjurat de o protoplasmă, care prezintă 2 straturi. Unul intern granulos, care se numește endoplasmă și un strat extern hyalin ectoplasmă. Dintre amibe pe cari le putem găsi în materiile fecale al omului avem:

Entameba coli: Aceasta este o specie relativ frecventă

și se presupune că nu este patogenă pentru om. Să găsește în intestinul gros, unde se nutrește cu resturi alimentare. Niciodată nu găsim hematii în interiorul ei. Se prezintă sub forma vegetativă și chistică

Forma vegetativă: se prezintă ca o masă protoplasmatică, deosebire între ectoplasmă și entoplasmă nu este netă. Are dimensiuni 20 sau 30 micrometri.

Forma chistică are un diametru 15—20 micrometri. Are 8 nuclee câte odată și mai mulți.

Entameba disenteriei: Acesta ameba dă naștere la diferite forme de colite amebiene. După Brumpt să prezinte sub 3 forme: forma patogenă sau histolitică, forma micuță, și forma chistică.

Forma histolitică se prezintă la microscop ca o masă foarte refrigerentă, are dimensiuni de la 25—50 micrometri. Cu obiectiv No. 7 apare ca o masă protoplasmatică animată cu mișcări amiboide numeroase rapide și ample. Protoplasma este diferențiată în endoplasma granuloasă plină cu corpuri străine (resturi celulare, bacterii și mai cu seamă hematii), cu un nucleu central puțin vizibil, și altă parte ectoplasma hyalină mai clară mai refringentă și care constituie pseudopodele. La ameba histolitică prezența pseudopozilor numeroși și de hematii o diferențiază în mod net de alte varietăți de ameba nepatogenă.

Caracterele diferențiale între ameba disenteriei și ameba coli. (După Brumpt).

Dimensiuni	Amiba disenteriei 20—30 micr.	Amiba coli 20—30 micr.
Ectoplasmă	Bine distinctă de endoplasmă, foarte refrigerentă.	Puțin diferențiată de endoplasmă puțin refringentă.
Endoplasmă	Conține numeroase hematii (1,14)	Mu conține niciodată hematii
Pseudopode	Foarte mobil se formează rapid.	Se formează încet, puțin mobil
Mobilitate	Foarte mare	Foarte slabă
Nucleu	Periferic, mic, rar se distinge în stare proaspătă și conține numai 1 cariozom.	Subcentral aproape întotdeauna vizibil în stare proaspătă, are câteodată câteva grămezi de cromatină
Cariozom	Central sau subcentral	Excentric
Chiste	Mici, diametru 10—14 micrometri. Au patru nuclee	Voluminoase, diametru 15—20 micr. Au 8 nuclee.
Acțiune patogenetică	Demonstrată prin inoculări	Nulă

Formă chistică. Sau formă de rezistență se prezintă ca mici sferă de culoare albărie cu pereți dubli având dela 1 până la 4 nucleu cu mici bastonașe — cromidium.

Formă minută. Acesta formă nu este acceptată de toți autori. Ravaut Carles îi atribuie însă o individualitate indiscutabilă și o consideră chiar patogenă. După Brumpt nu este patogenă și se găsește în intestinul gros la convalescenți și la purtători unde se nutrește cu resturi alimentare și diferiți microbi. Se prezintă ca o masă protoplasmatică foarte refringentă mai mică decât un leucocit, prezentând o endoplasmă granuloasă cu niste inclavațiuni și ectoplasmă clară constituind unu sau 2 pseudopode cu mișcări lente.

Amiba dispar. O altă amibă, care poate produce disenterie este amiba dispar. Cu gr̄u o putem deosebi din punctul de vedere morfologic de amiba disenteriei.

Entameba Hartmanni. Ea se aseamănă cu forma minută a amibe disenteriei. Măsoară 5—7 microni. În repaos se deosebește greu endoplasmă de ectoplasmă. Alte amibe pe cari le putem găsi în intestinul gros al omului sunt Endolimax sau Amiba Nana și Pseudolimax sau Iodamiba. Se crede însă că ele nu au nici un rol patogen. Infestațiunea cu amibe se face prin apă și alimente murdare.

Flagelați. Dintre flagelați cari pot da naștere colitelor avem: giardia intestinală, trichomonas intestinalis și chilomastix Mesnili.

Lamblia sau Giardia. A fost descoperită în anul 1681 de Van Lewenhoeck în scaunul unor copii, cari sufereau de enterită; dar descrierea morfologică a fost făcută abea în anul 1859 de Lambl. În 1925 Kofoid o înșire în rândul Giardozelor și îi dă numele de „giardia intestinalis“. Este un parazit care se întâlnește destul de frecvent în țările tropicale cât și la noi. Se prezintă sub formă vegetativă și forma chistică.

Forma vegetativă. Are construcție perfect simetrică. E compusă dintr'un corp și din flagele. Corpul are forma de morcov sau pară. Ca mărime e foarte variat. Exemplare tinere sunt mai lungi și mai subțiri, cele mai bătrâne sunt mai scurte și mai groase. Lungime variază între 5—15 microni. Văzută din față prezintă o depresiune pe partea ei anterioară, care poartă numele de o peristom. În fundul depresiunii găsim doi nucleu ovali unite la polul anterior și cari fiind situat în mod simetric dau aspect de lunetă sau de ochelari. Văzut din profil corpul lambliei are aspectul unei lingure, cu o parte exavată iar de cealaltă boltită. Aceasta boltă e cu atât mai accentuată cu cât animalele sunt

mai bătrâne. Corpul e prevăzut cu organele de locomoție prezentate prin 6 flagele unul anterior, două perechi laterale și unul posterior. Formă vegetativă e foarte puțin rezistentă în 6—8 ore la temperatura camerei, se distruge tot așa se distruge și prin apă și prin ser fiziologic.

Forma chistică sau forma de rezistență are un aspect oval cu o lungime de 8—13 micrometri, lățime 7—8 micrometri. Are o culoare sură și este înconjurată de o membrană subțire cu dublu contur. Are 2—4 nuclee după cum sunt chiste simple sau duble ultimele fiind mai frecvente. Se pun în evidențe prin colorație simplă cu Lugol. Infestațiunea cu lamblă se face în mod direct și în mod indirect. Un caz de infestațiune directă adică paraziți luați direct de la izvorul de infecție ne citează M. Nouchi (These D'Alger 1929) unde o femeie și doi copii s'au infestat de la bărbatul ei. Infestație în mod indirect se face prin alimente, apă potabilă murdărită cu dejecțiunile bolnavilor, convalescențelor sau purtătorilor de lamblă. Pe de altă parte muștele sunt agenți activi de transmitere de chiști, cari supraviețuiesc fără nici o alterație în tubul lor digestiv.

Trichomonus intestinalis. E format din corp care are forma de pară cu o lungime 10—15 micrometri, lățime 7—10 micrometri și din flageli cari se găsesc în partea anterioară a corpului fiind în număr de 3—4 îndreptați înainte iar un flagel îndreptat înapoi înconjurând corpul; dealungul acestui ultim flagel se observă o membrană ondulantă grație căreia parazitul se mișcă. În protoplasmă găsim multe vacuole alimentare, cari conțin bacterii sau hematii. Acest parazit îl putem găsi la om în intestinul gros gura, stomac, plămâni și în abcesul ficatului. *Trichomonus intestinalis* trebuie să deosebim de *trichomonus vaginalis* care are dimensiuni mai mari. *Trichomonus intestinalis* îl găsim mai cu seamă în diareele alcaline. În ultimul timp s'a văzut că acest parazit complică mai cu seamă diareea amebiană, însă poate și prin el însuși să producă tulburări.

