

No. 1197.

# ECHINOCOCCOZA PERITONEALĂ

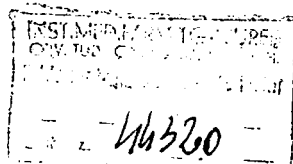
(EPIPLOON MEZENTER).



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 2 DECEMBRIE 1937.

DE

**MĂRTOIU VICTOR**  
FOST EXTERN AL CLINICELOR UNIVERSITARE.



23 MAY 2005

1937

TIPOGRAFIA „LYCEUM” CLUJ, STR. REGINA MARIA No. 12

# UNIVERSITATEA „REG. FERDINAND I” DIN CLUJ

## FACULTATEA DE MEDICINĂ

---

*Decan : D-nul Prof. Dr. D. MICHAİL*

*Profesori :*

Clinica stomatologică.....	Prof. Dr. Aleman I.
Microbiologie .....	Baroni V.
Istoria medicinei .....	Bologa V.
Patologia generală și experimentală.....	Botez A. M.
Clinica oto-rino-laringologică .....	Buzolanu Gh.
Istologia și embriologia umană .....	Drăgotu I.
Fiziologia umană .....	Benetato G.
Semiologia medicală .....	Gota I.
Clinica ginecologică și obstetricală .....	Grlgoriu C.
Clinica medicală.....	Hașteganu I.
Medicina legală .....	Kernbach M.
Clinica oftalmologică .....	Michail D.
Clinica neurologică .....	Mitrea I.
Igiena și Igiena socială .....	Moldovan I.
Radiologia medicală .....	Negru D.
Anatomia descriptivă și topografică .....	Papiltan V.
Clinica chirurgicală )	
Medicina operatoare )	Pop A.
Clinica infantilă .....	
Farmacologia și farmacognozia (supl.).....	Popovtciu Gh.
Chimia ..	Secăreanu
Balneologia .....	Sturza M.
Clinica dermato-venerică .....	Tătaru C.
Clinica urologică .....	Țeposu E.
Chimia biologică .....	Manta
Clinica psihiatrică .....	Urechta C.
Anatomia patologică .....	Vasiltu Titu
Igiena generală.....	Agr. Zolog M.

### JURIUL DE PROMOTIE:

<i>Președinte :</i>	D-l Profesor Dr. Al. Pop																
Membrii:	<table style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">"</td> <td style="text-align: center;">"</td> <td style="text-align: center;">"</td> <td>Iuliu Hașteganu</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">"</td> <td style="text-align: center;">"</td> <td style="text-align: center;">"</td> <td>T. Vasiltu</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">"</td> <td style="text-align: center;">"</td> <td style="text-align: center;">"</td> <td>Em. Țeposu</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Gh. Buzolanu</td> </tr> </tbody> </table>	"	"	"	Iuliu Hașteganu	"	"	"	T. Vasiltu	"	"	"	Em. Țeposu				Gh. Buzolanu
"	"	"	Iuliu Hașteganu														
"	"	"	T. Vasiltu														
"	"	"	Em. Țeposu														
			Gh. Buzolanu														
<i>Supleant :</i>	D-l Doc. Dr. N. Ichita																

*Memoriei lui tata.*



*Mamei mele.*



## *Introducere.*

*In cele ce urmează este o lucrare de sinteză.*

*Raritatea localizării chistului hidatic asupra peritoneului și a formațiunilor sale: epiploon, mezenter, explică, până la un punct, puțina literatură și numărul mic al publicațiunilor de cazuri.*

*La acestea, se adaugă prin prezenta teză, încă 4 cazuri de echinococoză hidatică peritoneală secundară, precum și 2 cazuri de peritonită hidatică, una supurată, alta nesupurată. Acestea au fost cazurile care se pot încadra în subiectul acestei lucrări, din cele 88 chiste observate și operate în Clinica Chirurgicală din Cluj din Ianuarie 1920 până astăzi. Pentru ca expunerea, să fie cât mai completă, am conceput-o pe planul următor :*

- I. Istoric.*
- II. Etiologie.*
- III. Patogenie.*
- IV. Considerațiuni anatomo-patologice.*
- V. Simptomatologia.*
- VI. Formele clinice.*
- VII. Diagnosticul.*
- VIII. Examenele de laborator.*
- IX. Prognosticul.*
- X. Profilaxia.*
- XI. Tratamentul.*
- XII. Observațiuni clinice.*
- XIII. Considerațiuni asupra cazurilor observate.*
- XIV. Concluziuni.*

Sunt dator de a aduce recunoștința mea, dela început, D-lui Prof. Dr. AL. POP, pentru bună voința de a-mi fi încredințat și prezida susținerea acestei teze precum și D-lor profesori: HAȚIEGANU, ȚEPOSU, NEGRU și BUZOIANU, în serviciul cărora am lucrat ca extern al Clinicilor respective și cari au contribuit mai mult la bagajul cunoștințelor mele practice medicale. Mulțumiri D-lui asistent Dr. NANA pentru interesul dat, la disecție și când scriu această teză.



## Istoric.

Chistele hidatice sunt printre afecțiunile parazitare cele mai vechi cunoscute. Despre localizarea, cât și consecința lor asupra peritoneului, putem cita însuși pe Hipocrate, care spunea: „Când ficatul plin de apă se rupe în epiploon, abdomenul se umple de apă și bolnavul moare“.

Numai la sfârșitul secolului al XVIII-lea, localizarea echinococului în peritoneul micului bazin, la femeie este remarcată de către *Mayer*, care în 1794 publică primele observațiuni de distocie ocazionată de chistele hidatice.

Observațiuni izolate publică *Park* (1817), *Roux*, *Baret*, (1828), de *Chemnitz*, (1834), puțin incomplete, până când *Charcot* în 1852 publică asupra acestui subiect o lucrare, care și astăzi se poate consulta.

În 1856, *Cadet de Cassicourt* scria „Ruptura chistului ficatului este urmată de o peritonită supra acută, totdeauna și prompt mortală“.

*Devaine*, în tratatul său „*Traité des entozoaires*“ (1877) insista deasemeni asupra acestei grave consecințe. „Când chistul unui organ abdominal se rupe în cavitatea seroasă, inflamațiunea într'un fel instantanee care survine are un mers rapid și se termină totdeauna cu moartea.

Deasemeni aduc contribuțiuni *Obre, Leudet, Ferrant* și *Beisel*. *Finsen* face distincțiunea între chistele infectate și între cele clare, acuzând numai primele în producerea peritonitei.

*Volkmann*, reluând o ipoteză emisă cu o sută de ani mai înainte lui, de către *Hunter* în 1793, atrage atențiunea chirurgilor asupra posibilității a unei grefări a germeilor hidatici în peritoneu, ca urmare a intervențiilor asupra chistelor hidatice. Dela *Volkmann* datorăm noțiunea de grefă echinococică

Studii asupra chistelor mezenterice, epiploice și peritoneale, în general, fac *Péan* 1880, apoi *Angagneur* 1886 și *Roques* în 1900.

*Dévé*, în 1901, prin experiențe decisive și observațiuni clinice irefutabile, aduce, în teza sa, probele evoluției veziculare a scolexului, clarificând definitiv patogenia echinococozii secundare. Tot *Dévé* denumia echinococoză peritoneală cu „**Pseudo-tuberculose échinococcique**“, întrucât evoluția clinică a acesteia seamănă mult cu o peritonită bacilară.

În 1902, apare în „*Annales de Gynécologie et d'Obstrétique*“ un articol al lui *J. Franta*, de *Prague*, intitulat: „Chistele hidatice ale abdomenului și bazinului din punct de vedere al distociei“.

Dela începutul secolului al XX-lea s'au ocupat cu chistele mezenterului *Potel, Kirmisson, Schmidt, Broca* și *Daniel*, iar în ultimii ani: *Jean Madrier, Marcel Nathan, le Moniet, F. Rietii, Paul Bonnet Soteroff, Prudencio de Pena*, etc.

La clarificarea grefării chistului hidatic în peritoneu, mezenter, epiploon, *Douglas* sau ligamentele largi au contribuit tezele lui *Benoit* în 1905, a lui *Lemaire* în 1910, a lui *Page* în 1913, și ultima lucrare importantă a lui *Dévé*, tratând despre chistele hidatice ale bazinului, în 1924. Tot *Dévé*, în 1926,



publică un caz interesant de echinocoză primitivă heterotipică în abdomen la o copilă.

În ultimii ani au publicat diferite cazuri de echinocoză peritoneală Pavlos, Petridis, Küstner, Tillmann Tãilhefer, Cabanes, etc.

La Congresul de Chirurgie Național din București, Noembrie 1936, fac omunicări despre „chistele hidatice multiple ale ficatului și epiploonului“, D-rii Gilorteanu și Nicolau.



## II. ETIOLOGIA.

Chistele hidatice ale peritoneului sunt tumori datorite dezvoltării larvelor de tenia echinococcus. Modalitatea prin care acestea ajung în peritoneu, unde se dezvoltă în tumori chistice, va fi expusă într'un alt capitol, constituind patogeneza.

