

8629

# LIMFANGITA MEZENTERICĂ ȘI PERITONEALĂ

TEZĂ  
PENTRU  
DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 7 MARTIE 1935



**PETRE N. LAPTEȘ**

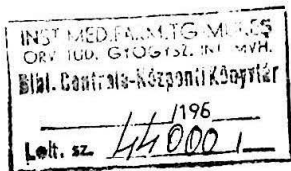
*Fost preparator onorific al Inst. de Anatomie descr. și topogr.  
fost extern titular al Clinicilor.*

# LIMFANGITA MEZENTERICĂ ȘI PERITONEALĂ

TEZĂ  
PENTRU  
DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 7 MARTIE 1935

**PETRE N. LAPTEȘ**

*Fost preparator onorific al Inst. de Anatomie descr. și topogr.  
fost extern titular al Clinicilor.*



**UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ**  
**FACULTATEA DE MEDICINĂ**

---

**Decan : Prof. Dr. GH. MARTINESCU**

**Profesori :**

Clinica stomatologică . . . . .	Prof. Dr. ALEMAN I.
Microbiologia . . . . .	„ „ BARONI V.
Istoria Medicinii . . . . .	„ „ BOLOGA V.
Patologia generală și experimentală . . . . .	„ „ BOTEZ A. M.
Clinica oto-rino-laringologică . . . . .	„ „ BUZOIANU GH.
Istologia și embriologia umană . . . . .	„ „ DRĂGOIU I.
Semiologie medicală . . . . .	„ „ GOIA I.
Clinica ginecologică și obstetricală . . . . .	„ „ GRIGORIU C.
Clinica medicală . . . . .	„ „ HAȚIEGANU I.
Medicina legală . . . . .	„ „ KERNBACH M.
Farmacologia și farmacognozia . . . . .	„ „ MARTINESCU GH.
Clinica oftalmologică . . . . .	„ „ MICHAÏL D.
Clinica neurologică . . . . .	„ „ MINEA I.
Igiena și igiena socială . . . . .	„ „ MOLDOVAN I.
Radiologia medicală . . . . .	„ „ NEGRU D.
Anatomia descriptivă și topografică . . . . .	„ „ PAPILIAN V.
Clinica chirurgicală } . . . . .	„ „ POP A.
Medicină operatoare } . . . . .	
Fiziologia umană . . . . .	„ „ POPOVICI GH.
Balneologia . . . . .	„ „ STURZA M.
Clinica dermato-venerică . . . . .	„ „ TĂTARU C.
Clinica urologică . . . . .	„ „ TEPOSU E.
Chimia biologică . . . . .	„ „ THOMAS P.
Clinica psihiatrică . . . . .	„ „ URECHIA C.
Anatomia patologică . . . . .	„ „ VASILIU T.
Clinica Infantilă (supl.) . . . . .	„ „ ZUGRAVU GH.

**JURIUL DE PROMOȚIE :**

**Președinte : Prof. Dr. POP AL.**

Membrii : { „ „ HAȚIEGANU I.  
 „ „ PAPILIAN V.  
 „ „ VASILIU T.  
 „ „ KERNBACH M.

**Supleant : DOCENT Dr. GAVRILĂ**

*Inchin această modestă lucrare memoriei  
sfinte a tatălui meu, care după o viață pusă  
în slujba binelui obștesc, a căzut în răz-  
boiul pentru întregirea neamului, luptând  
împotriva tifosului exantematic, care secera  
armata țării, în Iași de tristă amintire a  
anului 1917.*

*Pilda lui, luminoasă călăuză mie.*





## I. Introducere.

În patologia sistemului limfatic, s'a dat până în prezent, puțină importanță afecțiunilor nespecifice localizate.

Acestea sunt în general privite ca niște reacțiuni pasagere, fără prea mare importanță, care trec odată cu vindecarea focarului infecțios, fără să lase vre-o consecință neplăcută. În cel mai rău caz, cum se întâmplă, de pildă, într'o adenită inghinală, dacă procesul evoluează după câțva timp pe cont propriu, ducând la supurație, intervenim, eliminăm noul focar de infecție și odată cu vindecarea leziunii care a servit ca poartă de intrare, totul reintră în normal.

Nu se întâmplă însă același lucru, în cazul leziunilor localizate la nivelul viscerelor, în speță, la nivelul tubului digestiv. Pentru a înțelege mai bine ceace se petrece aci, în primul rând, trebuie să amintim că *Virchow* a emis ipoteza că unii agenți patogeni pot trece prin peretele unui organ fără să lase nici o urmă. Deci ei pot să ajungă în aparatul limfatic, fără ca organul respectiv, în speță mucoasa digestivă, să fie lezată.

Dar, chiar dacă n'ar fi posibil acest lucru și inocularea infecției în profunzime nu s'ar putea propaga decât dela nivelul unor leziuni a mucoasei, știm cât de ușor se produc și cât de frecvente sunt acestea, pentruca microbii să găsească foarte ușor destule porți de intrare. Știm deasemenea că aceste leziuni odată produse, au evoluție lungă, iar tratamentul, neputându-se aplica direct, ca pentru cele de pe tegumente sau mucoasele accesibile, vindecarea lor necesită timp îndelungat, în care ele rămân un mijloc de reinsămânțare continuă a aparatului limfatic abdominal.

Pe de altă parte, limfaticele viscerelor abdominale și în special acele ale mezenterului, fiind foarte numeroase, vor reac-

ționa mai puternic, dând o afecțiune cu destule caractere proprii, ca să poată fi considerată o entitate morbindă.

Ăparatul limfatic fiind mai dezvoltat, iar afecțiunea având deobiceiu o evoluțiune lungă, leziunile produse la nivelul său vor fi mai mari și o vindecare anatomică integrală nu va mai fi posibilă, chiar dacă infecțiunea se stinge la un moment dat. Rămân scleroze, bride și retracțiuni, care produc turburări la nivelul diferitelor organe abdominale. Când acestea sunt localizate în acelaș timp asupra mai multor organe, se produc turburări multiple, care se încadrează în sindromul abdominal polivalent, numit astfel de *d-l prof. Hațieganu*.

Astfel priviind lucrurile, se înțelege că limfangita mezenterică și peritoneală se poate greu separa atât prin patogenia ei cât mai ales prin tabloul său clinic, din complexul de fenomene morbide care se petrec în cavitatea abdominală.

În cele ce urmează am căutat să arăt felul cum este privită azi această problemă și pentru a-i da un contur cât mai clar, am căutat să păstrez repartizarea materialului, planul obișnuit pentru descrierea oricărei afecțiuni deși n'am găsit-o nicăeri tratată în acest fel.

Limfangita peritoneală, aparținând atât chirurgului cât și internistului (depinde de momentul în care bolnavul se prezintă ca să fie îndrumat spre unul sau spre celălalt) am căutat s'o privesc din ambele puncte de vedere. Firește, în raport cu modelele mele posibilități și atât cât spațiul restrâns al acestei lucrări, mi-au permis.

În dezvoltarea subiectului am început cu istoricul, după care, ca să dau o privire de ansamblu, am poposit puțin într'un capitol pe care l-am intitulat „generalități“.

Am trecut apoi la „considerațiuni de anatomie, istologie și fiziologie“ insistând mai mult asupra anatomiei din trei motive :

Întâiu, pentrucă ea explică în cea mai mare măsură patogenia, localizarea, complicațiile limfangitei peritoneale ca și filiațiunea multor fenomene morbide între diferitele organe abdominale.

Al doilea, pentrucă este, cred, cel mai puternic argument în sprijinul ipotezei lui *Pribram*, că limfangita este substratul anatomic al aderențelor peritoneale, deoarece nu poate fi o sim-

plă coincidență faptul, că cele mai frecvente aderențe se produc tocmai acolo unde țesutul limfatic este mai bogat.

Și în al treilea rând, trebuie să mărturisesc că și dintr'o simpatie deosebită pentru chestiunile de anatomie, câștigate în timpul celor patru ani — doi ca student și doi ca preparator onorific — petrecuți în Institutul *d-lui prof. Papilian*.

Am insistat, deasemenea, ceva mai mult, asupra capitolului de „etiologie-patogenie“ părăndu-mi-se de mai mare interes științific.

Asupra simptomatologiei, formelor, evoluției și complicațiilor, am trecut mai repede, lăsând să vorbească în această privință mult mai plastic, observațiile clinice.

Am descris în câteva cuvinte după *D-nii Prof. Al. Pop, Dr. Onaca și Dr. E. Mureșan* semnele pe care se bazează diagnosticul chirurgical.

În privința diagnosticului clinic, radiologia fiind singura care poate spune un cuvânt mai hotărâtor, am căutat să cunosc și opinia clinice medicale. Chestiunea fiind însă tocmai acum studiată de către *D-nii Prof. Dr. I. Hațieganu și Șef de lucrări Dr. M. Hângănuț*, neputând anticipa asupra rezultatelor *D-niilor* lor, nu mi s'au putut da în această privință decât câteva indicații. *D-nul Prof. Hațieganu* a avut bunăvoința de a-mi pune la dispoziție schema radiologică ce se poate vedea în cuprinsul lucrării, fapt pentru care, îl rog să primească respectuoasele mele mulțumiri. Deasemenea pe *D-nul Dr. M. Hângănuț*.

Câteva cuvinte asupra prognosticului și anatomii patologice după, care am trecut la tratament.

La acest capitol, am arătat care sunt principiile tratamentului medical și chirurgical, primul întotdeauna necesar, cel de al doilea aproape imposibil de evitat, de teama apendicitei care aproape în toate cazurile, e primul diagnostic.

Tot la acest capitol, am menționat diferitele metode de prevenire a aderențelor, insistând mai mult asupra metodei biologice a instituirii unei imunități peritoneale cu care, în ultimul timp, doi autori francezi au obținut rezultate mai mult decât satisfăcătoare.

Am expus apoi observațiile clinice.

Concluziile, au fost partea cea mai ușoară. Desprinzându-se singure din cadrul celorlalte capitole, mie nu mi-a mai rămas decât să le incolonez pe ultima pagină, înainte de bibliografie.

## II. Istoric.

Limfagita mezenterică și perioteneală fiind considerată numai câțiva ani ca entitate morbidă, istoricul ei este scurt. Voi arăta în câteva cuvinte, momentele mai importante dela semnalarea ei până azi.

Afecțiunile nespecifice ale peritoneului au fost descrise de *Virchow* încă de pe la 1853 sub numele de „peritonitis chronica parietalis“. Fără să se arate însă că substratul anatomic al acestei afecțiuni ar fi aparatul limfatic al peritoneului. Deasemenea, se cunoaște de mult, sub numele de „tabes mesaraica“ mezenterita tuberculoasă.

Acei cari au arătat pentru prima dată, că la baza acestor afecțiuni, este inflamațiunea aparatului limfatic abdominal, au fost doi chirurghi germani *Heusser* în 1923 și *Guleke* în 1924.

Ei au plecat dela observația, că la o mare parte din bolnavii operați de apendicită cronică, leziunea apendiculară era prea neînsemnată, pentru a să poată explica fenomenele clinice; în acelaș timp însă, la cele mai multe cazuri, constatau o hiperplazie a ganglionilor mezenterici. Cel din urmă a descris chiar un tablou clinic, sub numele de „Hiperplasie der Mesenterial Lymphdrüsen“.

Primul însă, care a descris această afecțiune ca o entitate morbidă, a fost profesorul *Pribram* dela Berlin, în 1926. El a revenit apoi în mai multe articole publicate în periodicele germane și în „Presse medicale“, fără să dea însă până în prezent, un studiu complet asupra ei.

*Victor Pauchet* și *H. Gaelinger* din Paris, în cartea lor „Les Adherences“, apărută anul trecut, înregistrează teoria lui *Pribram* asupra limfangitei ca cea mai verosimilă în explicarea patogenezei aderențelor peritoneale.