Alt flagel *chilomastix Mesnili* care examinat într'un preparat naiv se confundă des cu *trichomonas intestinalis*, însă după colorație cu hematoxilina ferică deosebirea este netă. Pe partea anterioară prezintă trei flageli cari se colorează cu greu.

Infuzorii. Balantidium coli, Acest infuzoriu dă naștere la tulburări în estomac. Se prezintă sub forma vegetativă și forma chistică.

Forma vegetativă este un infuzoriu ciliat cu o lungime 60—100 micrometri, lățime 50—70 micrometri. Caracterul prin-

cipal constă în aceea că e acoperit peste tot cu ciliu cari permit deplasarea ușoară în lichide. Ectoplasmă e delimitată printr'o membrană subțirecu striățiuni longitudinale la nivelul cărora se inseră ciliu. Pe partea anterioară se găsește o depresiune în fundulbuliformă în fundul căreia se găsește gura. Gura este larg deschisă și e tapisată de ciliu mai lungi, aglutinate sub formă de membrană mică, a cărei mișcări aduc părțile nutritive spre gura.

Formă chistică. Are formă sferică înconjurată de o membrană rezistentă. Balintidium coli se găsește deobicei la porci în intestinul gros, nefiind patogen pentru ei. Infestația se face prin alimente și apă murdară.

Strongyloides stercoralis sau *anguillula stercoralis* sau *intestinalis* se prezintă sub forme: 1. forma parasitară intestinală sau strongyloidă și 2., forma liberă stercorală sau rabditoidă.

Forma parasitară: Are o lungime de 2 mm. lărgime 34 micrometri corpul puțin mai subțire în partea anterioară. Pe partea posterioară se termină printr'o coadă conică, extremitatea căreia e rotunjită și chiar ușor dilatată. Invelișul este fin striat în mod transversal. Gura se continue cu esofag cilindric care ocupă aproape un sfert din lungimea corpului, se continue cu intestinul. Anusul are o formă unei crăpături transversale situate spre baza coadei.

Forma liberă. Sunt forme masculine și feminine. Femela are lungime de un mm. lărgime 50 micrometri, coada alungită și puțin incurbată. Vulvă situată puțin înapoia mijlocului corpului spre dreapta. Ouăle elipsoide de culoare gălbuie, cu o membrană delicată având lungime 70 micrometri și 45 micrometri lărgime.

Formă strongyloidă trăiește nu în lumenul intestinal ci chiar în peretele propriu zis așa cum a arătat Askanazy. Ouăle sunt depuse în fundurile de sac glandulare sau în plin corion și se știe că în anumite condițiuni pot ajunge în circulație. În cele mai dese cazuri ouăle sunt depuse în intestin și se transformă în larve sub forma aceasă sunt date afară prin materiile fecale. Larvele din materiile fecale măsoară 200—300 de micrometri lungime pe 14—16 micrometri lărgime. Evoluția lor poate să fie directă sau patogenetă sau indirectă de unde rezultă dezvoltarea heterogenetică. În primul caz larvele eliminate suferă o transformare și devin larvele fibriforme sau strongyloide infestante, puând după ce ajung în tubul digestiv al omului să se transforme în exemplare adulte femele și masculi, cari depun ouă din cari se fac larvele filariforme infecțioase. Deci am văzut că lar-

vele infecțioase pot proveni din ciclul direct și cel indirect. În ambele cazuri larvele pătrunde în organismul traversând pielea sau mucoasă bucală, esofagiană sau stomacală când sunt ingerate. Larvele pătrunzând prin pielea sau mucoase sunt duse prin curentul circulator la plămâni. În plămâni s'au câteva ore fără se suferă vreo transformare, de aici cad din trachea în esofag și devin adulte în zece sau 15 zile la nivelul intestinului.

SIMPTOMELE CLINICE A COLITELOR PARASITARE

Colitele amebiene. Amibele survin cu predilecție în țările calde. În Europa sunt descrise asemenea cazuri de amebiază găsimdu-se în materiile fecale chiste cu 4 nucleu. În decursul acestui an am observat un caz ambulant de amebiază, care va fi publicat de dl dr Anca unde prin colorație specială am putut pune în evidență formă vegetativă a amibeii di senteriei.

Simptomele clinice ale amebiazii sunt variate, sindromul diareei îl putem avea în toate perioadele, însă mai des îl întâlnim în faza de debut și în fază tardivă. Diaree amebiară de debut este primul simptom; frecvent se prezintă ca o diaree banală însă ceace o diferențiază sunt materiile fecale semilichide cu panglici gleroase, sau materiile fecale au aspect grănos fiind amestecate cu bilă mucus sau sânge, (selles panachees). Diaree amebiană tardivă o observăm la vechii coloniști cari des prezintă și insuficiență hepatică; este o diaree lichidă, constantă, încoercibilă. Transitul iniestinal este foarte accelerat.

Colitele amebiene. Clinic se pot prezenta sub forma manifestă și sub formă frustă. Cea ultima este mai des întâlnită în țările temperate și are deci pentru noi mai mare importanță, fiindcă e trecută ca o colită banală nefiind diagnosticată natura ei, amebiană.

I. *Formă frustă* clinic se prezintă sub diferite aspecte:

A) Forma rachialgică cu dureri în lombe în cât se face diagnosticul diferențial cu nefrită, rinichiu mobil, însă bolnavul are din când în când neregularități de scaune cu mucus puțin abundent, iar examinând materiile fecale găsim chiste de amibă disenteriei.

B) Forma gastralgică. Care se caracterizează prin dureri în epigastru regurgiteri, turburări dispeptice. Examinând însă pe bolnav vedem că are dureri dealungul colonului și pe unghiul splenic și hepatic al colonului încât simptomatologie gastrică se explică prin reflexul colo-gastric.

C) Forma apenticulară cu dureri în fosta iliacă dreaptă.

D) Forma rectală sau rectosigmoidiană este cea mai frecvent întâlnită în cazurile aceste avem rectiă dureroasă cu iradiațiuni periniale, cu dureri veziculare sau prostatice. Rectul des se prezintă ca un tub rigid Materiile fecale sunt puțin abundente, uscate, dure, constituite din reziduiile alimentare înglobate în sânge cu mucus încât ne înclinăm spre un diagnostic de neoplasm însă fecând examenul rectoscopic vedem prezența unor mici ulcerațiuni diseminate cu absența neoplasmului.

E) Forma entero-colitică. Se prezintă sau ca diaree rebelă sau perioade de diaree sunt urmate de perioade de constipație. Materiile fecale sunt mucoase incolore, translucide cu părțile asemănătoare cu albușul de ou crud; sau sunt mucoase, lichide aderente de vas conținând și granule de mucus care se aseamnă cu tapiocă. Alădată se pune diagnosticul de colită n uco membranoasă grație prezenței membranelor de mucus alungite sub forma de taenie. Alături diareea are caracter unei diaree banale cu materii fecale lichide, fetide, galbene cu resturi alimentare incomplet digerate.

F) Forma hepatică. Uneori ia aspectul unei hepaltite amebiene cu ficat mare, sensibil, deformat, dur, subicter cu insuficiență hepatică. În cazul acest facem diagnosticul diferențial cu alte afecțiuni a ficatului (ciroza, angiocolită) cercetând însă antecedentele cu crize disenteriforme în repetiție și examinând materiile fecale microscopic putem pune în evidență chiste de amibă ceace ne ajută la punerea diagnosticului. Alădată amebiază hepatică se prezintă ca adevărat abces amebian cu dureri hepatice, cu ficat voluminos dând la palpare crepitațiuni. Ca simptome generale avem febră, leucocitoză. Fecând examen radioscopic observăm hepatomegalie cu deform rea diafragmului.