Tenia echinococcus este un verme din clasa Platelmințiilor, ordinul Cestodelor, familia Toeniadelor. Fiind cea mai mică dintră Cestode, tenia echinococcus, în starea adultă, are o lungime de 3—5 mm. și un cap cu diametrul de 0,3 mm., cu un rostru proeminent armat cu o coroană dublă ce are 28—50 cârlige și 4 ventuze. Strobiul foarte scurt e format din 3—4 proglote, din care ultima este adultă prezentând un uter, care conține 4—900 ouă. În starea adultă, tenia trăiește în prima parte a intestinului subțire a câinilor, mai ales a celor ciobănești, de măcelari și vagabonzi, cari se contaminatează din bășicile aruncate după tăierea animalelor bolnave. Ea se întâlnește și la alte carnivore: lup, șacal, hyenă și panteră. *Dévé* a obținut dezvoltarea ei la pisică. Când tenia este expulzată din intestinul câinilor, ouăle sunt puse în libertate prin distrucția inelelor, sub influința agenților atmosferici. Prin alimente, apă sau aer, ouălele pătrund în intestin sau direct în plămânu omului. Aici, din ou iese embrionul hexacant, având 6 cârlige. După *Babeș*, contaminarea s'ar face mai mult prin sărutul și contactul intim cu câinii. Diferiți autori, în special

*Rendu*, au insistat asupra rolului pe care îl au câinii în propagarea acestei afecțiuni. În observațiunile lui *Tillaux*, *Doleris*, *Derenwank* și *Bogl* se semnalează că bolnavele lor avuseser „*contacte frecvente*” cu câinii. În stare larvară, putem deasemeni întâlni tenia echinococcus și la un mare număr de mamifere rumegătoare și pasări. La măcelari și carnațari, care umblă cu viscerele animalelor infectate, precum și la ciobanii și vânătorii ce trăiesc în promiscuitate cu câinii, chistul hidatic poate fi o boală profesională. *Thomas*, *Vegas* și *Cramwell* au semnalat cazuri cu caracter familiar. După *Frérichs*, se îmbolnăvesc de nouă ori mai mult femeile de cât bărbații; astfel el dă din 176 cazuri 120 femei și 56 bărbați. *Duvrnoy* se întreabă dacă purtarea corsetului la femeie este cauza, sau „*afecțiunea deosebită a acestora față de câini*”, poate explica predominanța chisturilor hidatice. **La Clinica Chirurgicală din Cluj din cele 88 de cazuri operate au fost 38 femei și 50 bărbați.**

Chistul hidatic e mai frecvent în unele ținuturi. În Europa: Irlanda, Pomerania, Mecklenburg și Rusia Meridională; în Asia: Arabia, regiunile din jurul lacului Baikal și Tonku, în Africa: Algeria și Tunisia; în America de Sud: Argentina și Uruguai, iar în Australia, Tasmania și provincia Victoria sunt renumite în echinococcoze.

### III. PATOGENIA.

Localizarea chistului hidatic în peritoneu, epiploon, mezenten, Douglas, ligamentele largi, etc. a dat naștere la discuțiuni interesante. Sintetizând părerile diferiților autori, deosebim trei teorii, astăzi admisibile :

1. Teoria chistului hidatic primitiv.
2. Teoria chistului hidatic heterotipic.
3. Teoria chistului hidatic secundar.

1. **Teoria chistului hidatic primitiv.** S'au dat mai multe explicații dezvoltării primitive a chistului hidatic în cavitatea abdominală. După autorii clasici, embrionul hexacant este singurul germă hidatic, care poate fi incriminat în dezvoltarea echinococozei peritoneale

Patru căi de penetrațiune are embrionul : calea sanghină, calea limfatică, calea rectală și calea vaginală.

a) *Calea hematogenă*, aceasta este posibilitatea cea mai deasă întâmplată. Se știe, că embrionul hexacant, din intestin trece în sistemul capilar venos al venei porte, ajunge în ficat unde în majoritatea cazurilor se oprește, dar poate merge și mai de parte, ajungând în inimă, de aci în pulmon, unde deasemeni posibilitatea de a fi oprit e relativ frecventă. Apoi ajunge din nou în inimă, și de aci, în circulația generală, ducându-l în diverse organe :

splină, orbită, peritoneu, ligamentele largi, creier, oase, mușchi. Odată oprit la nivelul peritoneului, produce o reacțiune din partea acestuia, care începe a forma o membrană adventice și la constituirea chistului hidatic.

Pentru chistul hidatic primitiv al epiploonului *Coulanges* în teza sa (Bordeaux 1931) spune: „embrionul hexacant, numai dacă se antrenează prin arterele gastro-epiploice, va putea, să se desvolte în epiploon“. Raritatea chistelor hidatice în epiploon, *Ferrer* o explică, prin aceea, că mulți germeni hexacanți sunt distruși de acest organ, înainte de a-și putea începe o dezvoltare suficientă.

b) *Calea limfatică*. Trecerea embrionului hexacant, pe cale limfatică, susținută de *Buhl* 1881, este actualmente admisă de mulți autori. După *Netsser*, embrionul din canalele filifere ale intestinului prin intermediul canalului toracic, ajung în vena cavă.

c) *Calea rectală*. Se admite, că embrionul hexacant traversează peretele rectului prin efracțiune și se fixează în țesutul celular lax al micului bazin. Această trecere, însă, n'a putut fi demonstrată până astăzi.

d) *Calea vaginală*. Această cale de infecție, a fost susținută în special de *Freund* în 1885, spunând că „unele femei își dreseză călnii pentru uzagii speciale“.

## 2. Teoria chistului hidatic primitiv heterotipic.

Este susținută de *Dévé*, și corfirmată de câteva cazuri publicate de chirurghi. Prin „*echinococcoza primitivă heterotipică*“, *Dévé* înțelege un chist al ficatului, de exemplu, care se enucleiază din punga sa originală pentru a scobi și rătăci în abdomen, până se fixează pe alt organ, constituind, la drept vorbind un „*chis transplantat*“. Această posibilitatea patogenică a fost menționată și de *Freund*, deja din 1879, explicând chistele secundare, ca provenind din enuclearea altor chiste situate mai sus: ficat, epiploon.

3. **Echinococcoza secundară.** Este concepută ca provenind din grefarea în seroasa peritoneală a elementelor

parazitare provenite din ruptura unui chist al ficatului, foarte rar al splinei. Această patogenie, a fost susținută de *Dévé* în 1901—1903 și demonstrată de el experimental, injectând la epure, diferiți germeni echinococcici: hidatide, capsule proligere, scolexi, în peritoneu, după care s'a desvoltat, în curs de câteva săptămâni, închistări în membrane adventice, tapisate de endoteliul seroasei.

*Dévé* susține într'un documentat memoriu, că echinococoză peritoneală, în majoritatea absolută a cazurilor, are ca punct de plecare un chist hidatic al ficatului, spart prin traumatism, supurație sau spontan, ducând la o diseminare a germenilor hidatici. Frecvența acestei rupturi în peritoneu e dată de: Frey: 8 chiste peritoneale secundare pentru 100 chiste ale ficatului; Melliers: 8,5 p. la 100; Peiper: 9 p. la 100; Madelung: 9 p. la 100; Fürbringer: 11 p. la 100; Wiedmann: 12,5 p. la 100; Marguett: 13 p. la 100; Lyon: 15 p. la 100; Davaine: 23 p. la 100, iar *Dévé* însuși ajunge la 22 p. la 100.

*In Ciinica Chirurgicală din Cluj* din 54 chiste hidatice ale ficatului câte au fost tratate din 1920 până astăzi, au dat complicații peritoneale: echinococoză peritoneală secundară, sau peritonită hidatică 5 cazuri deci un procent de 9,2 la 100, raportând ca autorii de mai sus.

Această diseminare a germenilor echinococozei are mare importanță pentru actul operator: necesitatea de a proteja toate țesuturile în cursul intervenției chirurgicale și în special a cavității peritoneale, nu numai contra veziculelor lice, dar chiar și în contra celor microscopice proligere și a scolexurilor invizibili. Deasemeni vom evita totdeauna punctiile chistelor, care dacă nu duc la o diseminare, produc, însă, inevitabilul șoc anafilactic mortal.

Tot în ordinea patogenezei, trebuie să avem în vedere următoarele considerente: un chist hidatic al ficatului când se rupe produce, la nivelul seroasei abdominale, următoarele forme peritoneale:

**1. Echinococoză secundară peritoneală**, când chistul se revarsă încet, sau dacă șocul anafilactic hidatic

n'a fost mortal, într'o ruptură bruscă.

**2. Peritonita chistică hidatică supurată**, dacă chistul a fost infectat.

**3. Choleperitonita hidatică**, când ruptura chistului e însoțită de ruptura vezicii biliare și revărsarea conținutului în peritoneu.

**4. Peritonita chistică cu șoc anafilactic acut**, care din cele mai multe ori este mortal sau lent.

Simptomatologia acestor forme din punct de vedere clinic va fi discutată mai la vale.