La noi, în 1928, bazați pe 52 de cazuri de apendicită cronică, operate la clinica chirurgicală și internate dură câtva timp în clinica medicală, din cauza suferinții post-operatorii, *D-nii Prof. Dr. I. Hațieganu* și *Dr. Danicico*, ajung la concluzia că suferința acestor bolnavi este datorită mezenteritei.

Anul trecut, *D-nii Prof. A. Pop*, *Dr. Onaca* și *Dr. E. Mureșan* reiau chestiunea, publicând în Clujul medical: „Considerațiuni asupra limfangitei mezenterice și peritoneale, în legătură cu opt cazuri“.

### III. Generalități.

Sub numele de limfangită mezenterică și peritoneală, se înțelege inflamația acută sau cronică a aparatului limfatic al mezenterului și peritonului.

Au fost de mult descrise și sunt destul de frecvente, inflamațiile de natură specifică. Se cunoaște mezenenterita tuberculoasă, afecțiune foarte frecventă, caracterizată printr'o tumefiere a ganglionilor dela baza de inserție a mezenterului. Aceasta duce uneori la retractorii scleroase, luând aspectul anatomo-patologic al adevăratei baciloze mezenteriale, care are ca urmări stenoze intestinale multiple, tumori intra-abdominale, etc.

„Pentru ca să putem spune însă, că avem a face cu o boală a lui *Pribram*, condiția esențială este, ca limfangita peritoneală să nu fie o leziune anexă unui proces gangrenos, localizat la nivelul apendicelui sau altui organ abdominal, ci ca leziunea aparatului limfatic să pară primordială; numai în acest caz putem spune, că fenomenele clinice sunt determinate de limfangită“. (*Prof. Al. Pop, Onaca, E. Mureșan*).

Deși până în prezent, sunt în literatură descrise puține cazuri, credem că este, totuși, o afecțiune destul de frecventă. Raritatea ei, aparentă, se datorește în primul rând faptului, că afecțiunea este numai de curând descrisă, ca entitate morbidă, că la autopsie leziunile aparatului limfatic trec neobservate, pe lângă afecțiunea care a cauzat moartea și că la operație, cei mai mulți chirurghi, în scop estetic, fac o incizie mică, prin care nu pot examina aparatul limfatic peritoneal, și în special mezenterul. În privința frecvenței, este foarte probabil, că între limfangita peritoneală și așa numita apendicită cronică, se va întâmpla aceiaș răsturnare de raporturi care s'a petrecut între apendicită și celelalte afecțiuni localizate în fosa iliacă dreaptă: tiplita, peritiplita etc. unde, după ce apendicită a fost descrisă ca entitate morbidă, în măsura în care creștea numărul cazurilor de apendicită, scădea numărul celorlalte.

Dela nivelul mucoasei tubului digestiv, infecția pătrunde în profunzime și prinde vasele limfatice, apoi ganglionii. Aci, poate evolua în mod acut, sau poate rămâne multă vreme atenuată, pentru ca la un moment favorabil să-și reia activitatea, producând de data această o boală cu caracter primar, care după *Pribram*, nu este altceva decât așa numita peritonita idiopatică.

Aderențele forma'te între diferitele organe abdominale, la nivelul cărora s'a produs o mică leziune, el le explică de asemenea printr'un proces de limfangită subseroasă, consecutivă unei leziuni a organului subjacent. În sprijinul acestei ipoteze, pledează în primul rând faptul, că cele mai multe aderențe, survin mai ales în regiunile mai bogate în vase și ganglioni limfatici, cum sunt de pildă regiunea coledoco-cistică, doudenopancreatică și ileo-cecală.

În al doilea rând, constatările lui *Pauchet* și *Gaelinger*, cari au demonstrat prin culturi, că aceste bride conțin de multe ori capilare limfatice infectate de microbi patogeni, confirmând astfel ipoteza lui *Pribram*.

Ținând seama de tendința la scleroză, a unui proces inflamator cronic și de aspectul radiat, asemănător traectului vaselor limfatice, este probabil, că tot un proces limfangitic are la bază și așa numita mezenterită sclerozantă și retractilă, descrisă de *Mauclair*.

De asemenea, peritonita încapsulantă, a cărei etiologie și patogenie sunt însă neprecizate, afară de cazurile în care natura specifică a fost evidențiată, se pare că n'ar fi altceva, decât stadiul definitiv (de scleroză) al unei limfangite, localizate în special pe marele epiplon.

De asemenea, e probabil, că tot pe aparatul limfatic să se localizeze și formele abdominale a unor boale cu caracter general, cum este de pildă gripa. Iată ce spun în aceasta privință, într'un articol din „Clujul Medical“, D-nii Prof. *Alexandru Pop*, *Dr. Onaca* și *Emil Mureșan* : „se poate că așa zisa formă abdominală a gripei să aibă același substrat anatomo-patologic, adică leziunea aparatului limfatic abdominal“.

O cauză frecventă însă, a limfangitei peritoneale și mezenterice, Domniile lor, cred că este un focar infecțios, localizat pe intestinul subțire și în special pe apendicite.

Dl Prof. *Hațieganu*, crede că un rol important în producerea limfangitei alături de apendicită joacă colita și în special colita dreaptă.

După *Pauchet* și *Gaelinger*, apendicita cronică și colita cronică sunt „afecțiuni conjugate“ în cel mai mare număr al cazurilor. În urma unei mici leziuni a mucoasei colonului drept, microbii foarte abundenți la acest nivel, unde se petrece o parte importantă a digestiei și absorbției alimentelor pot foarte ușor pă-

trunde în profunzime, producând o inflamație a vaselor și ganglionilor limfatici.

*Georges Lardennois*, insistă mult asupra limfangitei subseroase a colonului și mezourilor în colita cronică și explică prin acest mecanism producerea aderențelor lameloase de tip Jackson.

*Loeper*, admite același rol al colitei, care e însoțită de cele mai multe ori de o stază la nivelul leziunii.

Limfangita peritoneală odată constituită, staza este mărită, procesul colitic se agravează și astfel se produce un cerc vicios de reinsemănțare continuă, care întreține procesul inflamator dela nivelul mucoasei intestinale și dela nivelul limfaticelor.

În altă ordine de idei, mulți autori au susținut, că traumatismul ar fi factorul principal în producerea aderențelor și în special traumatismul operator. Lucrul este în parte adevărat, căci s'a constatat, că un traumatism accidental produs asupra abdomenului poate da naștere la aderențe. Astfel, *M. J. Madier* referă în „Buletins et Mémoire de Chirurgie“ (anul 1932, pag. 1259), un caz de peritonită încapsulantă la care în antecedentele bolnavului, nu s'a găsește alt factor etiologic decât un traumatism abdominal. La examenul histologic al bridei nu s'a găsit nici o infecție specifică.

De asemenea, traumatismul produs cu ocazia unei intervenții, cu atât mai mult când aceasta este brutală, poate contribui la producerea aderențelor. În privința aceasta, s'a constatat într'adevăr, că chirurgii care lucrează mai ușor, au mai puține aderențe, decât acei care lucrează cu o manieră mai „forte“. Aceste aderențe sunt în general însă bine tolerate, ceea ce este încă o dovadă, că la baza lor nu este un proces inflamator, cum se întâmplă în cazurile de aderențe propriu zise, de „boala aderențelor“ cum au numit-o unii, despre care vom vorbi imediat.

După intervențiile mari, după care se produc intense reacțiuni fibrinoase, ca de pildă după o apendicită gangrenoasă, sau perforată, s'a observat, că în câteva săptămâni sau luni, toate exudatele fibrinoase se resorb și totul intră în ordine, bolnavul vindecându-se complet.

Nu se întâmplă același lucru însă, în multe cazuri, în aparență mai puțin grave, în care inflamația dela nivelul apendicelui, de pildă, este abia schițată, sau se găsesc numai urmele unei inflamații mai vechi. Acestea sunt cazurile, care produc suferințe



post-operatorii într'un procent destul de mare : 20—30% după *Pribram*.

În primul caz, reacțiunea în focar, în speță apendicele, fiind puternică, infecțiunea s'a localizat la nivelul său și la operație focarul a fost extirpat complet. De aceea, chiar dacă rămân puține aderențe, acestea nu au un substrat inflamator și nu produc suferințe mari bolnavului.

Pe când, în cazul al doilea, reacțiunea în focar a fost minimă, infecțiunea a trecut mai departe în vasele și ganglionii limfatici regionali și la operație focarul infecțios nu a putut fi eliminat în întregime. Operația a fost deci incompletă și făcându-se, fără ca de cele mai multe ori operatorul să-și dea seama, într'un mediu septic, a contribuit la punerea în libertate a unui microbism latent, producând noi reinsemnări în seroasa alterată de actul operator, care devine astfel un prilej de agravare al procesului de formarea aderențelor.

Procesul inflamator dela nivelul limfaticelor, primind un nou stimulent, după câțva timp cu o ocazie oarecare, altul, ia o evoluție cronică, spre scleroză și pe acest substrat anatomic,—vasele și ganglionii limfatici — se constituiesc astfel adevăratele aderențe post-operatorii.

Aspectul clinic al acestei afecțiuni variază cu localizarea și evoluția procesului patologic.

Sunt forme cronice cu evoluție lungă, benigne; cele mai frecvente. Sau forme supra-acute, în care procesul inflamator dela nivelul glanglionilor e mai puternic. Acestea se întâlnesc însă mai rar.

Și, forme acute sau subacute, care nu sunt de multe ori decât un stadiu intermediar, de pildă, între o apendicită și un ulcer duodenal. Simptomul cel mai important este durerea, care se prezintă însă în majoritatea cazurilor, cu carta de vizită a unuia, sau mai multor organe abdominale. Mai des, durerea are caracterul aceleia din apendicita cronică.

În localizarea mezenterică, ca semn distinctiv, *Sternberg* descrie un punct sensibil la stânga ombilicului, corespunzător inserției superioare a bazei mezenterului. Coincidența lui, cu sensibilitatea punctului apendicular, trădează inflamația întregului lanț ganglionar atașat marginii aderențe a mezenterului. Celelalte simptome sunt comune cu ale diferitelor afecțiuni din cavitatea

abdominală. Pe calea unui diagnostic clinic, ne-ar putea pune numai un examen radiologic complet al tubului digestiv.

La operație, diagnosticul este ușor, dacă se face o incizie largă și se examinează atent peitoneul, în special la nivelul grupurilor ganglionare mai importante. La examenul istopatologic, se constată o hiperplazie a țesutului limfatic, un edem și catar al sinurilor ganglionare.

Necroza și formațiunile de puroi se observă mai rar.

Tratamentul medical și chirurgical sunt necesare în majoritatea cazurilor.

## IV. Considerațiuni de anatomie, histologie și fiziologie

### I. Generalități

„Vasele limfatice sunt niște canale, care colectează și aduc la sistemul vânos limfa. În cursul traectului lor, vasele limfatice străbat niște organe speciale, numite ganglioni.

Limfa este plasma interstițială modificată de produsele ce rezultă din nutrițiunea țesuturilor”. (Papilian).

Ganglionii limfatici sunt organe mici limfoide izolați sau grupați mai mulți la un loc. Forma lor este ovoidă, puțin turtită, cu o mică depresiune numită hil într-un punct al suprafeței lor. Dimensiunea variază. La om, poate ajunge până la mărimea unei migdale. La o secțiune perpendiculară, care trece prin hil constatăm că aspectul interior al organului nu este omogen. Deosebim: o zonă periferică sau corticală, de culoare cenușie deschisă și una centrală sau medulară brună. Întreg organul este acoperit de o capsulă. Prin fața convexă a acestei capsule, pătrund în ganglioni vasele aferente, iar la nivelul hilului ea e străbătută de vase limfatice eferente, de artere și vene. De pe fața ei internă se desprind pereți care divid ganglionul în loje sau compartimente. În fiecare din aceste compartimente, se găsesc două substanțe diferite ca aspect și constituție: o substanță centrală sau foliculară, limfoidă și o substanță periferică lacunară, care reprezintă căile capilare limfatice. Substanța foliculară este formată în zona corticală dintr'o serie de foliculi sau noduli limfoizi, iar în cea medulară de cordoane foliculare sau medulare, simple prelungiri ale foliculelor, care se divid și se anastomozează în această

zonă. Substanța lacunară înconjoară foliculii, formând în zona corticală sinusuri lacunare perifoliculare sau corticale, iar în zona medulară ea înconjoară cordoanele foliculare, formând sinusuri lacunare medulare sau căi cavernoase. Aceste sinusuri reprezintă căile limfei, ele stabilesc comunicația între vasele limfatice aferente și eferente ale ganglionilor. (*Drăgoi*).