G) Forma cu hemoragie intestinală. Cu pierderea de sânge în cantitatea mare. La examenul ractoscopic vedem numeroase ulcerațiuni iar în materiile fecale amibe hematofage.

II. Colitele amebiene manifeste se prezintă sub următoarele forme:

A) Formă de colită disenterică supraacută se întâlnește rar în Europa. Aceasta forma se poate prezenta la indivizi slăbiți și se explică prin slăbirea terenului și virulența exagerată amabei. Clinic se prezintă sub 1) forma coleriformă cu scaun nenumerate 80—90 pe zi, algie, deshidratarea organismului, anurie. 2) Forma suprarenală cu astenie gravă cu leziuni capsulei suprarenale. 3) Forma tifică cu scaune diareice compuse din mucus și sângă cu temperatură și aspect tific al bolnavului.

B) Forma caștizantă cu cașexa rapide în care după perioadă acută și severă numărul scaunelor scade la 3—4 pe zi, însă starea generală a bolnavului nu se ameliorează. Anemie se accentuează, se instalează cașexie, pielea devine uscată, scuamoasă, cu ten terose, urină puțină cu albumină pozitivă. Moarte survin în 6—8 săptămâni prin slăbire progresivă, complicații pulmonare, pericardită.

C) Forma de colită amebiană cronică cu puseuri acute. În fază acută avem tenesme, tensiunea dureroasă și descolice violente pe tractul colonului. Scaune sunt frecvente fiind formate din mucus sanguinolent, des pigmenti biliari în urma modificării dau culoare portocalie a scaunului. Altădată avem sânge pur. Microscopic găsim atunci amibe forma vegetativă. În fază latentă avem ușoare dureri tenesme. Bolnavul este constipat sau în cele mai dese cazuri are diaree postprandială, matinală sau 3—4 scaune în timpul zilei. La examenul microscopic găsim chiste de amiba disenteriei.

Colitele lambliene. Afecțiunile intestinale lambliene se cunosc mai bine din anul 1915 din timpul expediției dela Dardanelles unde a fost o epidemie între soldați englezi. *Lamblia* a fost găsită atunci în scaunele bolnavilor cu enterocolită disenteriformă. Simptomele unei colite lambliene nu au un mic caracteristic. Se prezintă sub următoarele forme: 1. Forma acută și virulentă care este rară în țările temperate. În cazurile acestea avem scaune dizenteriforme, sanguinolente și muco-purulente câte 20—30 pe zi cu dureri dealungul colonului care survin înainte și momentul evacuării. Starea generală alterată, uneori adevărată stare tifiică; cazurile acestea se pot termina cu moarte. Le deosebim cu greu de disenterie amebiană și numai examenul coprologic ne clarifică diagnosticul. Altădată se prezintă sub forma supraacută cu simptomatologie colerei asiatice cum a fost și cazul din Clinica noastră. În cazurile acestea bolnavul are vărsături, scaune riziforme. Scaunele sunt fără eforturi, nu sunt însoțite de tenesme și se repetă la un sfert sau jumătate de ora. Avem deperdiție mare de lichide cu turburări consecutive: sete mare, limba, gura, pielea uscată, o slăbire progresivă. Se mai prezintă crampe în gambe apoi în mâni coapse și alte grupuri musculare, încât simptomatologia se aseamănă cu cea din colera asiatică și numai examenul bacteriologic ne lămurește.

II. Formă cronică. Se întâlnește mai des la noi, poate fi urmare formei acute sau evoluează dela început cu simptomatologie mai jos descrisă. Debutază de obicei la indi-

vizi tineri, fiind urmare forme acute. După simptomele acute se instalează de obicei o liniște intestinală. În timpul acesta paraziții ajung la mucoasă intestinului subțire, dând forma enteritică care după numărul mai mare sau mai mic a parazitului va avea forma mai acută sau cronică. Ca simptome găsim ușoare dureri în hipocondrul drept, colice abdominale în același timp se instalează simptomul capital diaree constantă de lungă durată, care se întrerupă de perioade de acalmie. Bolnavul are între 2—10 scaune pe zi. Mai des de dimineață. În perioadă de remisiune se poate instala chiar o constipație. Sub influență unui deranj de regim, a frigului sau unei emoții puternice pot surveni puseuri diareice cu câte 20—30 scaune pe zi, cu fenomene dispeptice greață și în unele cazuri vărsături. Puseu acut ține de la câteva zile până la câteva săptămâni. Afară de simptome de colită găsim și alte simptome, cari după unii autori ar fi etichetate ca semne de suferință vezicii biliare. Astfel subicter, ascensiuni termice, sensibilitate veziculară. Practica sondajului duodenal a pus în evidență în mod accidental prezența lamblii în sucul duodenal forma vegetativă în număr foarte mare mai cu seamă după proba Meltzer-Lyon în bila B. Faptul acesta a făcut să se interpreteze o serie de cercetări cari au determinat pe mulți autori să stabilească vezică biliară ca loc de predilecție a lamblii. În adevăr prin proba Meltzer-Lyon am găsit în bila B. foarte multe lamblii chiar atunci când în materiile fecale nu am putut pune în evidență decât cu foarte mare greutate un număr redus de paraziți. Analizele amănunțite a celor trei bile obținute cu proba Meltzer-Lyon arată că bila B. conține o cantitate cu mult mai mare de paraziți decât bila A. și C. Se întâmplă uneori că în bila A. deloc nu sunt paraziți pe când în bila B. îi găsim în număr destul de mare. Acest lucru a făcut pe autori americani se creadă că lamblii este vărsată în duoden din căile biliare în special de vezică biliară unde poate produce colecistită, pericolecistită. Această teză e apărută în Germania de Felzenreich, iar în Franța de către Carnot, Libert, Gaelhinger, Damade, Marcel Labbe, Nepveux și Gavrilă. Ca dovada acestei teorii veziculare ei au adus o serie de argumente: 1. Lamblii se găsește în cantitate mare în bila B. după proba Meltzer-Lyon. 2. Se mai constată număr mare de lamblii în bila B. după administrare extracturii de hipofiza, care determină contracțiunii vezicii biliare; această dovadă fiind de mare importanță și e chemată să se combată afirmație ce s'a ridicat, care spune că prezența lamblii s'ar datorita acțiunii iritante a sulfatului de magneziu, producând detașarea lamb-