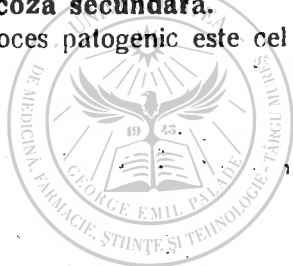
In rezumat, chistele hidatice ale peritoneului, epiploonului, mezenterului, ligamentelor largi, Douglas, rezultă prin trei procese patogenice :

**1 Echinococcoza primitivă hematogenă.**

**2. Echinococcoza primitivă heterotipică.**

**3. Echinococcoza secundară.**

Acest ultim proces patogenic este cel mai frecvent.



## IV. CONSIDERAȚIUNI ANATOMO-PATOLOGICE

1. *Locul sub peritoneal al chistului hidatic.* Se știe astăzi, că chistele hidatice sunt sub peritoneale. Dela memoriul lui *Charcot* (1852) și *Freund* (1879) toți autorii au confirmat acest fapt. Țesutul celular subperitoneal este locul lor de predilecție. Explicația pentru chistele hidatice primitive hematogene este ușor de dat în acest caz. Dar dela lucrările lui *Dévé*, știm că în majoritatea absolută, chistele hidatice ale peritoneului sunt secundare ruperii unui chist al ficatului și diseminării veziculelor fice, capsulei proligerie și scolexilor în cavitatea peritoneală. De aceea va trebui să admitem trecerea seroasei peritoneale, a germenilor hidatici în țesutul celular lax de sub ea. De fapt, diferiți germeni echinococcici, depuși în cavitatea peritoneală, pe fața internă, au fost regăsiți, după un oarecare timp, dezvoltându-se înafara cavității, sub seroasă. Acest proces a fost semnalat și studiat și de *Bobroff* și *Alexinsky* în *Rusia*, de *Marchand* în *Franța* și *Riemann* în *Germania*. Acești autori au studiat dezvoltarea subperitoneală a chistelor hidatice în micul bazin și explică trecerea germenilor prin foia seroasă, printr'un proces foarte simplu, rezumat în două faze :

1. *Acoperirea fibrinoasă a parazitului.*

2. *Endotelizarea secundară la suprafața a acestei depozitări fibrinoase, pe cale de organizare.*



Acest principiu odată admis, *Dévé*, merge mai departe și vorbește de trecerea paraziților în vezică, rect mai rar în vagin și uter. În ultimul timp s'au descris și chiste hidatice intra-peritoneale.

**II. Localizarea.** Este foarte variabilă, fără să putem deosebi anumite criterii, cel mult să admitem că chistul hidatic, în virtutea gravității mege în partea de jos a cavității abdominale, în fundul de sac retro-uterin la femeie și recto vezical la bărbat. Intr'adevăr chistele hidatice ale ligamentelor la femeie sunt relativ frecvente, față de celelalte formațiuni peritoneale.

Germeii echinococcocii, în căderea lor în jos, se grefează pe epiploon, mezenter, fosele iliace, regiunea subdiafragmatică etc. În cazurile noastre de echinococcoză abdominală avem: un caz cu chist hidatic al epiploonului, mezenterului și splinei grefate dela un chist hidatic al ficatului, și care este operat în decurs de 10 ani, de trei ori, scoțându-i se numeroase chiste. Un caz, cu localizarea chistului în peritoneu subombilical, un caz, cu localizarea chistului în bazin para-rectal, un caz cu chiste hidatice multiple în epiploon, mezenter, peritoneu, para colice, splină, și două cazuri de peritonită hidatică.

**III. Numărul.** De cele mai multe ori, găsim chiste multiple, în echinococcoza secundară fiind regulă, dela 1—3—10 chiar 100. S'au înnumărat chiar până la 200 chiste într'un caz al nostru, la operație, s'a văzut întreaga cavitate peritoneală ca presărată de chiste hidatice de diferite mărimi. Pot fi izolate, sau grupate și legate prin aderențe între ele sau cu organele vecine.

**IV. Forme și dimensiuni.** În general, sunt tumori rotunde și regulate, dar poate să și modifice forma datorită compresiunii și vecinătății. *Dolleris* citează un caz de chist ce avea forma unei anse intestinale.

Dimensiunile sunt deasemeni foarte variate: dela cele posibil vizibile, la o alună, nucă, lămâe, cap de făt sau cap de adult. S'au citat chiste enorme cu mai mulți litri de lichid.

**V. Structura chistului hidatic.** Structura peretelui cistului hidatic peritoneal sau adventicia, nu diferă de a celorlalte chiste. O singură diferență avem, că este format dintr'o membrană, formată de țesut celular subperitoneal și acoperit cu endoteliu al seroasei. Această membrană, după un timp, poate să se îngroașe, fiind constituită dintr'un țesut fibros foarte rezistent. Suprafața externă este regulată, alburie, peștrită cu plăci, sau prezintă bride fibrinoase aderente care îl leagă strâns cu țesutul sau organele învecinate. Consistența este dură și elastică în acelaș timp. Deseori, prezintă un oarecare grad de fluctuență care permite să recunoaștem o tumoră lichidă. Membrana perichistică este prevăzută din abundență cu vase sanghine. Suprafața internă este inegală și tapisată ici și colo de o substanță alburie, friabilă, adesea aderentă de pungă.

Conținutul chistului hidatic este însuși parazitul constituit din :

1. peretele-membrana, cuticulo-germinativă,
2. capsule proligere,
3. scolexi,
4. veziculele fice,
5. veziculele nepoate (foarte rare),
6. lichidul hidatic.

a) Aceasta este cazul unui chist hidatic activ. Sunt și chiste hidatice în involuție, după moartea parazitului. În acest caz găsim o membrană gelatiniformă retractilă. Conținutul chistului poate suferi o transformare într'o substanță cazeoasă bogată în colestrină. Deseori, peretele adventiceei se îngroașe și se infiltrează cu săruri calcare.

b) **În forma parazitara tipică**, care nu este chiar frecventă se observă chiste hidatice uni-veziculare fertile, în activitate, conținând nisip hidatic, fără vezicule fice, endogene sau exogene. Dacă se extirpă complet vezica se suprimă toate elementele parazitare.

c) **În forma multi-veziculară**, o mulțime de vezicule scaldă în mediul unei magme, formată din detritusuri gelatiniforme, sau într'un lichid, care deseori se confundă cu un

puroi veritabil. Chistele multi-veziculare cer în timpul operației, o precauțiune deosebită, din cauza însămănțării.

d) De foarte multe ori, în chistele hidatice secundare în special, proliferarea se face **exogen**. Veziculele fice care rezultă sunt îngrămădite înafară parazitului, între el și membrana adventice. În acest caz, la puncție și formalizare, rămân totdeauna vezicule vii, în cuticulă, ce duc inevitabil la recidive.

e) Mai putem descrie chiste hidatice peritoneale supurate, datorite unei fisuri sau deschideri într'o cavitate mucoasă vecină. Mai de mult o cauză frecventă era puncția prin rect, astăzi complet părăsită.

Analizând conținutul unui chist hidatic descriem următoarele :

1. *Capsulele prolifere* sunt vezicule legate de membrana germinativă printr'un pedicul subțire, care se rupe ușor. Sunt foarte mici, totuși vizibile cu ochii liberi. Ele constituiesc partea fertilă a parazitului și în interiorul lor se găsesc scolexii.

2. *Scolzii* sunt viitoarele capete de tenia. Numărul lor într'o capsulă este variabil. Dévé a găsit 120, Monier 34. Ei sunt deobicei invaginați și au o lungime de 160, prezentând o coroană cu 32—40 cărlige; socolexii, și capsulele prolifere constituiesc nisipul hidatic.

3. *Veziculele fice* au mărimea variabilă, dela aceia a unei boabe de mazăre până la un ou de găină și sunt acoperite cu o cuticulă groasă. Ele sunt, dupăcum am văzut endogene și exogene. Veziculele fice apar ca o formă de rezistență a parazitului amenințat în existența sa.

4. *Veziculele nepoate* constituiesc a treia generație intralarvară, se produc foarte rar, print'un proces de înmugurire pe fața internă a unei vezicule fertile.

5. **Lichidul hidatic** rezultă din lichefierea masei granulare, care forma conținutul solid al embrionului hexacant. În el plutesc toate formațiile secundare și terțiare amintite. E limpede transparent ca apa de stâncă. Are densitatea 1007—1015. Punctul crioscopic — 0,53 și — 0,70. Nu este

albuminos, nu coagulează prin căldură nici prin acizi. Conține săruri minerale: clorură, fosfat și sulfat de sodiu și substanțe organice: acid succinic, câte o dată zahăr. Normal acest lichid este steril, cuticula oprind pătrunderea agenților patogeni. Conține substanțe toxice, toxalbumine sau ptomaine, care ar apare numai în cursul procesului de proliferație intralarvară și ar fi cauza intoxicației hidatice, ce apare după puncție.

Trebue reținut, că totdeauna, când se operează o echinococoză abdominală, sau se face autopsia unui caz să se caute chistul hidatic primar infectant, care totdeauna se va găsi la ficat, mai rar la splină, excepțional la rinchi. Dacă nu găsim, numai atunci putem presupune o echinococoză primară a peritoneului.