Din punct de vedere fizio-patologic sistemul limfatic joacă un rol de barieră împotriva microorganismelor care au atins zona cutanată sau mucoasă. Energia obstacolului e subordonată însă virulenței germenilor. Reacțiunea inflamatorie e caracterizată în primul rând prin prezența anormală de leucocite polinucleare, care ajung deodată prin aferente și capilare. Microorganismele care au scăpat acțiunii fagocitare la punctul de inoculare și au fost antrenate în ganglioni, găsesc aci numeroase polinucleare, gata de a-i asimila; mai mult, ganglionul nu e decât continuarea țesutului conjunctiv: celule fixe pot să intre în joc, se umflă, se descuamează, devin mari macrofage, care intră imediat în activitate. Această reacțiune a sistemului ganglionar lipsește însă, sau nu e decât schițată, dacă infecțiunea este hipervirulentă. În acest caz, microbii trec fără oprire etapa formată de ganglion.

Dacă afluxul polinuclearelor e foarte considerabil, se poate forma în sinus și în țesutul limfoid însăși, puroi veritabil; în mijlocul edemului inflamator apar insule purulente.

De obicei inflamația nu ajunge la supurație, fenomenele regresează puțin câte puțin, lăsând câteodată un oarecare grad de scleroză atrofică.

Infecțiile ganglionare pot deasemenea evolua sub forma unei inflamații cronice, câteodată acompaniată de degenerescență amiloidă, dar mai ales de scleroză în cazurile de iritații repetate. Această scleroză are adesea ca urmare tulburări profunde în circulația limfei teritoriilor respective.

Microbii, care pătrund în ganglioni pot fi distruși sau rămân aci, virulența lor atenuându-se. Astfel ganglionii pot deveni un rezervor de microbi, unde aceștia rămân în stare latentă pentru a-și relua activitatea când ocazia favorabilă se va ivi.

## II. Ganglionii viscerali ai abdomenului

Ganglionii viscerali sunt dispuși de-alungul trunchiului celiac și ramurilor sale, de-alungul mezentericeii superioare și infe-

rioare. Afară de aceștia mai sunt alții în pediculul hepatic, descriși sub numele de „ganglioni ai căilor biliare“.

### *Lanțul ganglionar al ramurilor trunchiului celiac*

E format din mai multe grupuri fiecare la rândul său fiind format din alte grupuri mai mici de ganglioni. Deosebit:

- a) Ganglionii trunchiului celiac.
- b) Ganglionii lanțului coronarei stomahice.
- c) Ganglionii lanțului splenic.
- d) Lanțul ganglionar hepatic, care se compune din 5 grupuri principale:

- 1) grupul arterei hepatice,
- 2) „ „ gastro-duodenale,
- 3) „ subpiloric și al arterei gastro-epiploice drepte,
- 4) „ arterei pilorice,
- 5) „ duodeno-pancreatic.

Toți acești ganglioni primesc vase limfatice dela stomac, marele eplon, duoden, capul pancreasului. Limfa lor se varsă în ganglionii juxta-aortici și trunchiul intestinal.

### *Ganglionii anexali ai căilor biliare*

Pediculul hepatic nu conține numai ganglionii sateliți arterei hepatice, ci și elemente ganglionare de mărime diferită atașate căilor biliare extra-hepatice. Aceștia se pot găsi dela colul veziculei până la fața posterioară a duodenului, unde se continuă cu grupul ganglionar duodeno-pancreatic posterior.

Sunt doi ganglioni mai principali, și care se găsesc în mod aproape constant: 1. *Ganglionul colului* sau ganglionul cistic, care primește o parte din limfaticile superficiale și profunde ale ficatului, vezicii biliare și canalului cistic; eferentele lui se duc în ganglionii hiatului și o parte în ganglionul retro-duodeno-pancreatic superior.

2. *Ganglionul hiatului* primește cea mai mare parte a limfaticelor ganglionului cistic o parte din limfaticile vezicii biliare și a canalelor cistic, hepatic și coledoc. Eferentele lui se duc în ganglionul retro-duodeno-pancreatic superior și în ganglionii pre- și latero-aortici vecini originii arterei mezenterice superioare.

## *Limfaticele intestinului și colonului* *Ganglionii anexați arterelor mezenterice*

Ganglionii sateliți ai arterei mezenterice se împart în două grupuri principale: 1) ganglionii mezenterului plasați pe traectul trunchiului mezenterice superioră și ramurilor sale intestinale și 2) ganglionii anexați arterelor intestinului gros. Aceștia sunt grupați de-alungul colicei drepte, ramurilor mezenterice superioare, colicei stângi, ramurilor mezenterice inferioare și în sfârșit de-alungul trunchiului însuși a arterei mezenterice inferioare și ramurilor sale terminale.

### *A. Ganglionii mezenterului sau ganglionii mezenterici propriu ziși*

Ganglionii mezenterici formează grupul cel mai numeros din organism. Se pot împărți în trei grupuri principale:

a) Grupul periferic sau juxta-intestinal format de o serie de mici ganglionii situați aproape de marginea mezenterică a intestinului.

b) Grupul mijlociu, așezat între cele două foije mezenteriale cam la jumătatea distanței dintre marginile mezenterului.

c) Grupul central așezat la rădăcina mezenterului.

### *Vasele aferente și eferente ale ganglionilor mezenterici*

a) *Vasele aferente*: grupurile, periferic și mijlociu, primesc direct limfaticele intestinului subțire. La grupul mijlociu, se mai duc eferentele ganglionilor grupului juxta-intestinal; toate eferentele ganglionilor grupului mijlociu se termină în grupul central. Acesta primește în plus toată limfa colonului drept. Grupul central mai are ca afluenți și canalele eferente a ganglionilor subpancreatici vecini unghiului duodeno-jejunal.

b) *Vasele eferente*: în mod clasic, se spune că limfa organelor intra-peritoneale se scurge printr'un canal numit trunchiul intestinal. Acesta se varsă într'unul din trunchiurile lombare, în general în cel stâng sau în porțiunea inițială a canalului toracic. Sunt și variații dela această dispoziție; nu e însă locul să le descriem aci.

### *B) Ganglionii sateliți ai arterelor intestinului gros*

Ganglionii plasați pe traectul arterelor intestinului gros, pot

fi divizați în trei grupuri principale, după cum sunt atașați: arterelor cecului și apendicelui, a celor ale colonului, sau arterelor trectului.

1. Ganglionii sateliți arterelor cecului și apendicelui, sunt atașați arterei ilio-colică, care obișnuit pleacă din mezenterica superioară înaintea celei de a treia porțiunii a duodenului și dă cinci ramuri: arterele ileale, colică, cecală anterioară, cecală posterioară și apendiculară. La fiecare din aceste ramuri aparține un grup ganglionar special și toate aceste grupuri ganglionare sunt înșirate pe un lanț ganglionar central dispus de-a lungul arterei ileo-colice. Avem deci:

a) Grupul ileal, care cuprinde câțiva rari și mici noduli așezați pe traectul ramurei ileale.

b) Grupul colic, mici ganglioni așezați pe marginea internă a colonului ascendent.

c) Grupul cecal anterior, format din 1—3 mici noduli.

d) Grupul cecal posterior e reprezentat de un mic lanț de ganglioni care începe la unghiul format de colonul ascendent și ileon și se întinde întâi în șanțul ceco-colic apoi pe fața posterioară a cecului, până în vecinătatea rădăcinii apendicelui.

e) Grupul apendicular e inconstant. Nu există decât în 27% din cazuri. În cazurile când există se află de obicei un ganglion așezat fie la unghiul intern al bazei apendicelui, fie în mezo-apendice, fie în unghiul care separă apendicele și cecul de intestinul subțire.

f) Grupul principal sau lanțul ileo-colic. Se compune dintr'o serie de 10—20 ganglioni și primește limfa, care se scurge din toate grupurile precedente. De mărimi diferite, sunt înșirați de-a lungul arterei. De cele mai multe ori, lanțul ileo-colic e alipit prin extremitatea sa superioară cu grupul central al ganglionilor mezenterici superiori.

## 2. Ganglionii sateliți ai arterelor colonului

Ganglionii limfatici ai colonului sunt de asemenea plasați de-a lungul vaselor sangvine. După raporturile cu colonul și artera corespondentă, putem distinge mai multe grupuri:

a) Ganglionii epicolici așezați pe pereții colonului subperitoneu și în general aproape de marginea mezocolică. Sunt mai numeroși pe colonul sigmoid și ascendent.

b) Ganglionii paracolici. Aceștia au sediul de-alungul arcadei arteriale paracolice.

c) Grupuri ganglionare intermediare, care se găsesc pe tractul arterelor colice.

d) Grupuri ganglionare principale: 1) a arterei colice drepte, 2) atașat arterei colice stângi superioare, 3) grupul ganglionar principal al arterei mezenterice inferioare.

### 3. Ganglionii sateliți ai arterelor rectului

Se numesc ganglionii ano-rectali (*Gerota*) sau pararectali (*Poirier* și *Cunéo*) mici noduli plasați înăuntru tecei fibro-seroase a ampulei rectale, pe tunica musculoasă a rectului de-alungul arterelor hemoroidale superioare. Numărul lor e foarte variabil.

*Vasele aferente și eferente a ganglionilor sateliți a arterelor intestinului gros.*

Acești ganglioni primesc limfaticele din părțile vecine intestinului gros. Ganglionii în raport cu arterele colice drepte sunt uniți prin eferentele lor la grupul central al ganglionilor mezenterici superiori. Ganglionii anexați arterelor colice stângi și hemoroidalelor superioare trimit eferentele lor ganglionilor lanțului mezenteric inferior. Aceștia își varsă limfa în ganglionii pre- și latero-aortici stângi, apropiați de originea arterei mezenterice inferioare.

*Raporturile între ganglionii limfatici abdomino-pelvieni și plexurile sistemului nervos vegetativ.*

*Kiss* și elevul său *Botar* au studiat recent conexiunile care există între sistemul limfatic și plexurile sistemului nervos vegetativ. Aceste raporturi prezintă un mare interes, pen'rucă ele permit a explica pe de o parte simptomele dureroase și tulburările funcționale determinate de unele procese patologice, de altă parte, complicațiile post-operatorii, paraliziiile și tulburările trofice, care acompaniază unele intervenții chirurgicale. Ganglionii juxta-cardiaci și cei din lanțul coronar-stomahic sunt în strânsă conexiune cu ramurile terminale ale pneumo gastricului. De asemenea, ganglionii lanțurilor hepatice și biliare sunt în raport intim cu plexurile nervoase hepatice și choledociene. O intervenție pe acești ganglioni va produce și o destrucție mai mare sau mai mică a



plexurilor nervoase vecine. Ganglionii limfatici alăturați trunchiului celiac și origini celor trei ramuri ale sale, adică ganglionii care termină lanțurile coronare-stomahice splenice și hepatice sunt alăturați la plexul solar. O leziune a acestor limfatice ar putea determina o iritație a plexului solar, care va avea răsunet aproape asupra tuturor organelor intra-abdominale.

### *Limfaticele intestinului.*

Trebuie deosebite limfaticele de origine mucoasă și limfaticele de origine musculară. În mucoasă nasc chiliferele, care își au origina în vilozități. Rețeaua mucoasă comunică prin muscularis mucosae cu a doua rețea submucoasă. Din aceasta limfaticele se varsă direct în vasele subseroase spre marginea aderentă a intestinului, altele se termină într'un plex intermuscular, așezat între cele două straturi musculare ale intestinului; este plexul interlaminar a lui Auerbach, care primește și limfaticele stratului muscular. În acelaș plan cu plexul interlaminar se găsește o a doua rețea formată din tecile limfatice, care înconjoară ochiurile plexului mezenteric (*Gerota*). Plexul interlaminar dă naștere la vase eferente care merg sub peritoneu, unde formează rețeaua subseroasă.