lei de pe peretele duodenal. 3. A treia dovadă sînt cele trei cazuri descrise de Morenas care descrie prezența lamblii deși în număr redus în vezica biliară la bolnavi colecistectomiți, cu diagnosticul preoperator de colecistită lambliană. După Marcel Labbe lamblia poate produce nu numai afectarea căilor biliare extrahepatice cu și chiar ciroza hepatică. Cazuri de ciroza hepatică lambliană a fost descrise și la clinica noastră de către Dl. Prof. Goia cu Dr. Halița (publicat în Clujul Medical). Deci vedem că după unii autori vezică biliară ar servi ca rezervor al lamblii unde ea se dezvoltă foarte bine, bila fiind un mediu excelent de cultură. În opoziție cu această doctrină o serie de autori ca: Chyray, Lebon, Hollander, Sidnei, R. Simon, Boeck și L. Morenas contestă rolul patogen al lamblii în producerea afecțiunilor hepato-biliare. În primul rînd se observă că prezența lamblii în bila B. încă nu pledează pentru originea veziculară a parazitului, căci conținutul extras după administrarea sulfatului de magneziu nu conține numai bila eliminată din vezică, ci și sucii duodenali încât prezența lamblii în bila B. după introducerea sulfatului de magneziu s'ar datori acțiunii iritante a acestuia asupra lamblii, fixată pe mucoasa duodenală, aceasta se detașează de pe mucoasă intestinală și înoată în conținutul duodenal de unde se elimină concomitent cu bila B. Că soluție de sulfat de magneziu determină într'adevăr detașarea lamblii de pe mucoasă intestinală am putut-o verifica și prin numeroase examinări coprologice, cari invariabil ne au dat acelaș rezultat fecînd în mod simultan examenul sucii duodenali și analiza coprologică am constatat în materiile fecale obținute, în ziua cînd se făcea lavaj duodenal cu sulfatul de magneziu, un număr remarcabil de lamblii chiar și în cazurile unde examenul anticipativ fusese negativ. În baza acestor cercetări administrăm sulfatul de magneziu în clinica noastră și în scop de diagnostic la bolnavi cari nu se pretează la sondaj duodenal, reușind se descoperim prezența lamblii în scaun în numeroase cazuri și la indivizi cari nu prezentau simptome digestive. Altă dovadă care combate teorie veziculară a lamblii constituie cercetările cari s'au făcut la clinica noastră pe bolnavi operați în bila cărora s'a găsit un număr mare de lamblii după proba Meltzer-Lyon, ceace ne a făcut să presupunem cantonarea lamblii în vezica biliară însă fecînd colecistectomie cercetările anatomo-patologice nu au putut pune în evidență lamblii nici în peretele vezical. Examinînd la ei imediat după extirparea vezicii numeroase preparate din conținutul acesteia nu am putut pune

în evidență lamblie. Din punctul de vedere histo-patologic se constată fenomene tipice de colecistită. În acelaș timp făcându-se biopsia din ficat s'au constatat leziuni caracteristice pentru scleroza incipientă a ficatului. Incontestabil, că în cursia lambliei în căile biliare e posibilă dar se pare că nu are capacitatea de a produce leziuni serioase, ci se comportă ca un parazit inofensiv. Diagnosticul de colecistită, pericolecistită, angiolită, lambliană sunt deci noșii i clinice fără să fie verificate și din punct de vedere anatomopatologic. Apariția lambliei în număr mai mare în bila B. este datorită unei simple coincidențe, în sensul celor susținute de Chyray și Lebon. Se atribuie acțiunii iritante a sulfatului de magneziu, care determină parazitul să abandoneze mucoasă intestinală. În favorul acestei teză pledează și constatările făcute la bolnavi din clinică. Și anume după colecistectomie, administrându-se sulfatul de magneziu se obține un suc duodenal ce conține un număr mare de lamblii, mai multe decât înainte de administrarea sulfatului de magneziu ce pledează că aceste lamblii nu provin din vezică ci din duoden. Deci cazurile descrise de dl prof. Goia și dr Spârchez aduc o nouă desușire în problema așa de mult discutată în ultimul timp. În clinica noastră din 22 de cazuri de lambliază intestinală, cu turburări hepato-biliare sunt reprezentate în 40%. Frecvența turburărilor hepato-biliare este deci așa de considerabilă în lambliază intestinală încât e foarte greu de a o explica prin o simplă coincidență.

Mult mai, probabil e doctrină susținută de L. Morenas, Westphal și Georgi ca i atribuie lambliei un rol indirect adjuvant în declinșarea turburărilor hepato-biliare. În ceiace privește mecanismul prin care lamblie în mod indirect ar declinșea turburări hepato-biliare avem mai multe ipoteze. După L. Morenas lamblia făcând ocazional incursiuni în căile biliare ar facilita simultan penetrarea florei microbiene duodenale, care ar determina inflamarea căilor biliare. Infecția ar putea interesa chiar și parenchimul hepatic. Astfel s'ar putea explica și fenomenele de ciroza hepatică, care după cercetările recente se observă destul de frecvent în lambliază intestinală. După Westphal și Georgi lamblia intestinală ar putea crea condițiuni favorabile pentru afectarea sistemului hepato-biliar și în cazul când nu infestază căile biliare. În spiritul acestei ipoteze a autorilor germani lamblia prin numărul său mare ar fi susceptibilă să produce uneori un spasm la nivelul sfincterului lui Oddi. Prin stază biliară care se declară în urma acestei contracțiunii spasmodice se favorizează infecția area căilor biliare prin

bacilul colii și în felul acesta se produce angiocolită, colecistită sau chiar și hepatită cu icter. Teoriile aceste ne explică deci în mod suficient leziunile hepatice, e dată însă posibilitate că în determinarea leziunilor hepatice lamblia se contribuie și prin anumite substanțe toxice cari se rezorb din intestin și interesează în prima linie ficatul. Ipoteza această pare cu atât mai verosimilă cu cât e de natură se explice și alte fenomene de ordin general, cari se observă în lambliază intestinală și anume: anemie, fenomene dispeptice, cefalee, nevralgie.

În ultimul timp sunt autori cari au relevat prezența lamblii în tuberculoza pulmonară. Am încercat și eu punerea în evidență a lamblii la 30 de bolnavi de tuberculoză pulmonară fără însă să reușesc, cu toate metodele de colorare să pun în evidență lamblie utilizând pe cele mai precise metode și chiar după administrarea sulfatului de magneziu.

CAZURI

I. Bolnavul S. G. de 21 ani e adus în stare de inconșiență în clinică. Boală actuală datează de 1 zi, debutând brusc cu vărsături incoercibile, diaree rebelă, și dureri în gambă. La intrare în clinică e înconștient cianotic, puls abea perceptibil. Temperatura 39°. La nivelul gambelor prezintă contracțiuni. Bolnavului se administrează cardiotonice, după 2 ore își revine are scaune riziforme tot la 10—20 minute. Se face examenul scaunului se pun în evidență lamblii în număr foarte mare. Se face tratament administrându-se metoda de purgație Hausmann. După tratament în ziua a treia scaunele devin normale iar la examenul microscopic nu mai găsim lamblii. După cinci zile starea generală a bolnavului foarte bună.

În rezumat e vorba de forma supraacută coleriformă a lambliazei intestinale.

II. Bolnava D. M. 38 ani. Intră în serviciul pentru dureri în hipocondrul drept. Boala actuală datează de 7 luni, a debutat cu dureri în hipocondrul drept cu iradieri în întreg abdomenul, dureri în spate și umăr drept. Consultă un medic care îi prescrie un tratament dietetic și medicamentos, însă fenomenele nu cedează. Bolnava scade în greutate are scaun regulat, alteori e constipată. Diaree n'ar fi avut. Cu aceste simptome intră în serviciul. Se face sondaj duodenal. Se obține bila A. galbenă, aurie, limpede, după injectarea de sulfat de magneziu 33% se obține bilă B. mai închisă, floconoasă. În sediment în bila A. câteva cristale de

cholesterină, iar în bila B. cantitate enormă de lamblii. Se pune diagnosticul de lambliază veziculară și se începe tratament cu stovarsol. Subiectiv bolnavă se simte mai bine, durerile spontane sunt mai rare, dar persistă sensibilitatea în hipocondrul drept. Cu o zi înainte de părăsirea serviciului se face din nou sondaj duodenal și la fel se constată în bilă B. lamblii vii, numărul pare a fi mai redus. Este vorbă după semnele clinice de cholecistita lambliazică.