## V. SIMPTOMATOLOGIA.

Simptomatologia echinococcozei peritoneale este cât se poate de caleidoscopică. Am văzut la patogenia acestei afecțiuni, factorii, care determină anumite forme clinice, mai mult sau mai puțin distinctiv. Vom lua în descrierea noastră, echinococcoza peritoneală secundară fiind cea mai des întâlnită.

Această formă a fost pentru prima oară observată de Rhode în 1876, apoi, mai târziu, studiată din punct de vedere anatomo-patologic de Kruckmann. A fost perfect descrisă de évé, confirmându-i origina hidatică și intitulându-o „pseudo-tuberculoza echinococcică”,

Boala are un decurs lent. Inceputul este foarte variabil. În urma unei rupturi a ficatului lichidul se poate scurge încet, producând reacțiuni mai mult sau mai puțin manifeste, din partea peritoneului: dureri, urticarie, sau poate produce un șoc anafilactic, care, dacă nu este mortal, trece, iar boala intră în prima fază de latență. Germeni hidatici se localizează în diferite părți ale peritoneului. În 6 luni crește până la mărimea unei alune. Această creștere este progresivă și în puseuri. Prezența acestor tumori, unice sau multiple, variabile în mărime și localizare produc o serie de tulburări cari le putem deosebi în :

## 1. Turburări funcționale :

a) *Durerea.* La început poate să lipsească, sau să fie puțin intensă, surdă, bolnavul nedându-i importanță. Mai târziu, tumora crescând produce fenomene de compresiune, iar durerea odată instalată nu mai cedează, decât cel mult în intensitate, este foarte supărătoare, bolnavul nu-și găsește o poziție care să-l liniștească. se învâрте incontinuu „în jurul osiei sale“, se vaetă fără să găsească alinare (Hațigeanu). De multe ori durerea este spontană. Această situație contrastează cu starea generală a bolnavului, care în această fază, încă se menține bună. Durerea, în afară de procesul de compresiune, este explicată mai ales prin procesul de iritațiune din jurul chistului, care prinde și peritoneul, iritație ce duce la aderențe, mai puțin sau mai mult între tumorile chistice, peritoneu și organele învecinate.

b) *Turburări digestive.* La început, după diseminarea lichidului hidatic, avem turburări digestive, nu datorite tumorilor și compresiunilor, ci fenomenelor de intoxicație hidatică, cu greață, vărsături, uneori bilioase, deseori frecvente. Mai târziu, în perioada tumorală, avem fenomene de compresiune, care duce la constipații rebele (vezi cazul 1), uneori întrerupte de diaree și tenesme rectale.

c) *Turburări urinare :* chistele hidatice, pelviene mai ales exercită asupra vezicii și rectului compresiuni și iritațiuni, însoțite de micțiuni frecvente sau de retenții (vezi cazul No. 2).

Tumora în compresiune poate produce hidronefroze, scleroză renală atrofică, rinichi chistic sau leziuni ce duc la uremie.

d) *Turburări menstruale :* sunt de regulă variabile.

## 2. Turburări fizice :

a) *Inspecția :* la început nu observăm mare lucru. În perioada tumorală, volumul abdomenului crește progresiv

mai ales în locul unde chistale sunt mai mari și mai numeroase. Multiplicitatea chistelor se traduce la suprafață printr-o neregularitate a abdomenului.

b) *Palpația*. Ne spune foarte mult. Putem simți o tumoră regulată, rotundă indolentă, renitentă, mai rar fluctuantă. Deseori, din cauza aderențelor, care le leagă cu organele vecine, este imposibil de a le imprima vre-o mișcare. Tot prin palpație, putem să ne dăm seama de multiplicitatea chistelor. Mobilitatea depinde de organul în care se dezvoltă chistul. Vor fi imobile cele retro-peritoneale, sau peritoneo-parietale, ale pancreasului splinei și ficatului, precum și cele legate prin aderențe. Vor fi mobile cele ale epiploonului, și mezenterului când nu au aderențe. La chistul hidatic al epiploonului, se descrie semnul lui Péan: deplasarea tumorii în ambele părți, posibilă în sus, imposibilă în jos. De fapt acest semn este valabil pentru orice tumoră a epiploonului. Chistele mezenterului predilect le vom găsi în stânga ombilicului.

c) *Percuția*. Pe toată regiunea corespunzătoare tumorii, dacă nu se interpune colonul sau intestinul, vom avea matitate, în mod excepțional vom percepe și un fremissant hidatic.

d) *Tușenul vaginal și rectal*. Este indicat în echinococcoza peritoneului pelvian, în special la femeie. Câteodată tușenul rectal e destul de dificil de practicat din cauza comprimării prin tumoră; se poate simți una sau mai multe mase globuloase, care apasă pe rect.

Din punct de vedere al evoluției echinococozei hidatice peritoneale, deosebim următoarele perioade:

- I. Perioada de latență.
- II. Perioada tumorală.
- III. Perioada complicațiilor.
- IV. Perioada cașecției hidatice.

Perioada de *latență și tumorală* a fost expusă în simptomatologia clinică.

*III. Perioada complicațiilor*. Un chist hidatic peritoneal poate comprima, rupe și supura.

a) *Turburările de compresiune gastro-intestinală.* Avem greață, vărsături, bolnavul varsă de câteori mănâncă să se sature mai bine (cazul 5). Simptomul principal este constipația, cu scaune de obicei la 3–5 zile (vezi cazul 6). Tot prin compresiune putem explica și icterul de o săptămână, la cazul nostru No. 1, la operație, găsindu-se un chist hidatic de mărimea unei nuci para-choledocian. O complicație mai rară a chistului peritoneal este ileusul intestinal,

b) *Complicațiile urinare:* aceste turburări sunt date mai mult de localizarea pelviană a chistului hidatic. S'a spus mai sus, că avem și noi un caz cu micțiuni mai frecvente, apoi cu fenomene de retenție (cazul No. 2). Prin compresiune, se poate forma o hidronefroză sau supurații urinare datorite stagnării urinei în căile renale.

c) *Complicațiile genitale.* Chistele hidatice ale peritoneului, respectiv ale ligamentelor largi, și compatibile cu sarcina, produc distocii la gravide. S'a citat cazul unei deflorări himenale prin compresiunea colului uterin, dinăuntru înafară, datorită unui chist hidatic abdomino-pelvian.

2. *Ruptura și supurația chistului.* În cursul dezvoltării chistului, acesta comprimă organele învecinate stomac, colon, vezică, uter, rect care duce la o subțiere a peretului chistic și organic, datorită acestui proces de patologie generală — compresiunea — rupându-se în cavitățile respective sau fisurându-se numai. În acest caz, supurația este ușor de explicat. Urmează apoi semne generale, frisoane, febră, greață, vărsături, stare generală rea. Dacă bolnavul nu moare imediat, se cașectizează din ce în ce luând semnele unei supurații cronice.

Ruptura chistului se poate produce, în peritoneu, în urma unei căderi sau traumatism pe abdomen. Dar acestea în realitate sunt rare cazuri, aderențele perichistice foarte rezistente formează la acest nivel o barieră, care se opune trecerei lichidului chistic în cavitatea peritoneală.

A treia posibilitate, mai rară, este supurația chistului hidatic pe cale hematogenă. Întâi se infectează membrana adventice și apoi datorit vecinătății și membrana germina-



tivă, care se fisurează imediat, lăsând să intre în chist microbii piogeni. Din acest moment, tabloul clinic se schimbă luând caracterul unei colecțiuni purulente. Din acest punct de vedere, avem tipic cazul No. 4, care a fost internat mai întâi la Clinica Medicală, unde i s'au făcut repetate puncții, în chistul supurat — indicându-i-se, în cele din urmă intervenția.

IV. *Perioada cașecșiei hidatice.* Dacă bolnavul nu moare din cauza unei complicații enumerate mai sus, poate din cauza toxinelor hidatice să se anemleze și emacieze din ce în ce. Unul din cazurile noastre (cazul 5) prezintă hematii 2 800.000, Hb. 55%.

Evoluția este lungă tegumentele se pigmentează.

Am văzut la patogenie, că de starea și modalitatea ruperii chistului hidatic al ficatului, peritoneul răspunde cu următoarele forme clinice și anatomo-patologice :

1. Socul hidatic anafilactic acut (urticarea hidatică).
2. Peritonita hidatică supurată.
3. Choleperitonita hidatică.
4. Echinococcoza peritoneală secundară.

## 1. Șocul hidatic anafilactic acut.

Punctul de plecare, al acestui șoc, este ruptura spontană sau traumatică a unui chist hidatic clar al ficatului, foarte rar al splinei.

În majoritatea cazurilor se produce aceeași fizionomie clinică. Din cele mai multe ori, bolnavul știe că poartă un chist hidatic, în acest caz diagnosticul ruperii se pune mai ușor. Uneori însă, bolnavul n'are cunoștință, de multe ori nici istoric clinic, în cât acest șoc, apărând ca în plină sănătate, interpretarea lui e mai dificilă.