În rezumat, putem spune că dintre vasele limfatice eferente ale peretelui intestinal unele vin direct din rețeaua submucoasă; ele ies din perete în apropierea marginii mezenterice a intestinului. Altele nasc din plexul interlaminar și ajung sub seroasă la o distanță variabilă de mezenter pe una din fețele tubului intestinal; dar și acestea ajung la rândul lor tot la marginea mezenterică, unde și unele și altele dau naștere trunchiurilor colectoare, numite chiliferele lui *Asseli*. În general, marele ramificații limfatice subseroase unite între ele prin câteva anastomoze curg sub peritoneu, pe o distanță destul de lungă, paralele cu marele ax al tubului intestinal. Apoi, ele se continuă cu un trunchiu mai voluminos, care ajunge la marginea mezenterică printr'un traect perpendicular cu axa intestinului. Toate limfaticele peretelui intestinal sunt simple traecte capilare increstate în țesutul conjunctiv. Primele limfatice valvulate apar în mezenter.

### *Rețeaua limfatică a intestinului gros.*

În afară de aparatul limfatic al vilozităților, care aci lipsește



rețeaua limfatică a intestinului gros se compune din aceleași rețele mucoase submucoase, intramusculare și subseroase, analoage celor ale intestinului subțire.

*Limfaticele duodenului* se colectează în ganglionii duodeno-pancreaticii anteriori și posteriori.

*Colectoarele limfatice ale jejun-ileonului.* Colectoarele intestinului sau chiliferele descoperite de *Asseli* pleacă dela marginea intestinului și sfârșesc la vasele eferente a plexului submucos și subseros. Acestea sunt conducte cu sinuozității foarte mici, care pătrund în mezenter în număr extrem de mare. După *Descomps* și *Turnescu* ar fi de 3—4 ori mai numeroase decât vasele sanguine. Unele se opresc în mici ganglioni ai grupului periferic, altele se duc direct în grupul mijlociu. Limfaticele care nasc din segmentul terminal al ileonului, la dreapta ramurei terminale a mezentericeii superioare se duc în ganglionii sateliți ai arterelor ileocolice. O parte din ele, curg dela stânga la dreapta pe perețele intestinal până la extremitatea ileonului, aci se flectează în unghiul colic și se termină fie într'un ganglion inferior a lanțului ileocolic, fie într'un ganglion cecal inferior.

### *Colectoarele limfatice ale cecului și apendicelui*

1. Limfaticele cecului se îndreaptă spre unghiul ileocolic și se termină în lanțul ganglionar ileocolic direct, sau prin intermediul ganglionilor cecali anteriori și posteriori. (*Rouvière*).

2. Apendicele. Cea mai completă descriere a limfaticelor apendicelui am găsit-o în teza lui *Dan Berceanu*, București 1923. Citez după el:

1. „vasele colectoare ale apendicelui merg în lungul vaselor mezenterice și se varsă inapoia capului pancreasului în trunchiurile limfatice colice drepte.

2. Ganglionii limfatici care primesc limfa dela apendice sunt:

a) Grupul ganglionilor inferiori sau ileo-cecali, adică ganglionii limfatici situația la baza și în grosimea mezo-apendicelui în unghiul ceco-apendicular.

b) Grupul mediu sau mezenteric situați pe traectele vaselor mezenterice dela origina arterei apendiculare până la marginea inferioară a porțiunii a treia a duodenului.

c) Grupul superior sau duodenopancreatic, compus din gan-

glionii situați în regiunea duodenale și a capului pancreasului. Deci există ganglioni limfatici perpendiculari în regiunea duodopancreatică, în care se varsă direct limfa plecată de la apendice“.

### *Colectoarele limfatice ale colonului.*

1. *Colonul ascendent.* Limfa părții anterioare a colonului ascendent dusă de vasele colectoare la ganglionii colici, descinde în lungul arcadei paracolice spre ileon și extremitatea inferioară a lanțului ileo-colic. La extremitatea superioară a colonului ascendent curentul limfatic satelit arcadei arteriale paracolice se urcă spre lanțul limfatic alăturat arterei colicedrepte superioare.

2. *Colonul transvers.* Limfaticele primelor două treimi drepte, se varsă în arcada paracolică; prin vasele colectoare care pleacă de la aceasta arcadă limfa se scurge în ganglionii sateliți a arterei colice drepte superioare. De aci, trece mai departe în grupul central al arterei mezenterice superioare. Limfa treimeii stângi a arcadei paracolice a colonului transvers se varsă în ganglionii grupului intermediar al arterei colice stângi superioare și de aci în grupul central al arterei mezenterice superioare.

*Colonul descendent* este segmentul cel mai sărac în limfatice. Cea mai mare parte a limfei sale se duce spre ganglionii juxta-aortici. Numai extremitatea sa superioară este în legătură cu grupul central al arterei mezenterice superioare.

*Colonul sigmoid.* Limfaticete acestei porțiuni sunt foarte numeroase. Ele traversează ganglionii atașați arterelor sigmoide și a celor a lanțului arterei mezenterice inferioare. Se termină în ganglionii latero-și pre-aortici.

*Limfaticele marelui epiplon.* Experiențe recente au arătat că și marele epiplon are vase limfatice, lucru ignorat până nu demult. Sistemul său limfatic contribuie de sigur în mare parte la funcția de absorbție pe care o îndeplinește acest organ. (Rouvière).

Toată limfa abdomenului se varsă prin trunchiul intestinal în cisterna lui *Pequet*.

În rezumat, putem spune, că toți ganglionii viscerali ai abdomenului sunt grupați în jurul arterelor.

Ca încheiere la acest capitol ținem să subliniem că are mare importanță din punct de vedere patologic relațiunea care există între limfaticele regiunii duodeno-pancreatice,

unde se varsă și o parte din limfa provenită dela coledoc, cistic și vezica biliară prin intermediul limfaticelor mezenterului cu regiunea ileocecală.

## V. Etiologie și patogenie

Putem deosebi factori favorizați și factori determinanți.

1. Factorii favorizanți :

a) *un factor constituțional*: terenul limfatic. La acești bolnavi infecțiile mici prind mai ușor vasele și ganglionii limfatici.

b) *vârta*: afecțiunea se întâlnește în special la tineri între 14 și 40 de ani; între aceste limite sunt cuprinse și cazurile noastre clinice și acele publicate de *Pribram*. Acelaș fapt, se constată și din statistica D-nilor: profesor *I. Hațieganu* și Dr. *Danicico*, din care rezultă: din 52 de cazuri 34, deci 65,3% sunt cuprinse între vârsta de 14—25 ani. Celelalte, nu depășesc nici unul, 40 ani. Aceasta se explică prin faptul că țesutul limfatic este mai dezvoltat la tineri.

c) *Sexul*. Din cele 8 cazuri întâlnite în Clinica Chirurgicală sunt 6 femei și numai 2 bărbați. După statistica Domnilor: prof. *Hațieganu* și Dr. *Danicico* rezultă un procent de 80% pentru femei și 19,2% bărbați.

2. Factori determinanți:

În primul rând, sunt leziunile inflamatorii dela nivelul organelor abdominale: apendice, vezica biliară, colon etc. În al doilea rând, infecțiuni localizate la distanță: amigdalita și infecțiuni generale cu localizări pe limfaticile abdomenului. Ca factor local, subliniem importanța vermicozei intestinale, care joacă un rol deosebit în inocularea în profunzime a infecțiilor dela nivelul mucoasei.

*Care sunt agenții patogeni, care provoacă limfangita?*

Culturile făcute din ganglionii obținuți la operație în cazurile întâlnite în Clinica Chirurgicală, nu au dat rezultate pozitive. *Pribram* de asemenea n'a isbutit să obțină culturi, din ganglioni. Aceasta însă nu dovedește absența inflamațiunii la nivelul aparatului limfatic.

Doi autori francezi, *Victor Pauchet* și *Gaelinger* bazați pe faptul că epiplonul — „marele polițai al abdomenului” — ia întotdeauna parte la infecțiile care se întâmplă în această cavitate, au cultivat fragmente din el. Ei au ajuns la următoarele rezul-

tate: a) din epiplonul sănătos n'au obținut culturi. b) dimpotrivă, când exista o infeție gastrică, colică sau apendiculară au obținut aproape în toate cazurile, cu o întârziere de 48 de ore, culturi abundente. În majoritatea cazurilor a crescut enterococul, în multe colibacilul, de două ori proteus și odată stafilococul. Unele culturi erau mixte: enterococi și colibacili.

D-șoara *Molodaya* a arătat că mezenterul apendiculare foarte adesea infectat și dă culturi pure de colibacili,

*Rosenov*, dela clinca Mayo, făcând cercetări pentru stabilirea etiologiei apendicitei, a obținut infecțiuni apendiculare la animale infectate cu material luat dela bolnavi de amigdalită în 47% a cazurilor. Bazat pe aceste observații, el ajunge la concluzia, că unele specii de microbi au afinitatea pentru anumite țesuturi.

*Evans*, pe 236 de cazuri de apendicită, găsește o relațiune indiscutabilă cu boli ale nasului și faringelui.

Făcând cercetări în aceeași direcțiune, *Dorsey* a reușit să producă o infecție apendiculară la animale, cu material luat de pe amigdalele unor persoane bolnave de apendicită. Bazat pe aceste observațiuni și pe cazurile sale de apendiciă și limfangită mezenterică consecutive unei amigalite, *Pribram* stabilește legătura strânsă dintre tonsilită și limfangita abdominală.

În sprijinul aceste corelațiuni, vin și cercetările lui *Hilgermann* și *Pohl*, care pe 500 de cazuri, au demonstrat că în apendicită, nu se află flora bacteriană banală a intestinului, ci pneumococi, streptococi, bacili difterici, spirili Plaut-Vincent, deci o floră de amigdalită.

În general, putem spune, că factorii patogeni cei mai frecvent întâlniți sunt aceia ai apendicitei cronice.

### *Mecanismul de producere a limfangitei*

În majoritatea cazurilor operate la Clinica Chirurgicală, ca și în acelea publicate de *Pribram* și alți autori, s'a constatat că leziunile dela nivelul apendicelui erau minime, uneori lipseau chiar, încât, nu puteau explica fenomenele clinice. S'a observat în schimb, că seroasa peritoneală era hiperemică, iar ganglionii regionali măriți, pulpoși.

*Pribram* a constatat un fapt analog cu ocazia operațiilor pe căile biliare, anume, că inflamația ganglionilor cistici și choledocieni nu era proporțională cu leziunea dela nivelul vezicei, ci

dimpotrivă, adesea a găsit o puternică inflamație ganglionară, concomitentă numai cu un ușor catar al pereților. Ar exista deci o disproporție (un raport invers) între reacțiunea inflamatorie a peretelui intestinal sau vezicular și aceea a căilor limfatice corespunzătoare.

Aceste observații sunt confirmate și de alți autori. Astfel Winkler, la 300 de cazuri operate de tuberculoză intestinală, a constatat numai la două și o inflamație a căilor limfatice respective.

*Pribram*, în cazurile sale de tuberculoză a ganglionilor mezenterici, nu a găsit nici un singur caz de focar infecțios în peretele intestinal. În același timp, s'a constatat, că atunci când se produce o reacțiune puternică la poarta de intrare, infecțiunea se localizează. Așa se întâmplă în cazurile de apendicită sau colecistită gangrenoasă. Faptul are mare importanță din punct de vedere terapeutic, căci, dacă se intervine într'un puseu acut, focarul infecțios poate fi eliminat în întregime și în majoritatea cazurilor bolnavii se vindecă complet.