III. Bolnavul B. M. 37 ani. Intră în serviciul nostru pentru dureri în regiunea epigastrică și scaune diareice. Boala actuală datează de 4 ani. A debutat cu scaune frecvente de consistența moale, fără sânge și fără mucosități; în acelaș timp are și vărsături destul de des, e inapetent, scade în greutate consultă niște medici cari prescriu tratamentul contra achiliei și catarului intestinal, însă bolnavul nu se ameliorează. Prima dată intră în clinica noastră în 1927 când i se pune diagnosticul de enterocolită cronică cu achilie. I-se prescrie un tratament medicamentos simptomatic și regim alimentar, bolnavul se simte ceva mai bine, părăsește serviciul. Reidră în 1929 având și sensibilitatea ușoară la presiune în regiunea veziculară. Are 4—5 scaune la zi de consistența semilichidă, culoarea galbenă și reacția alcalină. La examenul microscopic fibrei musculare nedigerate, amidon și un număr foarte mare de lamblii, forma vegetativă. În ziua următoare se face sondaj duodenal proba Meltzer-Lyon obținându-se bilă B. cu multe leucocite și foarte multe lamblii. Se face tratamentul specific după care au dispărut lambliele atât din scau cât și din bilă.

În rezumat este vorba de o lambliază forma enterocolitică cronică.

IV. Bolnav C. C. 47 ani. Vine pentru dureri în hipocondrul drept și epigastru. Boala actuală datează de 4 luni, debutând cu dureri în hipocondrul drept și epigastru însoțite de febră, greață și oboseală. Simptomele aceste le are în mod intermitent, având perioade de acalmie cam de 2 săptămâni. După această durerile se prezintă din nou, având un caracter mai acut, e febricitant, are dureri în regiunea hepatică și devine icteric. Icterul ține 4 săptămâni, după care dispare persistând însă durerile în hipocondrul drept și epigastru. Cu 2 săptămâni înainte de internare a avut scaune cu sânge în mai multe rânduri. Antecedentele bolnavului cât și semnele obiective pledează pentru o ciroza hepatică și colecistită: instituindu-se tratament medicamentos și dietetic corespunzător. Acest tratament nu dă nici un rezultat. La sondajul duodenal se pune în evidența lamblie

în bila B. Se face tratamentul specific, în urma căruia durerile sunt mai reduse însă nu dispar complet. Se face colecistectomie. La intervenție căe biliare libere, iar în interiorul vezicii biliare 4 calculi de mărime unei mazăre. În conținutul vezicii biliare nu s'a putut pune în evidență lamblia. Dificil se face o excizie și la examenul anatomo-patologic se pune în evidență ciroza vasculară. După intervenție chirurgicală, peste 13 zile bolnavul din nou e transpus în serviciul clinicii Medicale. Se face sondaj duodecal constatându se din nou lamblia în număr considerabil. Se instituie din nou tratament specific. La examenul microscopic în bila lamblia nu a dispărut, în scaun nu s'a putut pune însă în evidență. În rezumat este vorbă de ciroza hepatică și colecistită. Nu putem afirma etiologia lambliană, nefiind probată prin cercetările anatomo-patologice, însă nici nu o putem nega, neavând altă explicație.

Colitele datorită parazitului Trichomonas intestinalis.

Sunt descrise de către Kartulis, Chassin, Derrieu, Raymond și Escamel. Se prezintă ca diaree cronică dezesperante prin evoluția lor lungă. Făcând examenul microscopic găsim în materiile fecale trichomonas intestinalis. La noi în clinica din anul 1926 până în iulie 1933 au fost observate 6 cazuri de trichomonas intestinalis.

CAZURI

I. Bolnavul F. S. 32 ani. Vine la clinică pentru dureri abdominale localizate în regiunea periombilicală și epigastru și inapetență. A avut timp de 3 săptămâni 3—4 scauna la zi. A prezentat și icter în timpul boalei. În general se prezintă ca un sindrom duodenal. Se fac examinări radiologice negative. Se face examenul scaunului și se constată trichomonas intestinalis. Se administrează tratament specific după care bolnavul se ameliorează.

II. Bolnavul F. I. 41 ani. Frate cu cazul I. Se prezintă ca sindromul apendicular cu dureri în fosa iliacă dreaptă, febră, vărsături. Constipat de 4 zile. La examenul obiectiv: sensibilitate abdominală în hipo astru și fosa iliacă dreaptă. La examenul radiologic nimic deosebit. În scaun la examenul microscopic trichomonas intestinalis. După instituirea tratamentului specific se ameliorează mult. La cei doi bolnavi nu s'a constatat nici o altă suferință, deci putem trage concluzie de trichomoniază intestinală, în sprijinul acestei pă-

rieri vine și faptul terapeutic, bolnavul după un tratament corespunzător ameliorându-se.

III. Bolnavă R. S. 24 ani. Se prezintă în clinică pentru dureri abdominale, vărsături, scaune frecvente. Boala actuală datează de cinci ani debutând cu scaune diareice, frecvente cam 5—6 pe zi, dureri abdominale. A consultat mai mulți medici, fără să observe nici o ameliorare. A s'ăbit în greutate. În serviciul nostru la examenul microscopic a materiilor fecale se constată trichomonas intestinalis. După un tratament specific bolnava s'a simțit ceva mai bine, nevindecându-se însă complet, scaunele frecvente persistând, cu toate că parasitul din materiile fecale a dispărut.

Colitele datorite parazitului balantidium Coli.

Balantidiază intestinală se prezintă sub forma acută și cronică.

Forma acută: Debutează în mod brusc prin colice abdominale și diaree; mai târziu avem adevărate disenterii, scaune frecvente, muco-sanguinolente, cu starea generală alterată. Boala evoluează câteva săptămâni apoi scaunele devin normale, iar parazitul se localizează mai profund în submucosă, foliculii sau vase.

Forma cronică. Urmează formei acute, sau evoluează ca atare dela început. Se caracterizează printr'o diaree rebelă, cu scaune imperioase, acompaniate de colici. Materiile fecale sunt lichide însă fără mucus și puțin sau fără sânge. Starea generală este puțin alterată. La noi în clinică a fost un singur caz de Balantidiază, publicat de dl prof. I. Hațieganu cu dl dr Danicico în Clujul Medical.

Este vorba de un bolnav 66 ani, care de 2 săptămâni are simptome de recto sigmoidită și colită cu scaune frecvente 4—7 pe zi, cu dureri la defecație. Se face examenul rectoromanoscopic, constatându-i se rectosigmoidită cu ulceratii superficiale. În materiile fecale la examenul microscopic Balantidium coli. Se face tratament specific, numărul scaunelor în urma tratamentului se reduce, însă scaunele sunt tot așa neformate și chiar sanguinolente. Bolnavul pășise în serviciul prăscriinduse clisme cu thimol.

A'tă serie de paraziți cari produc suferință intestinului o formează clasa nematozelor din re cari voui descrie *strongyloides intestinalis*. În anul 1915 B. row descrie anguilluloza și în parte evoluția ei în 4 perioade: Perioada I a de invaziune caracterizată prin leziuni cutanate, leziuni urticariene, prurit. Perioada II-a latentă când nu avem nici un simptom. Perioada III-a de suferința intestinală caracterizată

prin seane imperioase fără colici. In caz de infestațiunea masivă avem scaune chiar sanguinolente. In sfârșit avem perioada IV-a de neurastenie.