Bolnavul în urma unui traumatism, sau spontan, este apucat de dureri atroce în hipocondrul drept cu iradieri în tot abdomenul, câteodată fiind însoțite cu pierderea cunoștinței cu senzația unei rupturi interne și perceperea

unui lichid care se scurge în abdomen, concomitent cu dispariția tumorii din hipocondrul drept. Aproape totdeauna, plămânul răspunde prin jenă respiratorie și tuse chintoasă. Moartea nu survine prin peritonită, lichidul fiind aseptik, după cum susțineau autorii mai vechi, ci prin intoxicația rapidă hidatică (Achard).

*Finsen, Kirmisson, Korack* au demonstrat, că peritoneul suportă bine lichidul hidatic steril, iar accidentele care urmează sunt datorite rezorbției lichidului de către seroasa peritoneală. Această rezorbție este urmată de apariția unei rash scarlatiniform, cu rozeole variabile în mărime, confluență și duritate. Este o urticarie, care se observă aproape în toate cazurile. Acest accident al rupturii chistice a fost semnalat întâi de *Ladureau, Harey* și mai ales de *Finsen*. Urticaria este produsă prin absorbția sau iritația peritoneului în prezența lichidului hidatic. *Bouchard* a demonstrat că adevărata cauză este penetrarea lichidului hidatic în sânge, ci nu absorbția prin peritoneu. *Debove* a făcut experiența la un copil, injectând lichid hidatic filtrat, după care la 2 ore a urmat o erupție urticariană în plăci mari.

Se poate, ca urticaria să apară imediat după ruptură, însoțită de o stare sincopală, dispnee, respirație încetinită, convulsii mai mult sau mai puțin generalizate. Febră, greață, vomismente. Moartea este datorită intoxicației sau sincopei reflexe, când se produce imediat.

În afară de toxicitatea lichidului, fenomenele depind și de reacțiunea individuală, de idiosincrazia bolnavului, moartea nefiind regulă. În această formă clinică putem încadra foarte bine cazul nostru No. 3, care va fi discutat la observațiunile clinice.

## 2. Peritonita chistică hidatică supurată.

Este datorită ruperii și revărsării în cavitatea abdominală a unui chist hidatic al ficatului supurat. *Widol* și *Chaufard* au demonstrat că membrana adventiciană se opune penetrării microbilor în chist. Totuși, din cauza iritațiunii perichistice, această rezistență slăbește și se alterează, în acest caz și membrana chistică pierde mijlocul cel mai normal de nutriție, moare și este invadată de germeni perigenici.

Calea de infecție este cea biliară, cât și cea hematogenă. Ruperea chistului se face mai mult spontan, câteodată insidios, revărsând în cavitatea peritoneală puroiul pe care-l conține. Seroasa peritoneală reacționează cu trei forme clinice :

- a) *Peritonita acută generalizată.*
- b) *Peritonita lentă.*
- c) *Peritonita închistată.*

Prima formă este rapidă și de obicei mortală, însoțită de dureri mari, față peritoneală, puls mic, frecvent, aritmic hipotermie, cianoză și semne de ileus paralytic. Apoi greață, vărsături verzui, sincopă sau colaps, moartea survenind în cel mult 5—6 zile.

b) *Peritonita lentă* sau subacută are fenomene mai atenuate: senzații de tensiune în abdomen, dureri difuze, sau în hipocondrul drept, vărsăturile sunt mai rare. Semnele de ileus paralytic se instalează progresiv.

Deși evoluția este lentă, această formă nu e mai puțin gravă ca cea acută, întrucât, de cele mai multeori bolnavul sucombă la intervenție. În această formă clinică în cadrul nostru no. 6, care a suportat operația, și în ciuda prognosticului fatal, care era de așteptat, s'a vindecat.

c) *Peritonita hidatică supurată închistată*, constă de obicei un abces subfrenic. Și această formă duce în cele din urmă la o peritonită generalizată.

Acestea a fost cele trei formă clinice de peritonită chistică supurată.

### 3. Choleperitoneul hidatic.

Această formă a fost expusă magistral de Dévé, încă în 1902. Este o complicație datorită unei rupturi a chistului hidatic al ficatului, ruptura, care interesează vezicula biliară, căile biliare extra sau intra-hepatice. Revărsarea bilei se poate face, mai înainte de ruptură, în chist, sau să urmeze după aceasta. Bolnavul prezintă semnele rupturii chistice, dar mai atenuate: durere localizată mai ales în hipocondrul drept, cu iradieri în abdomen și umărul drept. greață, vărsături, urticarie, ce poate dispărea după puțin timp sau chiar să se accentueze.

Choleperitoneul hidatic, când ajunge în perioada de stare, se traduce clinic prin simptomatologia unei ascite, în aparență banală (Dévé). Abdomenul se umflă, din partea tubului digestiv nu avem semne importante: scaunele rămân colorate, de obicei regulate, n'avem vărsături. Rareori o stare de subicter. Diagnosticul se face prin puncție. Ascita se reface repede, de unde necesitatea puncțiilor repetate (Dévé). La nivelul rupturii, căile biliare se pot cicatriza și revărsarea bilei să se oprească. Dar se poate să se și infecteze și să ducă la o peritonită generalizată. Mersul este lent de obicei de la 2 luni la 10 ani. Bolnavul slăbește din ce în ce până la cașecia hidatică, iar tegumentele se colorează. Contactul cu bila nu omorâ parazitul hidatic și germenii își urmează evoluția lor mai departe, ducând la chiste hidatice secundare, chiar în prezența bilei.

A patra formă a chistului hidatic peritoneal este echi-nococcoza peritoneală secundară. Ea a fost descrisă la simptomatologia clinică și asupra ei deci nu mai revenim.

## VII. DIAGNOSTIC.

În stabilirea diagnosticului echinococcozei hidatice secundare, vom lua în considerare datele anamnestice, evoluția, diagnosticul diferențial și examinările de laborator, reacțiile biologice și, în extremis, laparatomie exploratoare.

1. *Echinococcoza secundară* a peritznenului va fi cercetată înafară de interogatoriu printr'o palpație atentă a abdomenului prin tușcul rectal sau vaginal, întrucât chistele peritoneului au de obicei și localizări în bazin. Rareori vom palpa o singură tumoră, în mod constant vor fi multiple, de mărimi diferite și localizate fără predilecție. Dacă cunoaștem bolnavul, ca suferind de chist hidatic al ficatului sau al splinei sau are datele anamnestice ale unei rupturi în antecedente, ne vom gândi mai ușor la o diseminare secundară.

**Diagnosticul diferențial** în vom face cu:

1. *Tumorile maligne* au antecedente deosebite, evoluție mai rapidă, după 40 de ani, prezența sau absența ganglionilor măriți, starea generală tradusă printr'o cașecsie mai rapidă, comparativ cu echinococcoza. Vom apela la examinările de laborator.

2. *Peritonita tuberculoasă* survine de obicei la un bacilar, însoțită deseori de ascltă, la palpare nu găsim tumorețele tipice echinococcozei, la examinările de laborator: spută și fecale cu bacil *Koch* la tuberculoză; eozinofilie, *Weinberg-Pârău* și *Cassoni* pozitive la echinococcoză.

3. *Chistul ovarian* în special cel multilocular, poate oferi într'adevăr semne și evoluție aproape identice. Totuși, vom palpa o tumoră în bazin, care când e mai mare, devine mediană. e mai moale, elastică și fluctuiază ușor. Poate ii însoțită de unele turburări genitale. Numai examinările de laborator pot să facă într'adevăr un diagnostic deosebit.

4. *Rinichiul flotant* cu cortegiul său de turburări nervoase și dispeptice, mobilitatea excesivă la palpare și pielografia ne vor feri sigur de confuzie. Mai rar vom lua în considerare salpingo-ovaritele, fibroamele, sarcoamele, chistele hematice în special cele dela coada pancreasului și demoidele.

II. *Diagnosticul rupturi* este în general ușor, durerea subită, dispariția tumorii, invadarea abdomenului cu lichidul hidatic sunt probe evidente, dacă am cunoscut existența unui chist hidatic al ficatului. Este mult mai greu, când existența unui chist a trecut neobservată, nici măcar de bolnav. Semnele șocului anafilactic hidatic și eozinofilia expuse mai sus ne vor duce la diagnostic.

III. *Diagnosticul peritonitei chistice hidatice supurate*, implică mai întâi cunoașterea simptomelor care preced fenomenele peritoneale. Durerea localizată, febra, frisoanele, alterarea stării generale, diareea la început, semnele de ileus paralytic, interogatorul sistematic al bolnavului ne va face, să ne gândim la un abces hepatic, iar originea lui hidatică o vom bănuși mai ales după probele de laborator: eozinofilie, *Weinberg Pârvu* și *Cassoni*.

IV. *Diagnosticul clinic al choleperitoneului* este foarte dificil, căci nimic în perioada sa de stare nu-l diferențiază de o ascită banală. Interogatoriul nu dă semne precise, și dacă modul de debut nu este net, singura posibilitate de deducție din anamneză, nu ne vom putea apropia de diagnostic. Il vom confunda mai ales cu tumori ovariene sau pelviene, cu peritonitele tuberculoase sau cu o ascită cu cauze nedeterminate.