Cu totul altfel, se întâmplă însă în cazurile cronice, cu evoluție în puseuri când limfaticele sunt deja prinse, sau când concomitent cu procesul apendicular există și o colită; coincidență de altfel foarte des întâlnită. În aceste cazuri, la operație, focarul nu se elimină complet odată cu extirparea apendicelui. Infecțiunea rămâne pe căile limfatice, sau la nivelul colonului, producându-i noi suferințe bolnavului. Actul operator, poate fi chiar un mijloc de reactivare a procesului prin reînsămânțările care se produc cu toate măsurile de asepzie luate.

Dar, în afară de apendice și colon, care rămân cele mai frecvente porți de intrare, dela care infecțiunea se propagă în direcția curentului limfatic, *Pribram* și alți autori, cred că și vezica biliară și pancreasul pot îndeplini acest rol. Dela acest nivel însă, infecțiunea se propagă în sens retrograd. Pentru a admite această ipoteză trebuie să știm, dacă poate exista o circulație în sens invers a curentului limfatic. Faptul acesta este însă dovedit, căci se cunosc metastaze retrograde formate din celulele tumorale în căile limfatice. Astfel *Waldayer* a constatat într'un caz de cancer al pilorului, că vasele chilifere ale vilozităților duodenale, erau pline de celule tumorale.

Cazuri similare au fost observate de *Recklinghausen*, *Vierth* și *Vogel*. Cel din urmă, a comunicat un caz de metastaze în ri-

nichiul stâng, venite pe cale retrogradă dintr'un cancer al vezicii biliare. O dovadă în plus, sunt metastazele așa de frecvente ale ganglionilor supraclaviculari în canceratele tubului digestiv, care nu se pot explica decât tot printr'un transport retrograd.

*Pribram* a demonstrat experimental posibilitatea unui curent de sens invers în căile limfatice, injectând unui cobai la baza me-zenterului, subseros, o cantitate de colorant; în acelaș timp, pe o ansă intestinală, a așezat o picătură de terebentină sau o ligatură cu un fir de mătase. S'a observat că dela locul injecției, au pornit particule de colorant în direcție centrifugă, spre locul de iritație. Bazat pe aceste date și ținând seama și de incertineala foarte mare a curentului limfatic, el trage concluzia că și o infecțiune bacteriană, se poate foarte ușor propaga pe căile limfatice, în sensul contrar circulației obișnuite. Acestea ar fi deci mijloacele de propagare ale infecției.

Cât privește modul de pătrundere al germenilor în căile limfatice prin pereții diferitelor organe abdominale, *Virchow* susține că agenții patogeni pot trece prin peretele unui organ fără să lase nici o urmă.

Cum se cunoaște funcțiunea de eliminator de microbi a apendicelui și vezicii biliare, se înțelege ușor, de ce aceste organe sunt așa de frecvent „poarta de intrare“ a infecțiilor, din cavitatea peritoneală. Dela nivelul lor, unde există de cele mai multe ori o leziune minimă, (care de altfel am văzut că nu este obligatorie), infecția pătrunde pe căile limfatice, producând o limfangită peritoneală, care evoluiază apoi, fie ca o entitate morbidă, sau rămâne numai stadiul intermediar spre o boală secundară.

Această limfangită se traduce la început printr'o leucocitoză, congestie locală, urmată de o exudare de fibrină, care nu e altceva decât o reacțiune de apărare a peritoneului contra înaintării infecției și de o congestie a ganglionilor la nivelul cărora se constată un edem și un catar al sinului. Dacă infecțiunea evoluiază cronic producându-se din când în când noi însămânțări, se pot constitui neomembrane, în care rămân înglobați microbi și astfel se formează în câtva timp aderențele. După organul dela nivelul căruia infecțiunea s'a propagat în profunzime, vom avea perigastrite, periduodenite, peritiflitate, pericholecistite și pericolite etc. De multe ori, datorită tactismului său special la nivelul acestor focare de infecție, se aplică și epiplonul, ceea ce contribuie mai mult la organizarea procesului aderențial.

## VI. Anatomie patologică

La examenul istopatologic făcut asupra ganglionilor nu s'a constatat nici o leziune cu caracter specific ci numai o dilatare a sinului și o lărgire a cordoanelor medulare, datorite unui edem inflamator și o descuamație epitelială, totul dând impresia unui catar.

La apendice, se constată în cele mai multe cazuri, urmele mai inflamații care a trecut, ca de pildă îngroșări ale pereților, sclerozări, cicatrici etc. fără să dea impresia unui focar adevărat de boală.

Uneori însă, nu se găsește nici atât.

## VII. Simptome, forme clinice, evoluție, complicații

*După evoluție deosebit :*

1. Forme supra-acute, grave.
  2. Forme acute și subacute (benigne) care câteva zile după operație se vindecă.
  3. Forme cronice, cu evoluție în etape, ducând la aderențe.
- Cele mai frecvente.

*După localizare :*

1. Limfagita mezenterică.
2. Perigastrita.
3. Perihepatita.
4. Pericholecistita.
5. Periduodenitele.
6. Perienteritele.
7. Periapendicitele și peritiflitlele.
8. Pericolitlele.
9. Peritonita incapsulantă.

Simptomatologia, variază cu forma și localizarea. Tabloul clinic cel mai frecvent sub care se prezintă, este acel al unei apendicite cronice. Ca simptom principal: durerea abdominală. Spre deosebire însă de apendicită, unde punctul dureros maxim, este în fosa iliacă dreaptă, în limfagita mezenterică mai există un punct dureros maxim, la stânga ombilicului. Durerea mai accentuată, la nivelul acestor două puncte și pe linia care le unește



(aceasta corespunde marginii de inserție parietală a mezenterului) e semn, că ganglionii mezenterici și ileocecali sunt inflamați.

În cazurile acute difuze, tabloul clinic poate fi acela al unei peritonite generalizate: dureri mari abdominale, cefalee, greață, vărsături, constipație. Temperatura 39—40°, tensiune abdominală, meteorism, leucocitoză. În aceste cazuri, la operație, se constată că seroasa peritoneală e hiperemică în mod difuz. Aceasta hiperemie e formată din o rețea fină, analoagă cu aceea ce întâlnim la piele în limfangita reticulară. Forma aceasta a fost considerată până în prezent drept peritonită idiopatică.

Altă formă, este limfangita trunchiulară sau mai bine zis mezenterică. Aci, predomină leziunea aparatului limfatic din mezențer. La operație, se constată striiațiuni hiperemice care converg spre ganglionii mezenterici cari sunt măriți de volum și congestionați. Această formă, s'a constatat în două din cazurile operate la Clinica Chirurgicală.

Foarte rar, limfangita mezenterică poate lua un caracter grav, alarmant. Astfel, Brochardt publică în 1928 cazul unui bolnav, la care, unul din ganglionii mezenterici ajuns la supurație a perforat în cavitatea abdominală, producând o peritonită mortală; apendicele la aparență era nemodificat.

În forme benigne, subacute, vindecarea se produce în câteva zile după intervenție.

De regulă însă, boala ia un mers cronic, producându-se concreșcențe a ganglionilor și vaselor limfatice cu foițele mezențerului, formațiuni de cicatrice, cu procese de retracțiune secundară, ducând la o peritonită cronică sau mezențerită.

Uneori, se pot produce chiar staze limfatice și ascită.

În stadiul terminal al limfangitei și limfadenitei sau după vindecarea lor, se observă adesea pe imaginea radiologică, o umbră în formă ganglionară considerată pe nedrept — după *Pribram* — de origine specifică. Acești ganglioni, pot fi adesea cauza unor tulburări importante. Pot da de pildă, pseudocolice renale, producând chiar o hematurie veritabilă; complicație descrisă de *Kleiner*.

O complicație tardivă, când procesul a ajuns în faza de aderențe, este ocluzia intestinală cu toate consecințele ei. Ocluziile complete survin însă foarte rar; mai frecvent, se întâlnesc subocluziile.



Dar, tabloul clasic al acestei afecțiuni, din punct de vedere al simptomatologiei și evoluției, se întâlnește în special la cei operați de apendicită cronică, care continuă să sufere ca și când apendicele n'ar fi fost scos. Li se fac la mulți noi intervenții, fără ca starea lor să se amelioreze. Acești bolnavi își poartă suferința dela medic la medic, sau dintr'o stațiune balneară în alta, ceea ce l-a tăcut pe *Dieulafoy* să-i numească „les balafrés de Plombieres et de Chatel Guyon“.

Afară de aceste periapendicite, mai sunt și alte forme localizate, întâlnite destul de frecvent, sub numele generic de periviscerite. Dintre cele mai frecvente sunt :

*Perigastritele.* Survin aproape întotdeauna în legătură cu un ulcer gastric. Prin propagarea infecției, se pot produce aderențe a epiplonului pe stomac și duodea. Simptome: dureri, de obicei fixe, perturbațiuni în apetit, balonări gastrice, piroze, meteorism care poate provoca turburări din partea inimii, etc.

*Periduodenitele.* Sunt datorite propagării infecției dela nivelul unui ulcer duodenal în profunzime. Teoria microbiană a ulcerului, susține însă, că fenomenele s'ar succeda tocmai invers, adică ulcerul ar fi provocat de o infecție venită pe cale limfatică în special dela nivelul apendicelui, în urma unei apendicite. *Simptome:* la roetgen, stază și deformațiuni ale bulbului. Datorită stazei, se produce o toxemie de resorbție, care se manifestă prin simptome nervoase, vărsături, migrene, greață, tetanie, etc.

*Perienteritele.* Se confundă după localizare, ori cu pericolita, ori cu mezentero-epiploita.

*Perisigmoiditele.* Sunt destul de frecvente. Dau mai ales turburări motrice: constipație foarte dureroasă, uneori cu debacuri diareice.

↪ *Pericolita angulo-splenică* dă dureri foarte mari cu iradieri în umărul stâng, cu o stare de tensiune dureroasă, palpitațiuni, uneori fenomene de angină de piept.

În general, putem spune deci, că simptomatologia acestor forme se traduce prin semne din partea organului sau organelor de care depind, iar evoluția lor, se face în perioade succesive de acalmie și activitate, timp îndelungat, cu fenomene foarte neplăcute pentru bolnav. În special, acei la care s'a instalat pericolita, devin niște intoxicați, se emaciază, tegumentele iau o culoare palidă-teroasă, pigmentată. Survin adesea fenomene he-

patice, datorită sindromului entero-hepatic. Fenomenele nervoase sunt pe primul plan: hemicranii, psihostenii, neurastenii se întâlnesc adeseori. Alături, aceste fenomene sunt așa de accentuate, încât bolnavii sunt internați în clinica neuro-psihiatrică. Mai târziu, se prezintă turburări endocrine, vago-simpatice, care fac viața bolnavului insuportabilă.

## VIII. Diagnostic și diagnostic diferențial

Ne vom gândi la o limfangită peritoneală la toți bolnavii, mai ales tineri, gastro-intestinali, care suferă de multă vreme și în special la cei operați de apendicită. Cu deosebire în cazurile, când la operație s'a constatat, că leziunile dela nivelul apendicelui au fost neînsemnate și nu puteau explica simptomele clinice.

Diagnosticul clinic, bazat pe simptomatologie, e foarte greu. Primul diagnostic va fi aproape totdeauna acela de apendicită cronică, adesea justificat. Un semn distinctiv cu aceasta, ar fi sensibilitatea bipolară: punctul lui Sternberg și apendicular. Când, pe lângă acest simptom, se constată și prezența vermililor intestinali care joacă un rol important în inocularea infecției, se poate amâna operația și încerca întâi eliminarea factorului de inoculare. În această privință, *Pribram* are o comparație foarte sugestivă: el spune, că după cum micropoliadenia cervicală în pediculoza pielii păroase a capului la copil dispare după deparazitare, tot așa, poate dispare adenopatia mezenterică, după îndepărtarea vermililor intestinali.

Alt semn distinctiv față de apendicită, este că în aceasta găsim întotdeauna un icter conjunctival („nu există apendicită fără icter conjunctival“ — *Poenaru Căplescu*), care în limfangită poate lipsi. Singură radiologia însă ne poate da cele mai bune elemente de diagnostic, cu condiția să fie bine interpretate. Din schema radiologică alăturată se poate observa foarte ușor, care sunt semnele radiologice ale unei limfangite.