CAZURI

Bolnav. B. E. 26 ani. Vine pentru dureri epigastrice și constipație. Boala pentru ca e se prezintă datează de 5 luni, a debutat în mod brusc, cu temperatura ridicată, dureri de cap, curbătură în cât se pune diagnosticul de gripă. A avut și simptome de suferință a aparatului digestiv. Și anume: vărsături, dureri în epigastru eructațiuni, piroză și constipație. Uneori are însă scaune păstoase cu mucosități. La examenul scaunului se constată anguillula intestinală. Se institue tratamentul cu stovarsol după care bolnavul se ameliorează foarte mult.

II. Bolnavă G. C. 20 ani, cu semne de entero-colită de 3 ani de zile. Consultă mai mulți medici face tratament simptomatic, însă nu se ameliorează. La noi se constată în scaun anguillula intestinală; după tratamentul specific parași devin negativi în scaun și bolnava se simțe mai bine.

DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL

In colitele cronice sau acute este necesar se facem diagnosticul diferențial cu celelalte afecțiuni cari pot da un tablou clinic similar. In general în toate cazurile de diaree este necesar un examen microscopic al materiilor fecale, un examen de laborator precis utilizând o tehnică ireproșabilă de colorare pentru punerea în evidență a parașilor. Dacă după toate manoperele examinările sunt negative, nu vom neglija cautarea altor cauze cari pot produce colită. Astfel

1. Diareele microbiene în special produse prin grupul tific, paratific, coli, disenterie, pseudodisenteric, Koch.
2. Diareele digestive datorite insuficienței gastrice, hepatice sau pancreatice.
3. Diareele extradigestive în nefrită, afecțiuni cardiace, afecțiuni nervoase, turburări endocrine.
4. Diareele în cursul unor intoxicațiuni (arsen, f.r.).

Diagnosticul deci trebuie să fie bazat pe antecedente, semne clinice evoluția boalei, constatările coprologice, rectoscopice și examinările biologice.

Examenul rectoscopic este util mai ales în cazurile de amebiază. Tabloul rectoscopic arată semne de inflamație. Mucoasă este uneori uscată, alteori acoperită cu muco-puroiu, sau este foarte congestionată, prezentând hemoragii în masă, având aspectul unei rectite hemoragice, iar altădată se constată puncte hemoragice localizate corespunzând unor

ulcerațiuni realizând tipul de rectită ulceroasă. Ulcerațiunile sunt superficiale, uneori mai profunde, necrotice sau acoperite cu false membrane de aspect difteroid. Calibrul intestinului este de obicei normal, însă putem găsi un ușor spasm la nivelul anusului sau la începutul coloru'ui sigmoid, iar câte odată găsim adevărate stenoze datorite rectitei proliferative cu perirectită. Uneori mucoasă proliferată simulează o adevărată tumoră neoplasică.

Lucrul cel mai principal pentru punerea diagnosticului precis, este constatarea paraziților, a formei vegetative sau chistice. Este important se facem examenul repetat al materiilor fecale după Le Noir și Deschiens e bine se facem reexaminarea la 8 zile.

Examenul coprologic putem face în mod direct examinând un scaun proaspăt sau cel mult să aibă vechimea de 12 ore. Scaunul să fie numai din materiile fecale fără urina, fiindcă protozoarele se distrug repede în urina. În caz dacă scaunul este mai vechiu, este inutil se facem examenul direct, toate formele vii fiind distruse. Examenul direct se face în modul următor: se ia o parte mică din materiile fecale se amestecă cu o picătură de lichid Ringer prealabil încălzit la 37 grade și examinând din acest amestec o pică ura într'o lamă și lamelă la microscop. Examenul microscopic e de preferat să fie făcut plasând microscopul în etuva lui Foot, iar în cazul că nu avem aceasta posibilitate, încăzim măsută microscopului, sau îndreptăm un jet de aer cald asupra prepara'ului cu ajutorul unei pere de cauciuc utilizată în dentist că. Afară de examenul acest direct facem și colorație mate iilor fecale. Eu în cerce ările mele am făcut colorație cu hematoxilina Heidenhein.

TECHNICA COLORĂRII

1. Intindem rapid pe 4—5 lamele o cantitate mică de materii fecale și imediat le punem într'o placa Petri ce conține.

2. Soluție sublimat 2 părți și alcool 96 grade. 1 parte. Se lasă jumătate de oră. (Reactivul se poate vărsa înapoi în sticlă.)

3. Se varsă peste lamele o soluția de iod alcool 70% și se ține 20—30 minute. (Reactivul se varsă înapoi în sticlă.)

4. Se ține în alcool 70% dela o oră până la o săptămână. (Alcoolul se întrebuințează o singură dată.)

5. Se spală o singură dată cu apă simplă.

6. Se ține o oră o soluție apoasă de alaun de fier 4%. (Soluție se întrebuințează o singură dată.)

7. Se spală de 2—3 ori cu apă.
8. Se colorează o oră cu soluție lui Haidenhein, care constă: 2 gr. hematoxilină, 10 cc. alcool 96%, 90 ccm. apă destilată. Soluția să fie veche de 4 săptămâni cel puțin. Colorantul acest îl vărsăm prin filtru pe lamele. (Se varsă înapoi în sticlă după întrebuințare.)
9. Se spală de 2—3 ori cu apă.
10. Se diferențiază în soluție de alaun de fier 2%. Se împarte placa în 4 pătrate și pe fiecare pătrat se pune câte o lamelă, ținându-se dela o minută până la 4 minute pentru amibe; iar pentru flagelați dela o secundă până la o minută.
11. Se spală în apă curgătoare 15—20 minute.
12. Se trece prin serii de alcool 70—80—96% alcool absolut de 2 ori, xilol de 2 ori; pe urmă se pune pe lamelă balsam de canada și se lipsește pe o lamă.
13. Examinarea la microscop cu imersie.

În caz dacă nu găsim paraziți în mod direct facem examenul materiilor fecale după metoda de concentrare (*Enrichissement des selles*). De mult se discută necesitatea procedurii de concentrare. Totuși o serie de autori au arătat că avantajii pe care le prezintă această metodă de concentrare nu sunt superioare, unui examen simplu, și care nu necesită manipulări atât de lungi, ca acele de concentrare încât au părăsit de tot această metodă. Alții din contra sunt partizanii aprinși acestui procedeu și nu dau nici o importanță examinării directe. Într'adevăr procedeele de concentrare au avantagi și desavantagi. Avantagiile sunt următoarele: permit depistarea paraziților infestațiune fiind chiar minimă. Căutarea parazitului este mult mai ușoară. Desavantaje: nici o metoda de concentrare nu este generală. Astfel dacă este bună pentru ouă de paraziți nu mai este bună pentru protozoare și invers. Alt desavantaj, că prin aceste metode se pierde mult timp, mult material și necesită un laborator cu o instalație complicată. Ca o metoda de concentrare să fie bună trebuie să îndeplinească următoarele condițiuni: se fie completă, scurtă și simplă.

Metoda Carles și Barthelemy: Este metodă destul de simplă pe care am folosit-o și eu; aplicabilă atât pentru protozoare cât și pentru ouă de helminți.

Technică: Se ia 30 gr. din materiile fecale, se diluează în 200 gr. ser fiziologic formolat 10%. Se amestecă bine până când avem o emulsie omogenă. Se trece printr'o sită sau o bucată de tifon. Se centrifughează un minut, decan-

tează, se aruncă lichidul de deasupra iar ceace a rămas la fondul eprubetei se diluează cu soluția următoare:

Acid citric 12 gr.