Numai puncția spune precis diagnosticul: lichidul este

de culoarea bilei, mai mult sau mai puțin diluat, deci diagnosticul de ascită bilioasă nu e greu. Dacă am avut semne mai înainte ca: tumoare în hipocondrul drept sau urticarie, atunci presupunem aproape sigur, că e de origină hidatică; dacă nu, îl vom pune la microscop și vom găsi bucățele de membrană scolexuri, cârlige. Chiar dacă nu găsim aceste resturi, care în multe cazuri lipsesc, simpla eozinofilie a lichidului bilios extras, pune diagnosticul de chist hidatic.



## VIII. EXAMINĂRILE DE LABORATOR.

Totdeauna diagnosticul clinic va fi însoțit de examinările de laborator, care pot confirma și, mai ales de multe ori, de a infirma diagnosticul presupus. Reacțiile biologice ale chistului hidatic snt :

1. *Eozinofilia.*
2. *Reacția de fixație a complementului sau R. Weinberg-Pârvu.*
3. *Reacția Cassoni.*

Când este vorba de un chist hidatic în mod sigur, unii autori renunță la aceste probe.

1. *Eozinofilia.* În echinococoză poate atinge 30—40 chiar 100% (*Chauffard, Flindin*). În cazurile noastre eozinofilia variază între 2% și 10%. Este interesant, că această eozinofilie scade brusc, chiar dela a 2-a zi dela operația care are drept rezultat ablația chistului hidatic în întregime (*Weinberg*). Scăderea eozinofilelor poate fi și progresivă. Reapariția, după mai multe luni dela operație, ne va face să credem o recidivă a boalei. Deasemeni trebuie să luăm în considerare, că eozinofilia și reacția de deviație a complementului, care coexistă de regulă, nu sunt totdeauna paralele. Aceste două probe pot fi și disociate (*Chauffard et Clovis*). Eozinofilia nu este specifică, o întâlnim și în alte afecțiuni: sarcom, afecțiuni parazitare diverse.

2. *Reacția de fixare a complementului sau reacția lui*



Winberg-Pârvu (metoda Bordet-Gengou). Această reacție este specifică, ea poate subsista mult timp la bolnavii operați. Dacă persistența este prea lungă, va trebui să ne gândim la existența altor chiste. Ipoteza aceasta va fi cu atât mai adevărată, cu cât odată devenită negativă iar se pozitivează. E cazul recidivelor. Această reacție de deviație a complementului ca toate reacțiile biologice sunt susceptibile de două erori:

- a) Ea poate fi negativă, atunci când bolnavul are chist,
- b) Ea poate fi pozitivă, fără ca bolnavul să aibă chist.

Reacția Weinberg-Pârvu e puțin cam complicată, deaceia se preferă mai des:

3. *Reacția Cassoni*. Este o reacție intradermică, care consistă în a injecta în partea profundă a dermului, la braț sau antebraț  $\frac{1}{2}$  cmc. de antigen, provenind de la un chist hidatic uman sau animal. Boul, berbecul și porcul sunt purtători de chiste hidatice și pot furniza un antigen eficace. După Dévé, mai puțin activ este antigenul bovin, mai activ e cel ovin. Această reacție se produce foarte repede, în 10—15 minute, câte o dată în 2 ore, ea consistă sau într'o pată eritematoasă sau într'o bulă edematoasă. Ea este fugace, dispăre foarte repede. Reacția Cassoni, după statisticile italiene dau un rezultat pozitiv în 87% din cazuri, proporție superioară reacției Weinberg. Sunt autori care contestă valoarea probelor de laborator în diagnosticul echinococcozei (Brun). Când chistul este infectat sau pe cale de supurație, probele de laborator se negativează. Dacă se face puncția chistului, se pot pozitiva.

4. **Precipito-reacția lui Fleig și Lisabonne**, constă în precipitatul floconos, se se depune lent, când amestecăm 12—14 picături din serul unui bolnav, cu 1 cmc. de lichid, din chistul hidatic uman, pus la etuvă la 45°, dar se pretează la mai multe erori decât reacția lui Weinberg. Ea nu se mai practică astăzi.

5. **Reacția cu meiostagmină**, cerând o tehnică minuțioasă și fiind inconstantă nu se mai practică.

## VIII. PROGNOSTIC.

Prognosticul echinococcozei abdominale este, am putea spune, grav. Lăsată fără tratament chirurgical, duce totdeauna prin complicațiunile ei la moarte. Vindecarea spontană este foarte rară, care, din cele mai multe ori, când se întâmplă, este o moarte a parazitului și involuția consecutivă a chistului hidatic, care se calcifică în parte. Echinococoză abdominală, dacă nu produce complicațiunile studiate, dela timp, este urmată de o cașecsie particulară, numită cașecsia hidatică, datorită intoxicațiunii lente și progresive, a organismului prin toxinele hidatice. Dar, de cele mai multe ori, prognosticul este agravat de compresiunile organelor abdomino-pelviene: turburări gastro-intestinale, vezicale, obstucția și dilatația ureterelor, hidronefroză, sau prin perforația pungii chistice în colon, vezică, rect, vagin, uter, urmate de o supurație și accidente septică grave.

Din punct de vedere pur operator, prognosticul nu este totdeauna favorabil. Sub influința iritațiunii peritoneale, se produc aderențe, mai mult sau mai puțin solide, care leagă chistele cu organele vecine. Totdeauna aceste aderențe, cer un act operator laborios, mai mult sau mai puțin dificil, și adesea urmat de accidente, ca hemoragia, perforația intestinală sau vezicală, secțiunea ureterelor, sau ruptura chistului hidatic și diseminarea consecutivă a elementelor parazitare în peritoneu, mai ales, dacă n'a fost

protejat. În fine, în timpul gestațiunii, chistele hidatice peritoneale, mai ales cele din bazin, pot fi obstacole serioase în mersul normal al sarcinei și nașterii.

Echinococcoza abdominală cere de obicei operații repetate, întrucât rareori se pot scoate toate chistele, operații, care din ce în ce devin mai deficitare din cauza aderențelor post operatorii și schimbării raporturilor dintre organe. Cazul nostru No. 1 a fost de 3 ori operat în decurs de 10 ani, de când suferă.

În rezumat, prognosticul echinococozei abdominale este serios, ameliorarea e posibilă numai în cazul operațiilor metodice, și la timp făcute.



## IX. PROFILAXIA ECHINOCOCCOZEI ABDOMINALE.

Există o profilaxie a chistului hidatic în general și o profilaxie a echinococcozei abdominale în particular.

Pentru profilaxia generală, *Dévé* propune următoarele măsuri :

1. Ridicarea din oficiu, din abatorii a orcăror viscere de animale bôlnave de echinococcoze și distrugerea prin ardere.

2. Prohibirea strictă a intrării câinilor în abatorii și măcelării.

3. Popularizarea măsurilor de profilaxie prin afișe în termeni populari, în abatorii, măcelării, etc.

4. Atragerea atențiunii țăranilor, mai ales a ciobanilor și vânătorilor asupra pericolului echinococcozei, spre a evita viața într'o promiscuitate cu câinii. Trebuie adăogat, oprirea câinilor de a intra în grădinile de zarzavat, în casă chiar și a celor „de lux“ ai unor dăamne.

Profilaxia echinococcozei abdominale în special, sunt metodele, care opresc ruperea chistului hidatic al ficatului și splinei. Așa dar un bolnav, putător al unui astfel de chist, va evita orice efort și traumatism, se va opera la timp. De aceeași mare importanță este profilaxia, care

trebuie să o avem în vedere totdeauna, când se operează astfel de chiste, cu izolarea eficace a pereților plăgii operatorii a cavității peritoneale și cu formolarea prealabilă a chistelor urmată de eterizarea plăgii chistice.



## X. TRATAMENTUL.

Tratamentul echinococozei abdominale este eminate chirurgical în ziua de astăzi. Calea de intrare este transabdominală, prin laparatomie supra sau subombilicală. Pentru chistele hidatice ale bazinului se mai descrie și calea transperitoneală. *Tuffier* recomandă din 1891, pentru toate chistele cavității peritoneale, calea transabdominală. Odată, deschiderea peritoneului fiind executată, vom fi călăuziți de următoarele principii medico-chirurgicale :

1. De a căuta să observăm, cu mai puțină sau mai multă probabilitate, natura primitivă sau secundară a echinococozei abdominale.

2. De a aprecia numărul, mărimea și locul chistelor hidatice.

3. De a practica o ablație integrală a chistelor.

4. Operația să fie regulată, aseptică, suficientă și să se suprimă drenajul preîțând închiderea, imediată dacă este posibil. Operația se execută sub narcoză sau mai preferabil sub rachianestezie (*Dévé*).

**Formolarea chistului :** în forma tipică a chistului hidatic, cu alte cuvinte în forma univeziculară, se va evita sigur grefarea elementelor hidatice, numai grație acestei operațiuni de formolare a chistului, cu o soluție de formol 2%, lăsată câteva minute în punca chistului. Acest procedeu propus de *Dévé* din 1901, este acceptat de toți chirurgii. Această formolare, care este un timp prealabil

operator, n'are aceeași eficacitate, când există un conținut chistic multi-vezicular sau în chistele cu vezicule fice exogene.