După *Trémolières*, în faza de aderențe, examenul radioscopic ne dă patru mari simptome:

1. Modificări în tranzit: staze, întârziere de evacuare, spasmoduri.

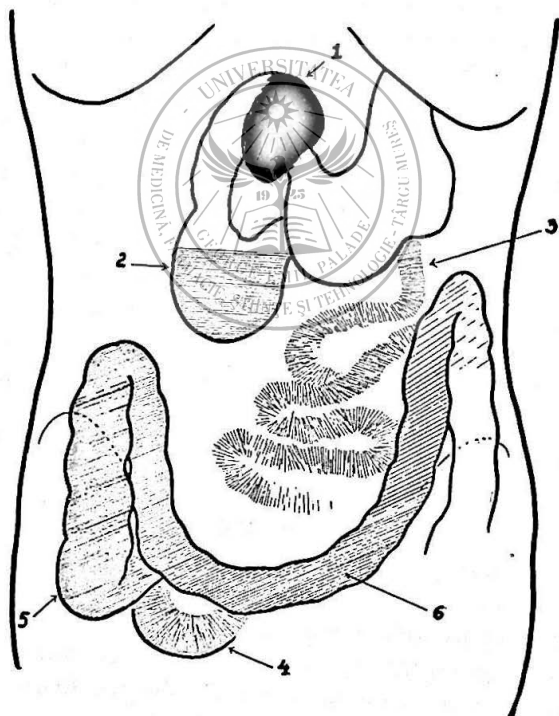
2. Deformațiuni ale tubului digestiv: dilatări, cuduri, ștran-  
gulări.

3. Fixarea în poziție anormală la nivelul aderențelor a or-  
ganului interesat, care a pierdut mobilitatea sa obișnuită și nu  
mai poate fi separat de unul sau al organ din vecinătate.

4. Dureri la presiune la nivelul aderențelor.

Nu intrăm în descrierea simptomelor radiologice a formelor  
localizate, deoarece nu intră în cadrul restrâns al acestei lucrări.  
Mai însemnăm numai, că *stereoradiografia* constituie un mare  
progres pentru diagnosticul aderențelor.

La operație, diagnosticul se poate face ușor, cu condiția  
unei incizii largi și explorarea atentă a peritoneului și diferitelor  
sale formațiuni, cu deosebire la nivelul grupurilor ganglionare.



După schema Prof. Hațieganu

1. Stază bulbară;
2. Stază la genunchiul inf. (Duoden: 2 și 3);
3. Tranzitoncetinit între jejun și ileon;
4. Ileostază;
5. Stază cecală;
6. Ptoza colonului.

Un caracter macroscopic al limfangitei, este că seroasa își păstrează luciul, ceea ce denotă, că procesul se petrece în limfaticele subseroase. Spre deosebire de peritonite, unde găsim depozite de fibrină, peritoneul descumătat, fără lăcui. În cazuri de limfangită acută a cărei focar de infecție este apendicele, vom găsi o hiperemie a mezenteriolului, iar ganglionii regionali vor fi măriți, pulpoși.

În cazurile de inflamație cronică a căilor limfatice, acestea se pot alipi cu foițele seroase, formând cicatrice lungi și stelate. Pe lângă aceste formațiuni, se mai găsesc ganglioni măriți, cu toate caracterele unei inflamații nespecifice.

În cazurile cronice mai avansate, putem găsi briede care strângulează ansele intestinale, iar mezenterul este retractat și scleros.

Pentru a pune un diagnostic precis și în special pentru diagnosticul diferențial cu gastro-entero-colitele acute, sau cronice, care pot evolua cu aceleași simptome, pe lângă un examen radiologic al tubului digestiv, e necesar un examen al sucului gastric și duodenal, și mai ales un examen coprologic complet.

Nu vom uita importanța amigdalitelor în antecedentele bolnavului.

Afară de apendicita cronică, cu care am văzut că diagnosticul diferențial e foarte greu, mai facem diagnostic diferențial cu :

1. *Apendicita acută*, caracterizată prin triada simptomatică alui *Dieulafoy* : a. durere abdominală bruscă, cu localizarea în fosa iliacă dreaptă și accentuarea în punctele lui *Mac Burney*, *Lanz* sau *Moriss* ;

b. Contractura peretelui abdominal și,

c. Hiperestezie cutanată.

Deasemenea în apendicita acută durerea survine deseori sub formă de colică apendiculară.

2. *Peritonita acută* sau *supra acută* localizată sau generalizată. Aci, avem semne clinice alarmante, iar la operație seroasa peritoneală este acoperită de exudate fibrinoase moi, friabile ; în părțile declive găsim lichid sero-citrin sau purulent.

3. *Peritonitele bacilare*. La acestea, găsim în antecedente pleurezii tuberculoase sau alte stigmatе bacilare. Evoluția : în cele acute, după 48 ore, putem pune în evidență lichid sero-citrin în cavitatea peritoneală, sau chiar o poliserozită. În cele cronice, evoluția și simptomatologia e în raport cu formele anatomo-

clinice: *ascitică* cu abdomen balonat, ombilicul proeminent, etc. *fibroadezivă*, *fibrocazeoasă* sau *ulcerocazeoasă*.

4. *Tumorile ileo-ceco-apendiculare*, sunt foarte rare. Se caracterizează prin o tumoră mobilă în regiunea ileo-cecală, la început nedureroasă. Survine la o vârstă înaintată.

5. *Tuberculoza ileo-cecală*: tumori neregulate, nedureroase, scaune diareice sangvinolente. La examen de laborator *Koch* în fecale.

6. *Febra tifoidă*: aci durerea abdominală este difuză, abdomenul elastic, ușor palpabil, splina mărită leucopenie, *reacția Vidal* pozitivă.

7. *Peritiflita actinomicozică*: este extrem de rară. Se prezintă cu o tumoră infiltrată, care se desvolta încet dând, fistule cutanate.

## IX. Prognostic

Cât privește viața bolnavului, prognosticul e bun. Cazurile cu evoluție gravă și sfârșit fatal, sunt foarte rare.

În ce privește însă, suferințele postoperatorii, prognosticul e în funcție de momentul intervenției chirurgicale. Anume:

1. E bun, când intervenția e precoce, la primul puseu acut când se poate elimina complet focarul infecțios.

2. E rezervat, dacă intervenția se face în interval, după ce bolnavul a suferit mai multe puseuri acute. În aceste cazuri, focarul infecțios, de cele mai multe ori, nu poate fi eliminat complet și bolnavii vor suferi mai departe.

După statistica lui *Pribram*, rămân cu turburări postoperatorii cam 20—30%. După *Larimore* 40%.

## X. Tratament

Afecțiunea aparținând în mod aproape egal chirurgiei, cât și medicinei interne, vom împărți acest capitol în A. tratament chirurgical și B. tratament medical.

### A. Tratamentul chirurgical

Prima condiție a succesului este ca intervenția să fie precoce. Intervenind dela primele manifestări ale unei apendicite,

cholecistite etc. vom evita aproape sigur, limfangita peritoneală cu toate consecințele ei.

Profesorul *Pribram* recomandă operațiunea în puseu acut, când infecțiunea este încă localizată și focarul poate fi eliminat în întregime. Dacă așteptăm să operăm în interval, deși eliminăm apendicele, vezicula etc. infecția rămâne pe căile limfatice și bolnavul va suferi mai departe.

Dacă afecțiunea durează de mai mult (luni, ani) și a suferit mai multe puseuri de activitate, căile limfatice sunt prinse și prin intervenție am putea produce noi însemnări.

Înainte de intervenție, vom căuta să depistăm toate focarele de infecție. În primul rând colita, care necesită un tratament pre-operator energic și precauțiuni speciale din partea chirurgului în timpul operației.

*Pauchet* și *Gaelinger* recomandă ca tratament preventiv vaccinațiunea polimicrobiană, pe cale bucală.

*Operația.* Este recomandabilă o incizie cât mai largă. Unii autori preconizează chiar pentru toate cazurile incizia mediană, pentru ca peritoneul și în special mezenterul, să poată fi explorat pe o întindere cât mai mare.

### *Tratamentul preventiv al aderențelor*

Am văzut că aderențele sunt consecința cea mai frecventă a limfangitelor. Mulți autori au încredințat actul operator în formarea lor. Sau văzut însă cazuri, când limfangita a evoluat până la stadiul de aderențe scleroase, fără ca chirurgul să fi jucat cel mai mic rol. Aderențele au fost totdeauna complicația post-operatorie tardivă, de care s'au temut chirurgii. De aceea, s'au preconizat diferitele metode pentru prevenirea lor.

Astfel, *Lignabué* și *Mayo* au turnat ulei pe parafină în peritoneu.

*Lane* a aplicat foițe de aur.

*Carnot* a preconizat pneumo-peritoneul.

*Ceif* și *Pauli* au recomandat badijonarea suprafețelor descoperite cu lipiodol.

Cea mai recentă metodă, care se pare că a dat rezultate mai bune este aceea a constituirii unui imuno-peritoneu, preconizată de *Pauchet* și *Gaelinger*. Acești autori au făcut întâi vaccinarea bucală preventivă, în urma căreia, când o instituiau din timp, au obținut rezultate deplin satisfăcătoare. Deoarece însă,

e nevoie de multe ori de o intervenție urgentă și această metodă nu se poate aplica, ei s'au gândit la o vaccinare locală în timpul operației, îndreptată împotriva microbilor cari infectează în mod obișnuit peritoneul. Au întrebuițat un bulion de vaccin filtrat, preparat după metoda *Bezredka*, conținând 50 p. colibacili pentru 100 de bulion și câte 25 p. de enterococ și stafilococ pentru 100 p. bulion. Iată tehnica pe care au urmat-o acești autori.

1. După laparotomie, a apărut peretele abdominal, cu comprese îmbibate de filtrat. Aceste comprese trebuie să pătrundă până în peritoneu și să fie plasate înainte oricărei manevre profunde.

2. Print'un dren de cauciuc sau compresă abdominală duc apoi până la nivelul stâlpului diafragmului 10—15 cmc. filtrat.

3. În cursul intervenției, badijonează toate suprafețele peritoneale a regiunii operate, suturile, bonturile, ligaturile, fie cu o compresă îmbibată în filtrat, fie vărsând filtrat direct în plagă.

4. Toate bridele secționare, toate bonturile de rezecție a epiplonului, toate pediculele vaselor limfatice, sunt atinse cu filtrat.

5. În cursul închiderii peretelui, părțile musculare aponevrotice grăsoase și cutanate, sunt din nou badijionate cu filtrat.

Rezultatele obținute de acești autori sunt din cele mai bune. Ei au aplicat metoda în 195 cazuri, cuprinzând 7 gastro-interostomii, 64 gastrectomii, 75 operații intestinale fără deschiderea intestinului, 33 cu deschiderea intestinului și 19 cazuri de cholecistectomie. În toate aceste cazuri, n'au observat nici o supurație parietală.

În cursul a 6 operații repetate, au constatat absența completă a aderențelor post-operatorii, sau că acestea erau foarte slab reprezentate.

În același timp, pe 27 de bolnavi, cari au suferit operații analoage, dar la care n'au aplicat această metodă, au avut două complicații pulmonare de lungă durată, trei abcese a peretelui intestinal și un abces profund peri-gastric. Ei cred, că dacă se asociază vaccinarea pre-operatorie cu vaccinarea în cursul operației și chiar vaccinarea pe cale bucală post-operatorie, în foarte numeroase cazuri, bolnavii vor fi la adăpost de complicații și calitatea vindecării lor va fi mult ameliorată.

După intervenție, se reia tratamentul medical, îndreptat în special împotriva colitei și a imobilității intestinale, care favori-

zează coalescența anselor. Pentru ultimul scop, ei recomandă extract de pîtuitrină 1 cmc. pe zi, timp de patru zile, apoi, trei zile pe săptămână.