Formol 2 ccm.

Apa 86 "

Adăugăm 1—2 ccm. de aer sulfuric, amestecăm bine cu o baghetă de sticlă centr fugăm 30 de secunde și examinăm la microscop cea ce s'a depus.

Metoda Yorke—Adams. Este metodă excelentă pentru cautarea chistelor de protozoare.

Technică: Să ia o masă din materiile fecale cam de mărime unei nuci aproximativ și se amestecă cu o cantitate mică de apă Emulsia făcută se amestecă cu 500 ccm. apă și se pune într'un cilindru de sticlă unde se lasă cam 15 minute Acest timp este suficient, pentru a permite separarea unor părți mai grele și mai solide, care cad la fundul vasului, de un alt mic strat de materile fecale care se acomodează pe suprafață lichidului. Acest strat superior se aruncă iar lichidul care a rămas se scurge printr'un sistem de sifonaj în alt cilindru. Masă groasă ce a rămas la fund în primul cilindru se aruncă. Lichidul pe care noi l-am pus în al doilea cilindru este lăsat noaptea întreagă, în care timp toți chiștii cu mare cantitate de materie fecale se depun pe fundul cilindrului. Lichidul din cilindru, este din nou îndăpărtat prin sistem de sifonaj și de dată asta aruncat. Depozitul, care conține chiști e te spălat de câteva ori prin agitație cu apă și pe urmă centrifugat. Prin acest procedeu obținem un depozit, care constă din părți fine de materile fecale cu bacterii relativ puține și cu foarte mulți chiști. Această masă se amestecă energic cu o soluție de zahăr (greutatea specifică 1,080) și centrifugă cu o viteză mare. Ca rezultat avem separarea numărului mare de chiști, care plutesc în lichid de materile fecale rămase care cad la fund. Lichidul cu chiște este pus într'un alt vas și diluat cu apă. Cantitatea apei fiind de 4 ori mai mare ca a lichidului pe care noi îl dluăm. Acest amestec îl centrifugăm cu mare viteză și obținem un mic depozit care conține chiști. Depozitul este spălat de câteva ori cu apă, pentru a fi debarasat de toate resturile, de zahăr de bacterii și examinat la microscop.

Metoda Sigalas și Pirof. Amestecăm materiile fecale în 100 ccm. de apă obișnuită și agităm până la obținerea unui lichid omogen. Filtrăm printr'o siță metalică cu ochiuri mari. Lăsăm să se sedimenteze filtratul. Lichidul de deasupra îl aruncăm, iar pește depozit vărsăm 50—100 ccm. din soluția de clorura de sodiu săturață la rece. Punem totul într'un

vas de Barrel, pe care îl umplăm ras, acoperindu-l cu o lamă de sticlă în așa fel ca nici o bulă de aer să nu se interpune între lamă și suprafața lichidului. Lăsăm așa timp de 24 ore. La sfârșitul acestui timp răsturnăm brusc lama și o acoperim cu o lamelă. Astfel toți chiști aderă de lamă, pe care noi o și examinăm la microscop.

Dacă nici după metoda de concentrare nu am putut pune în evipență parasiți, recurgem la reactivarea infestațiunii. Numeroase metode de reactivare au de scop producerea unui puseu artificial de enterită. În decursul acestui noi avem evacuare mai abondentă a parasiților sub formă chistică sau vegetativă, cece face identificarea lor mai ușoară.

Technica reactivării: Prin spălături rectale cu apă simplă sau cu purgative putem obține rezultat. Pentru amibe spălături cu emetină 0,30—0,50 gr. pen'ru un litru de apă. Eu în cercetările mele am recurs la purgative saline, administrând bolnavilor sulfatul de magneziu. Se mai întrebuințează sărurile biliare; se dau 9 capsule de câte 0,20 gr. extract biliar pe zi, câte trei în timpul fiecărei alimentației până la apariția unei diaree abundente, care survine la sfârșitul celei de a treia sau a cincia zi. Ca o metoda superioară se descriu injecție intravenoase de 0,01—0,02 gr. de cianură de mercur.

Afară de examene coprologice facem și examenul sângeului făcând tabloul sanghin. Se descrie în cazuri de parasitism intestinal o eosinofilie pronunțată.

TRATAMENTUL COLITELOR PARASITARE.

Tratamentul colitelor parasitare este excesiv de complex fiindcă avem de a face cu un tratament specific, pe care trebuie să-l combinăm cu cel simptomatic. În timpul tratamentului e bine să facem controlul bolnavului, fiindcă nici odată nu putem vorbi de vindecare definitivă.

Tratamentul simptomatic. Se referă la diferite accidente intestinale. Astfel în decursul unei diaree administrăm toate medicamente obișnuite: Carbonat de calciu, 10—20 gr. pe zi, sau dermatol 3—5 gr. pe zi. În caz dacă a-em formele hemoragice de diaree, dăm per os chlorura de calciu 4—5 gr. pe zi, sau feropirină 5^o/_o—10^o/_o; facem spălături cu azotat de argint 0,50 gr. la un litru de apă.

În caz de dureri recomandăm repaos în pat, comprese calde, diatermie. În ceace privește regimul nu trebuie să fie prea sever, mai cu seamă la bolnavi slăbiți. Interzicem alimentele iritante, ușor fermentescibile sau putrescibile.

Afară de tratament simptomatic, care difere de la caz la caz, facem și tratament specific.

Tratamentul amebiazei.

În tratamentul specific avem două medicamente Ipeca cu principiul ei activ emetina, care acționează asupra formei vegetative și arsenul cu acțiunea asupra formei chistice. De obicei se combină aceste două medicamente făcând tratamentul emetino-arsenical.

Emetina se dă sub formă de clorhidrat de emetina în injecții subcutanate în doză 0,04—0,08 gr. maximum 0,10 gr. pe zi. O serie constă din 0,80 gr. până la 1 gr. emetină. În decursul tratamentului cu emetină putem avea accidente ca: sincopă (din cauza proprietăților hipotensive a emetinei) aritmii, paralizii ale membrelor, astm, slăbire.

Ipeca se dă și sub forma de pasta. Pasta lui Ravaut:

Rp. Pudră de ipeca 4 gr.

Cărbune vegetal

Subnitrat de bismut

Sirop simplu

Glicerină aa. 100 gr.

Ds. intern 2—10 linguriță de cafea pe zi.
Fiecare lingurițe conține 0,05 gr. de ipeca.

Sau sub forma de pilule lui Segond:

Rp. Pudră de ipeca 0,05 gr.

Calomel 0,02 "

Extract de opiu 0,01 "

Miere albă pt. o pilulă.

Ds. intern 3—4 pilule pe zi.

Tratament în fază de acalmie. Injecții cu novarsenobenzol tot a 4 a zi câte o injecție intravenoasă. În doză 0,15—0,30 gr.; iar la trei zile intercalăm o injecție cu emetină. Alte seruri de arsen acitilarsan se dă în injecții intramusculare sau subcutanate 0,75 gr. tot a două zi, iar mai târziu tot a 8-a zi, se mai poate de stovarsol yatren.

TRATAMENTUL LAMBLIAZEI.