În cazul chistului multi-vezicular *Dévé* recomandă nu numai protecția minuțioasă a seroasei, dar și curățirea conștiincioasă a pungei evacuate, cu tampoane îmbibate în soluție formolată 5%. În cazul unei îndoeli de inoculare, e bine de a practica spălarea câmpului operator cu eter. Această practică, a sterilizării paraziticide, a fost dată chirurgilor de *Dévé* în 1914. Ea se bazează pe rezultatele experimentale a acțiunii eterului asupra paraziților și asupra rezultatelor bune pe care le-a dat deja în profilaxia echinococozei secundare în timpul intervențiilor. Formolajul chistului ne pune deci, aproape complet, la adăpostul unei diseminări parazitare, în peritoneu.

## I. Tratatamentul chistelor hidatice necomplicate.

Următoarele procedee operatorii au fost utilizate :

1. Enuclearea.
2. Decorticarea sau extirparea.
3. Marsupializarea cu drenaj.
4. Reducerea fără drenaj.
5. Capitonajul.

1. **Enucleația** consistă în a extrage vezicula mamă intactă afară din sacul fibros al adventiciei, incizată cu precauție. Acest procedeu, teoretic preferabil, prezintă un mare neajuns, el explodează în momentul deschiderii adventiciei, din cauza tensiunii mărite, membrana spărgându-se și lichidul țâsnese afară.

2. **Decorticarea** este o operațiune și mai grea decât enucleația, constă în aceea, că se ridică chistul cu adventicia lui, adică întregul bloc tumoral.

Acest procedeu expune la hemoragii mari, provocate din decolarea lui, și, mai ales, că și aici, se poate produce

o spargere bruscă a chistului, urmată de toate consecințele: intoxicația hidatică post operatorie, reinsămânțarea specifică. Din această cauză acest procedeu a fost combătut de *Lejars, Quénu, Routier și Sieur*.

3. **Drenajul și marsupializarea chistului hidatic** necomplicat al peritoneului se practică mai des decât celelalte și cu rezultat mai bun. Totuși ea trebuie să facă loc metodei:

4. **Reducerea pungii fără drenaj** cu formolarea prealabilă. La ora actuală, este operațiunea de ales. Relativ simplă în chistele univeziculare, ea care mai mult timp și mai multă grijă și tehnică la chistele multi-veziculare. În acest ultim caz, chirurgul trebuie să aibă multă răbdare, să deschidă chistele din pungă în pungă, după ce le-a formolat, incizat și golit de membrana mamă a lor.

5. În unele cazuri de chiste multiple abdomino-pelviene de mărime mică, Dève practică „*formolajul in situ*”. După puncție, sterilizare și evacuare, lasă parazitul devenit inofensiv în sacul său fibros.

6. În afară de aceste metode clasice, chirurgul trebuie să aibă totdeauna și o inițiativă proprie în fața cazului. În echinococoză epiploonului, vom extirpa acest organ fără nici un inconvenient. Deasemeni în chistele hidatice ale mezenterului se va extirpa din el atât cât e posibil, menținând anele intestinale și aportul lor sanguin.

## II. Tratamentul chistelor hidatice complicate.

În cazul supurațiunii chistelor, va trebui întotdeauna să drenăm. Se va alege calea de drenaj, aceea, care utilizează partea cea mai declivă a pungii. Drenajul se face cu tub și meșe, pansamentele vor fi zilnice cu dezinfectantele obișnuite. Vindecarea vine relativ încet, plaga va secreta multă vreme. În peritonita supurată hidatică, se intervine imediat și se asigură un bun drenaj al cavității abdominale în special al Douglas-ului. Pansamente zilnice, menținerea



cordului cu cardiotonice și hidratarea organismului cu ser hipertonic la nevoie (cazul no. 6).

Mai amintim tot în acest capitol al complicațiilor chistul hidatic al peritoneului bazinului, însoțit de graviditate. Dacă nașterea nu este posibilă se va face o puncție evacuatoare a chistului pe cale vaginală urmată imediat de formolare. Această manoperă este posibilă în caz de chist univezicular.

### III. Tratamentul chistelor abdominale asociate.

Chistele peritoneului abdominal sunt, de obicei, însoțite de chiste hidatice pelviene, care necesită la rândul lor una sau chiar mai multe intervențiuni. Pe de altă parte nu trebuie uitat chistul original infectant. Se va căuta chistul primitiv în ficat, mai rar în splină, El va trebui tratat aparte într'o operațiune ulterioară, mai ales dacă el este supurat. Mai amintim cu titlu informativ :

### IV. Tratamentul radio-terapic

Acțiunea razelor X, a fost studiată de *José Arcé* de Buenos-Ayres. El dă 3 cazuri pozitive, din 7 observațiuni. Dar chestiunea este încă la început și nu putem considera această metodă, ca un mijloc terapeutic sigur.

Tratamentul prin puncții repetate a fost complet scos din uz, din cauza fenomenelor de șoc anafilactic și posibilităților de diseminare a germenilor.

... la dezvoltarea și întărirea sistemului de învățământ superior în țară.  
 ... în domeniul științelor medicale și tehnice.  
 ... în domeniul științelor medicale și tehnice.  
 ... în domeniul științelor medicale și tehnice.

... în domeniul științelor medicale și tehnice.  
 ... în domeniul științelor medicale și tehnice.

... în domeniul științelor medicale și tehnice.  
 ... în domeniul științelor medicale și tehnice.  
 ... în domeniul științelor medicale și tehnice.



... în domeniul științelor medicale și tehnice.

... în domeniul științelor medicale și tehnice.  
 ... în domeniul științelor medicale și tehnice.  
 ... în domeniul științelor medicale și tehnice.

## XII. OBSERVAȚIUNI CLINICE.

### Observațiunea I.

*Chlste hidatice multiple.*

Bolnavul H. F. de 15 ani, elev, maghiară, Cluj.

Antecedente hereditare și colaterale: ambii părinți morți, tatăl intoxicat cu sodă caustică.

Antecedente personale: a suferit de varicelă.

Istoricul boalei actuale: Cam de un an simte dureri surde, difuze abdominale, mai accentuate în partea superioară a abdomenului, cu iradieri spre spate. Cu apariția durerilor, coincide o tumefacție în regiunea epigastrică care durează până astăzi. De obicei este constipat cam 3—4 zile. Din când în când are diaree cu 2—3 scaune pe zi. Noaptea transpiră. Cu aceste semne a intrat în Clinica Medicală care îl transpune la chirurgie pentru laparatomie exploratoare. Cu 3 luni mai înainte a avut un icter care a durat o săptămână numai.

Examenul abdomenului. La inspecție sa constată, că abdomenul e ușor balonat mai ales în etajul superior. Ficatul întrece falsele coaste cu două degete. Polul inferior al splinei palpabil în hipocondrul stâng.

*Intervenția.* Laparatomie supra și subombilicală. La deschiderea cavității peritoneale se constată, că eploonul

este acoperit de numeroase tumori, cu dimensiuni variabile dela o alună până la o mandarină. Se face decolarea colo-epiploică și se rezecă tot epiploonul. Se identifică tumorile ca chiste hidatice. După aceasta se constată o tumoră de mărimea unui pumn de adult pe fața inferioară a lobului drept a ficatului, pătrunzând foarte puțin. Se extirpă în totalitate. După aceasta se găsește un chist mic de mări-mea unei nuci, la nivelul canalului cistic. După aceasta se constată un chist de mărimea unui cap de făt pe fața in-ternă a splinei, îndărătul stomacului. Se incizează, se scoate membrana germinativă și se drenează. Se așează un dren sub ficat. Restul cavității se închide. Pansament.

*Mersul post operator.* Se face tratamentul prin pansa-mente zilnice obișnuite. Se caută a se menține starea ge-nerală bună a bolnavului. Bolnavul dela 14. I. 1926 și până la 17. III, 1926 se vindecă. In. ultima zi i-se face și o ședință de radioterapie.

*Recidiva I.* După șapte ani, bolnavul revine iar în clinică. El se simte din nou rău. De vre o 2 ani, observă că i se umflă abdomenul iar. Are constipație, poftă de mân-chre slăbită, scade în puteri și a pierdut mult în greutate. Intră în clinică în 29—VIII-a 1933, când i se pune diag-nosticul de echinococoză hidatică abdominală recidivată. Se intervine pentru a două oră: laparatomie supra-subom-bilicală. La deschiderea cavității peritoneale se constată aderențe întinse între colon, stomac, și peretele abdominal anterior. Desfăcând o parte din aderențe, constatăm o splină mare care se întinde în jos până în dreptul ombili-cului și care e prinsă în aderențe. Are aspectul ca și când: în interiorul ei s-ar fi dezvoltat un chist central. Ficatul prezintă pe fața sa antero-externă, un chist care se des-voltă spre peretele toracic. In rădăcina mezenterului intes-tinului subțire, se constată un chist de mărimea unui pumn de adult, cu peretele fibros aderent de elementele mezen-terului. Se extirpă cu mare dificultate, după care se reface peretele abdominal.

*Mersul post operator.* Dela 2. IX-a și până la 13.