Lupta contra colitei, trebuie reluată cu intensitate, mai ales în cazurile în care intervenția a permis să se constate reacțiuni congestive la nivelul colonului. Tot în scopul mobilității intestinale, bolnavul va părăsi patul cât mai curând. În zilele următoare operației, diatermia nu este indicată, deoarece congestionează organele subjacente.

În cazul când, la operații, se găsesc aderențe constituite, chirurgul trebuie să fie prudent, să nu facă eliberări prea întinse, iar după ligaturi, să lase cât mai mici bonturi epiteliale și epiploice.

Traumatismul are și el, de sigur, un rol destul de important, de aceea chirurgul trebuie să evite manipulările de prisos, ligaturile rău făcute, contactul viscerelor cu pielea iodată și să lucreze cât mai ușor, pe cât posibil, cu vârful degetelor și a penselor.

### B. *Tratamentul medical*

Poate fi preventiv și curativ (al aderențelor constituite).

1. *Tratamentul preventiv.* Pentru instituirea lui, e nevoie de

a) un diagnostic precoce, precis și complet,

b) un tratament, care să se adreseze nu numai bolii, ci și factorilor ei etiologici.

Trebesc diagnosticate precis, gastritele, care de multe ori sunt etichetate cu numele de dispepsii, cholecistite etc.

Colitele cronice, deasemenea sunt considerate adeseori ca o simplă constipație banală. Ca regulă generală, trebuie să căutăm leziunea prin care s'a produs inocularea. Cu cât aceasta e depistată mai târziu, cu atât infecția va pătrunde mai în profunzime, cuprinzând celelalte straturi și apoi limfaticile subseroase.

Un diagnostic precoce, se poate pune numai cu ajutorul unui examen radiologic complet al tubului digestiv, prin examenul sucului gastric, prin tubaj duodenal și mai ales prin examenul coprologic complet.

Trebue să căutăm deasemenea, toate focarele de infecție dela nivelul dinților, nazo-faringelui, amigdalelor; prezența unei inusite, a unei gripe etc. care pot fi o cauză de reinsămânțare, fie prin deglutiție, fie pe cale sangvină.



*In ulcerul gastro-duodenal* recunoscut, tratamentul medical poate fi încercat câteva săptămâni sau luni. Poate fi eficace în leziunile recente, dar acțiunea lui este foarte nesigură în leziunile vechi.

*In cholecistita calculoasă* intervenția rapidă este indicată, pentru a pune bolnavul la adăpost de accidente importante și de producerea perivisceritelor, care în această regiune se produc foarte ușor și au o extensiune rapidă.

În ceea ce privește *apendicita cronică*, chestiunea e mult mai dificilă. *G. Lardennois* spune: „acest termen de apendicită cronică are avantajul de a reclama origina primă, obișnuită, a accidentelor, dar are defectul de a întreține un supărător echivoc asupra modului de a o vindeca“.

Cei mai mulți chirurghi, preconizează o intervenția largă și precoce. Alții, chiar o apendicectomie preventivă.

*Ultramar* susține că apendicita cronică nu există.

Unii autori, ținând seamă de greutatea și incertitudinea diagnosticului, de imposibilitatea de a face un diagnostic diferențial cu tiflo-colitele și pe de altă parte, de bunele rezultate, care se obțin dela un tratament medical bine condus, bazat pe examene coprologice repetate, cred, că „expectativa armată“ e permisă cu condiția, ca ameliorarea să fie rapidă și continuă și să nu se producă recidive după încetarea tratamentului.

În rezumat, tratamentul medical poate preveni limfangitele și perivisceritele, dacă e precoce când leziunile sunt superficiale și recente. Dacă însă, focarul de infecție persistă la nivelul apendicelui sau veziculei, cu tot tratamentul medical bine condus, e de preferat de a cere chirurgiei, să debaraseze pe bolnav de sursa de infecție.

## 2. *Tratamentul medical al aderențelor constituite*

Aderențele fiind niște formațiuni în continue evoluție, având ca substrat anatomic o limfangită subseroasă, întreținută continuu de focarul din organul subjacent, ele sunt susceptibile de tratament.

Puseurile infecțioase se traduc la nivelul aderențelor prin o congestie mai mult sau mai puțin violentă, uneori edematoasă. În consecință, principiile tratamentului vor fi:

a) De congestionarea reacțiilor periviscerale, care va aduce după sine în primul rând, încetarea durerii.

b) Suprimarea cauzelor de reinfecție. Deci, vom trata colita, protoza, paraziții intestinali, etc.

Prima datorie a medicului, fiind însă suprimarea durerii, vom face în acelaș timp un tratament calmant, decongestiv. În acest scop, putem face aplicațiuni calde locale, băi calde, comprese radioactive și diatermie, care provocând o circulație intensă modifică țesutul aderențial și stimulând activitatea celulară diminuează infecția.

De curând, s'a introdus și diatermia cu unde scurte, cu rezultate se pare mai bune.

E recomandabil să se asocieze diatermia cu razele infra-roșii.

*Radio-terapia* cu doze minime, e deasemeni un foarte bun calmant.

*Carnot*, recomandă helio-terapia naturală.

Se mai pot face ionizări, masajii ușoare, galvano-terapie.

Ca medicamente calmante, se va prescrie: belladona, cannabis indica, opiu, fenacetină, piramidon etc. Concomitent, facem un tratament și cu substanțe modificatoare, cum sunt: cianamatul de benzil sau soluția lui *Jacobson*. Se administrează în soluție de 4% intramuscular 12 zile; urmează cinci zile repaus, apoi o nouă serie.

Mezotoriul 1 mgr. subcutan.

Nu trebuie să neglijăm niciodată psiho-terapia. Acești bolnavi fiind în general predispuși la neurastenie, emotivitate insomnie, anxietate, împotriva cărora trebuie să-i ajutăm să lupte.

## Observații clinice.

Obs. I. — Bolnavă de 18 ani, care se prezintă în serviciul clinicii chirurgicale la 30/XI. 1933.

Antecedente heredo-colaterale și personale chimic deosebit.

Vine în clinică pentru dureri violente abdominale, greață.

Boala datează de cinci zile și a debutat cu dureri localizate la nivelul fosei iliace drepte; durerile se întind mai târziu la întreg abdomenul, ele sunt accentuate mai ales în jurul ombilicului și în epigastru. Bolnava stă la pat, are temp. 38—39°. A treia zi dela debut, are vărsături alimentare diaree 10 scaune pe zi. În ziua a 5-a văzând că fenomenele se accentuează, intră în serviciul clinicii noastre.

La examenul obiectiv se constată: temp. 38,5. Puls 104. Aparatul circulator și respirator, nu prezintă nimic deosebit. Abdomenul este de conformațiune normală, foarte sensibil la palpare; senzibilitatea este difuză, ea este mai puternică însă în jurul ombilicului și la dreapta liniei mediane epigastrice. Apărare musculară care interesează întreg peretele anterior

abdominal. Semnul lui Rowsing și Blumberg sunt pozitive. Leucocitoza 12,000.

În baza acestor simptome s'a pus diagnosticul de apendicită cu reacție peritoneală și s'a decis intervenția.

Operația: incizia lui Jalaguier; după deschiderea cavității peritoneale, constatăm că ansele intestinale subțiri, ca și cecul, prezintă o hiperemie puternică care analizată mai de aproape este fin reticulară. Foița peritoneală este netedă lucioasă. Mezenterul îngroșat, ganglionii mezenterici sunt măriți unii având mărimea unei boabe de porumb. Se caută explicarea provenienței acestor leziuni, se explorează cecul și apendicele. Apendicele se găsește, în poziție pelviană internă, are seroasa la fel de hiperemică ca și restul intestinului nu prezintă leziuni macroscopice inflamatorii, care să explice proveniența limfangitei. Explorând anexele și vena biliară, nu găsim nimic deosebit.

Se face apendicectomia și se închide complet cavitatea peritoneală.

Mersul post-operator este bun, după două zile dela operație bolnava devine afebrilă, plaga se vindecă per primam. Apendicele examinat microscopic prezintă semne inflamatorii localizate la nivelul mucoasei.

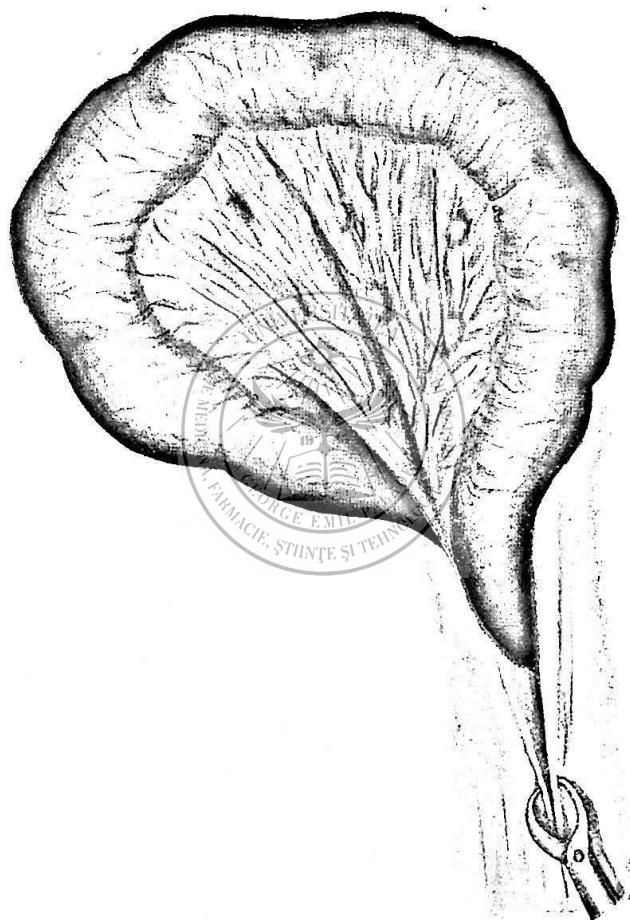
După cum am amintit și mai sus, aceste cazuri erau luate drept peritonite idiopatice; cu toate că ele se pot ușor deosebi de peritonite prin faptul, că în limfangita peritoneală — cazul nostru — peritoneul este neted lucios pe când în peritonită el este mai descumnat și acoperit de false membrane. Făcând apendicectomia s'a extirpat focarul de infecțiune al limfangitei și vindecarea s'a instalat rapid. Această conduită este bine de aplicat în toate cazurile unde nu se poate pune în evidență o leziune inflamatorie la nivelul altor organe. Pătrăm, într-un caz de limfangită peritoneală acută, face apendicectomia și cholecistectomia, tocmai pentru a extirpa focarul inițial de infecțiune, pe care îl bănuia la nivelul acestor organe.

Observația II: M. I. de 23 ani, casnică. Antecedente heredo-colaterale și personale nimic deosebit.

Vine în clinică pentru dureri abdominale greată temperatură. Istoricul boalei: Debutul, înainte de a intra în clinică cu 5 zile, cu dureri abdominale localizate în fosa iliacă dreaptă; durerile se accentuează iradiind în întreg abdomenul. Se localizează în jurul ombilicului și la dreapta liniei xifoombilicale. Sunt acompaniate de senzație de greată și de constipație. În tot decursul boalei are temperatura de 39°.

Examenul Obiectiv: temp. 39; puls 104; aparatul respirator, circulator nimic deosebit. Abdomenul puțin balonat, sensibil pe întreagă suprafață, mai sensibil însă în epigastru, la 2 degete deasupra ombilicului; punctul cistic sensibil. Se mai observă o sensibilitate mai diminuată în fosa iliacă dreaptă. Apărarea musculară, care interesează întreg abdomenul. La examenul genital, nu se constată nimic deosebit. Leucocitoza 14.000. Se pune diagnosticul de „apendicită și cholecistită”.