Tratamentul lambliazei depinde de faza boalei. Dacă se pune diagnosticul precoce, atunci printr'un tratament abortiv putem opri evoluția boalei. Tratament acest constă uneori numai din purgație drastică care elimină și distruge toate lamblii. Astfel în lambliază coleriformă, cazul din clinica noastră, se aplică tratamentul preconizat de Hausmann: dimineată se administrează la intervalul de 2 ore, de 2-ori câte 0,20 gr. calomel. După alte două ore bolnavul primește 30 gr. de oleu de ricină. Iar după 6 ore se dă 20 cgr. de sul-

fat de sodiu disolvat în jumătate pahar de apă. În tot timpul tratamentului bolnavul nu primește decât ceaiuri. Acest tratament se repetă tot la 2 zile până la obținerea scaunelor feculente. În cazuri când diagnosticul se pune mai târziu, facem cura de atac. Medicament specific eficace al lambliazei nu cunoaștem. S'au încercat mai multe medicamente, însă nici unul nu e sigur. Întrebuințăm Choleval, seruri arsenicale și emetină. O cură de atac completă constă din: injecții de novarsenobenzol tot la 4 zile în total 10. Sau la 2—3 zile primele doze de neosalvarsan în total 3—4 gr. Sau 6—8 injecții de sulfarsenol date tot la 2—3 zile. În același timp administrăm pe calea bucală bismut, stovarsol, thimol, sau alți desinfecțanți intestinale. Ravaut recomandă în perioadă injecțiilor bolnavul să facă următorul tratament: tot la 2 zile de 3 ori câte un-a sau două lingurile de cafea din pastă care îi poartă numele.

În zilele următoare de 3-ori: Fie 1 până la 4 tablete stovarsol. Fie 1 până la 3 tablete treparsol. Sau 2 până la 8 tablete Novarsenol.

La injecții după o cură facem pauză scurtă de 4—6 săptămâni. Medicamentele pe cale bucală le putem administra tot timpul. Mai putem face spălături duodenale cu sulfatul de magneziu 33%. Rezultatele terapeutice obținute cu aplicarea chiar foarte riguroasă a tratamentului sunt în majoritatea cazurilor mediocre. Totuși cu un tratament bine condus putem obține vindecări clinice și în cazuri mai rare, chiar vindecări totale.

Tratamentul Trichomoniazei.

Indivizi odată infestați cu trichomonas intestinalis sunt cu greu vindecați. Putem avea ameliorare stării generale și dispariția parazitului din scaun însă garanție de vindecare completă nu avem. În trichomoniază facem deci tratament simptomatic și specific. Ca medicație specifică administrăm esența de terebentină :

Rp. Esență de terebentină de la 2—5 gr.
 Elixir paregoric " 8—12 "
 Julep gomos " 120 "
 Sirop gomos " 30 "

Ds. intern. Se dă tot la oră câte o lingură în primele 3 zile.

In spălături rectale se mai poate administra:

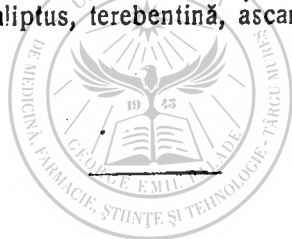
Rp. Apă fiartă 60 gr.
 Un gălbenuș de ou
 Esența de terebentină XV—XX pic.
 Laudanum V—XX „
 Ds. pt. spălături rectale.

Mai putem administra pentru spălături rectale iod:

Rp. Iod bisublimat 1 gr.
 Apă fiartă 1 litru.

Tratamentul Balantidiazeei constă în spălături cu săruri de chinină în doză de 0,25—0,50 gr. pentru 100 gr. apă. Spălăturile acestea le repetem timp de câteva săptămâni. Se mai fac spălături cu thymol, esență de terebentină, acid salicilic 1%. În același timp putem face injecții cu clorhidrat de emetină sau administrăm stovarsol per os.

Tratamentul anguillulazei intestinale. Se administrează medicamente antihelmintice. Se dă thymol felix mas, naftol B. esență de eucaliptus, terebentină, ascaridol.





CONCLUZIUNI

1. Colitele parazitare sunt afecțiuni destul de frecvente după cum reiese din statistica mea modestă. Cele mai dese sunt colitele lambliene. Procentual avem lambliază 2,05%, trichomoniază 1,01%, balantidiază 0,11%.

2. Diagnosticul de colită parazită trebuie să fie bazat pe antecedente semne clinice, evoluția boalei, constatările coprologice și semne biologice-eosinofilie.

3. În toate cazurile de afecțiuni intestinale este indicat un examen microscopic complet a materiilor fecale, pentru a evidenția eventual o etiologie parazită. Nu este suficient un examen simplu a materiilor fecale, e necesară repetarea examenului coprologic de 2—3 ori o colorare specială pentru paraziți; dacă nu constatăm paraziți atunci facem metodă de concentrare a materiilor fecale, ca ultimul mijloc de diagnostic provocăm reactivarea afecțiunii.

4. *Lambliia intestinală* nu infectează numai mucoasă intestinală, ci favorizează și afecțiunile ale căilor biliare extrahepatice și intrahepatice dând naștere la procese de ciroză hepatică.

5. În cazuri de lambliază recomandăm administrare de sulfat de magneziu și scaunul obținut după acest purgativ trebuie examinat microscopic.

6. În tratamentul colitelor parazitare nu ne rezumăm numai la tratament specific, ci vom fi cu considerare și la leziunile anatomice ale mucoasei intestinale. Vom recomanda regim corespunzător, pansamente și desinfectante intestinale, fizioterapie.

Văzut și bun de imprimat:

Președintele tezei:
ss. Prof. Dr. Hațieganu I.

Decan:
ss. Prof. Dr. Gh. Martinescu.

BIBLIOGRAFIE

- H. Bidegeray: Etude statistique et critique de parasitisme intestinal dans la region parisienne.
- Brumpt: Precis de parasitologie.
- P. Carnot: P. Harvier et R. Friedel. Les colites.
- Delort: Parasites du colon. Journal de Medicine de Paris. 1930.
- R. Dechiens: Recherches sur infections de voies billiaires par les lamblia. Arch. des Mal. de l'app. dig. et de la nutrition. 1930.
- Goiffon: Coprologie clinique.
- Goiffon: Les enterites lamblia. Arch. des Mal. de l'App. dig. et des la nutrition.
- Guiart: Precis de parasitologie.
- Goia et Gavrilă: Contribution a la symptomatologie de la lambliaze. Arch. de Mal. de l'App. dig. et de la nutrition.
- Goia și Halița: Considerațiuni asupra alor trei cazuri de lambliază intestinală evoluând cu leziuni hepato biliare: ciroza hepatică și colecistită. Clujul Medical.
- Goia și Spârchez: Considerațiuni asupra lambliazei hepato biliare și colecistitei lambliazice.
- R. Laugnon: Les colites amebiennes croniques miconnues.
- Levent: A propos des vers intestinaux.
- G. Lyon: Les colites dues aux parasites microscopiques. Le bulletin medicale.
- M. Labbe: F. Nep et Nichita: Les parasites intestinaux dans la pathologie du tub digestiv. Arch. de Mal. des l'App. dig. et de nutrition.
- Langeron et Rondega du Noyer: Coprologie microscopiques.
- Morenas: Les diarrhees parasitaires. Cliniques laboratoire 1930.
- Morenas: La Giardose de voies billiaires. Anuales de parasitologie
- Monnerot—Dumaine: Les diarrches croniques de l'adult. Gazette des Hopifaux.
- Neveu—Lemaire: Precis de parasitologie.
- Nașcu G.: Despre frecvență vermilor intestinali la gastropați
- Poublan: Contributions a l'etude cu parasitisme intestinal.
- Sevent, Beguet et Vitas: Les affection intestinal causes par la Giardia intestinalis.
- Sautet: Recherches experimentales sur quelauqe produits employes dans le traitemant de la disenterie amebienne.