Operația: incizia lui Jalaguier, prelungită în sus spre rebordul costal. Se explorează apendicele și cecul. Se constată peritoneul visceral depe ansele intestinului subțire și intestinul gros hiperemiat în întregime, având o colorațiune roșie intensă, fin reticulară. Această hiperemie inte-



Linfangita mezenterică — Obs. II. (După Prof. Pop, Onaca, E. Mureșan).

resează și seroasa apendicelui. Mezenterul, puțin infiltrat. Ganglionii mezenterici palpabili. Apendicele, vezica biliară, anexele nu prezintă nici o leziune macroscopică. În cavitatea peritoneală, se constată puțină secrețiune seroasă filantă. Se face apendicectomia și se închide complet cavitatea abdominală. Mersul post-operator, bun. Din ziua doua după intervenție, febra scade la normal, starea generală bună. Plaga se vindecă per primam.

Cazul de față este analog cu cel precedent, acelaș debut, aceeași simptomatologie caracteristică, cu dureri periombilical apărare musculară, febră mare. Simpla apendicectomie a adus vindecarea rapidă în acest caz.

Observația III. — C. E. de 20 ani, servitoare. Antecedentele heredo-colaterale și personale, nimic deosebit. Intră în clinică pentru dureri abdominale, greață și febră. Boala actuală datează de 2 zile. A debutat cu dureri abdominale generalizate, febră 38—39°C, cefalee, greață. Fenomenele abdominale se accentuează. Durerile au tendința de a se localiza în jurul ombilicului. Temperatura 39—40°C. Frisson, vărsături spontane.

Examenul obiectiv: temp. 39°C, puls 120, starea generală bună. Aparatul circulator-respirator nu prezintă nimic deosebit. Abdomenul de formație normală. La percuție, nu se constată nimic deosebit. La palpăre profundă, se observă o sensibilitate difuză mai accentuată în jurul ombilicului, în epigastru și fosa iliacă dreaptă. Apărarea musculară redusă în etajul abdominal superior. Semnul lui Rousing și Blumberg pozitive. Leucocitoza 14.000. Se pune diagnosticul de apendicită.

Operația: incizia lui Jalaguier, se explorează apendicele și cecul. Nu se constată macroscopic nici o leziune la nivelul apendicelui. Pentru a găsi cauza fenomenelor grave abdominale pe care bolnava le-a prezentat se explorează toată cavitatea abdominală și se constată: vezica biliară și anexele de aspect normal, mezoul anșelor intestinale subțiri este îngroșat adîpos, prezintă ganglionii măriți unii până la mărimea unor boabe de fasole. Seroasa peritoneală la nivelul acestor ganglionii, este hiperemică și dela ei pleacă o serie de striațiuni hiperemice spre marginea intestinală a mezentherului, la acest nivel, striațiunile se ramifică într'o serie de ramuri dispuse perpendicular pe traectul intestinului subțire. Se face apendicectomia și se închide complet cavitatea abdominală.

Mersul postoperator, bun. Bolnava, a treia zi după operație, devine afebrilă, durerile dispar; plaga se vindecă per primam.

Din punct de vedere al leziunilor anatomo-patologice, acest caz diferă de cazurile precedente; procesul inflamator în acest caz interesează trunchiurile limfatice situate în mezenter și aparatul ganglionar anexat acestor limfatice. Se pare că limfangita acută mezenterică evoluează cu fenomene peritoneale mai grave decât cea reticulară. În cazul de față, bolnava a avut temperatură (de 39 grade, leucocitoză 14.000. Toate aceste arătau că leziunea este gravă că are mers acut. Și în acest caz, apendicectomia aduce după sine retrocelarea simptomelor.

Examinat histologic, apendicele și în acest caz a prezentat un proces inflamator localizat la nivelul mucoasei.

Pe lângă aceste cazuri, au mai fost încă alte 5, doi băbrați și trei femei, a căror tablou fiind identic cu a cazurilor de mai sus, renunțăm de a le mai descrie.

## DISCUȚIA CAZURILOR.

În baza acestor observațiuni se poate afirma existența boalei descrisă de Pribram ca entitate morbidă bine definită.

Limfangita acută peritoneală și mezenterică dă fenomene care ne pun pe calea diagnosticului. Durerile periombilicale sunt caracteristice și sunt evidente, mai ales în cazurile în care limfangita este reticulară. În caz de limfangită trunchiulară, sau mai bine zis mezenterică, durerile spontane pe care le prezintă bolnavul, strict localizate în epigastru, sunt iradiate de la nivelul rădăcinii mezenterice. Vărsăturile, sunt datorite cu mare probabilitate, stazei duodenale care s'ar produce după observația d-lui Prof. Hațieganu în urma compresiunii celei de a trei porțiuni a duodenului pe mezenterul infiltrat. În observațiile noastre, s'au constatat vărsături tocmai în cazurile de limfangită mezenterică, ceea ce ar pleda pentru ipoteza d-lui Prof. Hațieganu; din contra, în limfangita peritoneală, în care deci mezenterul este mai puțin atins, vărsăturile se observă mai rar.

Leucocitoza ridicată care s'a constatat în toate cazurile noastre, arată întinderea mare a procesului inflamator.

În majoritatea cazurilor, se observă o apărare musculară abdominală generalizată, mai ales în cazurile de limfangită peritoneală. În limfangita mezenterică, această apărare se localizează în etajul abdominal superior. Apărarea musculară este factorul care derutează în fixarea diagnosticului. Ea contribuie adeseori la punerea diagnosticului de peritonită, mai ales că este combinată după cum am văzut cu vărsături și leucocitoză ridicată.

Febra ridicată este un alt simptom important care în toate cazurile se ridică la 38—39 grade. În formele mezenterice, febra este mai ridicată și urmată adesea de frison. Toate aceste fenomene sunt însoțite de constipație datorită parezei intestinale.

Această parază, în cazuri mai rari, poate persista și după operație și să devină fatală ca într'un caz descris de Pribram.

După cum am amintit mai sus, limfangita peritoneală și mezenterică se prezintă clinic și anatomo-patologic ca entitate morbidă bine definită, cu toate acestea, ca să se producă, este nevoie de un factor infecțios localizat la un organ abdominal sau la unul situat la distanță. Pribram susține că amigdalita ar putea da determinări infecțioase la nivelul aparatului limfatic mezenteric. Din cazurile noastre însă, nu putem trage această concluzie. Focarul de infecțiune în cazurile noastre a fost apendicele.

## Concluzii

1. Limfangita mezenterică și peritoneală este o entitate morbidă bine definită care survine de cele mai multe ori în mod secundar, unei stări toxi-infecțioase localizate la nivelul tubului digestiv.

2. Factorii etiologici cei mai frecvenți sunt agenții supurației obișnuite.

3. Poarta de intrare cea mai frecventă este apendicele cecal.

4. Nu există un paralelism între reacțiunea inflamatorie dela nivelul focarului infecțios și aceea a aparatului limfatic, ci dimpotrivă, când reacțiunea în focar e puternică, fenomenele dela distanță sunt minime sau nu se produc deloc și invers.

5. Tabloul clinic cel mai des întâlnit, este acela al unei apendicite cronice.

6. Limfangita mezenterică sau peritoneală este de cele mai multe ori, cauza pentru care, continuă să sufere, o mare din bolnavii operați cu diagnosticul de apendicită cronică.

7. Aderențele peritoneale au ca substrat anatomo-patologic, un proces inflamator cronic, al aparatului limfatic.

8. Limfangita peritoneală este substratul anatomic al așa numitei „peritonite idiopatică“.

9. Diagnosticul se bazează în primul rând pe semnele radiologice.

10. Prognosticul acestei afecțiuni este în general bun.

11. Tratamentul chirurgical, trebuie să urmărească în primul rând extirparea totală și precoce a focarului de infecție; din acest motiv, e indicată operația în acces și incizia largă.

12. Tratamentul medical, trebuie să urmărească suprimarea cauzelor de reinfecție, oprirea procesului aderențial și calmarea durerii.

Cluj 4 Martie 1935.

Văzută și bună de imprimat:

Președintele tezei  
(ss) Prof. Dr. AL. POP

Decanul Facultății  
(ss) Prof. Dr. C. GRIGORIU





## BIBLIOGRAFIE

- BAUMEL et G. ROUX — Les periviscerites digestives essentielles. Considerations clinique et thérapeutiques. Archives de Maladies de l'appareil digestif et de Maladie de la Nutrition. An. 1932.
- BERCEANU D. GH. — Contribuțiuni la studiul vaselor limfatice ale apendicelui. Teză. București, 1923.
- BINET L. — Chestion Physiologiques d'actualité. Masson et C-ie Editurs. Paris.
- BOLTANSCKI E. — Recherches sur les Périviscerites abdominales tuberculeuses. Thèse. Paris, 1928.
- BUL. et MÉM. de la Soc. National de Chirurgie: Péritonite chronique encapsulante: p. 1241, 1246, 1259, 970, 1450, 879, 1310, 840, 841, 809, 815, 1421.
- CHOTARD TH. — La mésentérite sclerosante et rétractile. Thèse. Paris, 1923.
- CONSTANTIN POENARU CĂPLESCU — Absența durerii în cursul apendicitei latente. Spitalul No. 3. Buc., 1924.
- DRĂGOIU I. — Elemente de Istologie și de tehnică microscopică. Cluj, 1933.
- GEROTA D. — Apendicita. Studiu anatomic și clinic. Cultura Națională. Buc., 1929.
- GULEKE — Chirurgie-Kongress, 1924, Berlin.
- Prof. HAȚIEGANU și Dr. DANICICO — De ce continuă să sufere cei operați de apendicită? Clujul Medical, 1928, pag. 363.
- HEUSSER — Die schwellung der mesenterialen Lymphdüssen. Brun's Beitr. 130 (1923).
- HILGERMANN u. POHL — Ethologie und Serumtherapie foudroyanter Appendicitiden. München. Med. Wschr., 1927, No. 40. Arch. Klin. Chir. 154.

- KISS et J. BOTAR — Rapports entre les ganglions lymphatiques et le nerfs vegetatifs. *Annales d'anatomie pathol. et d'anatomie normale, Med. Chir.* 1931, t. VIII, No. 2.
- M. PAGÈS — Les perverserites digestives. *Presse Médicale*, 1929, No. 57.
- Prof. V. PAPILIAN — *Tratat de anatomie umană. Vol. II, Tom. I, Cluj*, 1924.
- Prof. AL. POP—Dr. ONACA—Dr. E. MUREȘANU — Considerațiuni asupra limfangitei peritoneale și mezenterice in legătură cu 8 cazuri. *Clujul Medical*, No. 2, 1934.
- B. O. PRIBRAM — Die chronische Lymphangitis mesenterialis als latente Herdinfection der Bauchhöhle und Bindeglied zwischen den sogenannten zweiten Krankheiten. *Verhandlung der Deutschen Gesellschaft für Medizin*, 1930.
- B. O. PRIBRAM — Die Lymphangitis Mesenterialis als abdominelle Herdinfection, substrat der peritonealen Adhäsionen und Bindeglied zwischen den sogenannten zweiten Krankheiten. *Arch. für Klinische Chirurgie* Bd. 160, 1930.
- B. O. PRIBRAM — Das Krankheitsbild des Lymphangitis mesenterialis und peritonealis. *Medizinische Klinik*, 1931.
- PAUCHET V.—H. GAHLINGER — Les Adhérences. G. Doin et C-ie, Editeurs, Paris, 1934.
- RECKLINGHAUSEN — Lymphgefäße und ihre Beziehungen zum Bindegewebe. *Virchows Arch.* 124.
- ROGER — *Traité de Physiologie normale et pathologique.* (Publie sous le direction de...).
- ROUVIERE H. — *Anatomie Lymphatiques de l'omme.* Masson et C-ie. Editeurs, 1932'
- SAVA D. CONST. — Studiu clinic asupra tumorilor solide a mezenterului. *Teză Iași*, 1902.
- TURNESCU D. — Le mésentère, étude d'anatomie chirurgicale. *Thèse Paris*, 1923.
- WILMOTH et PATEL — La péritonite chronique encapsoulante. *Journal de Chirurgie*, T. XXXVII, 1931, p. 341.