IX-a 1933 cu pansamente zilnice, făcute în modul obișnuit, starea generală menținându-se bună chiar dela operație, bolnavul se vindecă mai repede decât de prima oară, și părăsește clinica pentru a doua oară vindecat.

*Recidiva a doua.* După trei ani de zile, bolnavul revine din nou prezentând același simptome cu care a venit și a doua oară. I se face-examinări de laborator, i se constată reacția *Weinberg-Pârvu* intens pozitivă, și se intervine pentru a treia oară: se face o incizie de 12 cm, pe rebordul costal stâng, se pătrunde în cavitatea abdominală care se explorează, constatându-se prezența unei tumori enorme în stânga, ce se întinde mult în sus, și care nu se poate palpa până la diafragm din cauza tensiunii și a aderențelor. Înăuntru, tumora aderă de epiploon și de stomac, iar în jos, de colonul transvers. Se procedează la marsupializarea regiunii splenice, care prin puncție dă lichid opalescent.

*Timp. 11.* Se deschide zona marsupializată și se scurge o cantitate enormă de lichid turbure, în care innoată un număr considerabil de chiste întregi și membrane de toate mărimile. Se absorb cu aparatul și se trag cu Péanul, fără a reuși să se evacueze tot conținutul. Se drenează cu 2 tuburi de cauciuc largi și cu meșe.

Mersul post operator. Se pansează zilnic desfundând tubul de drenaj, care se înfundă cu chiste și membrane. La 15 zile se suprimă meșele lăsând numai tuburile prin care se spală zilnic cu apă oxigenată și ozonogen și curățind chistele ce se pot prinde cu Péanul. La o lună de zile, starea generală bună, cavitatea mult micșorată, se suprimă tuburile și se elimină membrana primară care este fetidă. După eliminarea acesteia se produce o hemoragie difuză în plagă. I se administrează clauden intravenos și meșe îmbibată cu clauden. La 2 luni bolnavul are dispnee accentuată având expectorație abundentă de vezicule hidatice probabil din drenarea chistului prin bronșile pulmonului drept. Bolnavul face 38° și pulsul se ridică la 136. I se administrează medicamente în consecință. Urmează o nouă perioadă de bine. Starea generală se îmbunătățește. Bolnavul

numai expectorează, afebril. Pulsul, 90. Local, plaga secretă puțin. Bolnavul părăsește serviciul, cu indicația de a urma pansamentele până la vindecarea completă.;

## Observațiunea II.

Bolnava V. R. 52 ani, căsătorită, casnică, Fiurd.

Diagnostic: *Chist hidatic al bazinului*. Intră la 30. VII. 1932—22. VIII. 1931.

Antecedente heredo colaterale, fără importanță.

Antecedente personale: două nașteri, menopauză la 42 de ani.

*Boala actuală*: datează de 25 zile. Bolnava spune că a survenit brusc sculându-se dimineața și vroid să se ducă afară spre a urina. Observă însă că nu poate. Au început dureri cu localizare în pelvis. Simpte nevoe imperioasă de a urina pentru care încearcă deseori fără să ajungă la rezultat. Pentru acest lucru bolnava intră în serviciul clinice. Examenul medical: nimic deosebit.

Examenul local: uretra permeabilă pentru sonda no. 18. La cistoscopie se observă peretele posterior al vezicii puternic împins înainte. La tușeul vaginal, uterul nu este mărit și nu e sensibil. La tușeul rectal, rectul și ampula rectală sunt turtite în sens antero-posterior împinse mult înainte, ocupând în bazin un plan anterior axei verticale. Pe fața posterioară a rectului se palpează o tumoră chistică fluctuantă, care ocupă jumătatea posterioară a bazinului.

Intervenția: se face laparatomie mediană subombilicală. Se deschide cavitatea peritoneală. Uterul proemină imediat în plagă, din cauza unei tumori care ocupă spațiul dintre rect și sacru situat în bazin intraperitoneal. Laparatomia a fost cu scop explorator. Se identifică tumora ca chist hidatic. Se închide cavitatea abdominală pentru a interveni pe cale perineală. Bolnava însă refuză intervenția pentru a doua oră.

## Observațiunea III.

Diagnostic : *Chist hidatic al ficatului perforat prin traumatism.*

Bolnavul V. G. de 30 ani, necăsătorit, plugar, Gârboul Clujului.

Antecedente heredo-colaterale : fără importanță.

Antecedente personale : a suferit de scrofuloză, fumător pasionat.

*Boala actuală* : datează de 10 ore. A început brusc, în urma unui accident. Bolnavul a fost lovit puternic în regiunea epigastrică, în cât imediat și a pierdut cunoștința. În stare gravă, bolnavul este adus de Salvare în serviciul clinicei.

Examenul medical : normal.

Examenul local : abdomenul balonat. Sensibilitate difuză. Apărare musculară de mică intensitate, difuză, mai pronunțată în dreapta în hipocondrul drept. Matitatea ficatului mărită. În Douglas sensibilitate și fluctuență.

*Operația* : laparotomie mediană supra-ombilicală. La deschiderea cavității abdominale se elimină lichid opalescent și vezicule. Explorând ficatul constatăm, că la nivelul lobului drept se află o tumoră de mărimea unui cap de făt, care pornind din ficat, partea lui inferioară, coboară în jos și înapoi până la nivelul crestei ; în sus tumora se pierde în ficat. Pe fața inferioară a tumorii, se observă orificiul de perforație, din care se elimină lichid opalescent și vezicule. Pe fața posterioară, tumora aderă de peritoneul parietal ; aderențe pe fața internă a tumorii cu organele învecinate, stomac și duoden. Mărim orificiul de perforație, formolizăm cavitatea și evacuăm conținutul pe cât a fost posibil. Dreptăm cu două tuburi și meșe în cavitatea chistică și cu meșe și tub sub ficat. Se face contra-incizie sub fosa iliacă dreaptă până în Douglas. Inchidem plaga în rest.

*Mersul post operator.* 30. V. (operația).

7. VI. Starea generală foarte gravă. Bolnavul face un puseu febril, care scade brusc la normal. Se administrează

zilnic ser hipertonic și ser glucozat. Cardiotonice. Local: din plagă se scurge un lichid gălbui, foarte abundent cu vezicule brune gelatinoase.

15. VI. Starea generală relativ bună. Pulsul bun. Local: din plagă se scurge lichid gălbui mult. Se scurtează din tuburi. Din incizia făcută pentru Dnuglas, se scurge puroi.

1. VII. Starea generală bună. Subfebril, pulsul bun. Plaga mai secretă mult. Pe cale de vindecare, este deschisă numai la mijloc.

16. VII. Starea generală bună. Afebril, pulsul bun. Se scot tubii complet. Plaga aproape complet închisă, prezintă un mic orificiu la mijloc, din care se scurge și acum un lichid gălbui.

27. VII. Starea generală bună. Afebril, pulsul bun. Local: plaga aproape complet închisă. Totuși mai secretă un lichid gălbui, în cantitate mică. În această situație părăsește clinica pe cale de vindecare la 27. VIII. 1937.

#### Observațiunea IV.

Dg.: *Chist hidatic abdominal infectat aderent de peritoneul parietal.*

Numele S. O. (27. VII.—30, VII. 1937) 32 ani, căsătorit, muncitor, Unirea-Turda. Antecedente heredo-colaterale: fără importanță.

Antecedente personale: uzează de alcool.

*Boala actuală*: datează de 2 ani. cu debut insidios, cu dureri difuze în fosa iliacă dreaptă, care se generalizează în întreg abdomenul. Cu timpul bolnavul observă, că abdomenul se tumefiază, senzația de presiune în abdomen de mărește. Apetitul păstrat, scaun regulat. Cu două săptămâni înainte se internează în clinica medicală. I se face puncții repetate scoțându-i-se, din cavitatea abdominală, un lichid gros, gălbui, ce conține multă colesterină.



De 3 zile starea generală a bolnavului s'a agravat mult abdomenul dilatat enorm, bolnavul este dispneizat, cu dureri în epigastru; cu aceste simptome se transpune în serviciul chirurgiei pentru operație.

Operația : se face laparotomie mediană subombilicală. Se secționează planurile anatomice până la peritoneu. Se găsește un plastron dur, care pare a fi format de îngroșarea peritoneului. Se puncționează și se scoate un lichid gălbui. Se incizează și se evacuează un lichid gălbui, sub formă de jet puternic, în cantitate excesivă. Împreună cu acest lichid, se elimină membrane hidatice. Se explorează punga și nu se găsește nici un organ abdominal, având o mărime cât un cap de adult. Se introduce două drenuri, se pun două fire în opt la capetele inciziei.

*Mersul post operator.* Stară generală gravă. Temperatura 38.5—41, pulsul filiform, 120. Transpirațiuni răci. Se administrează cardiotonice în doze mari, și ser hipertonic și glucozat. Totuși starea generală se agravează din ce în ce și bolnavul sucombă după 3 zile.

## Observațiunea V.

Dg.: *Echinococoză generalizată abdominală.*

Numele P. I. (30. IX. 1936—23. IV. 1937), de 26 ani, ortodox, măcelar, Tecuci.

Antecedente heredo-colaterale: Tatăl mort de-o afecțiune pulmonară.

Antecedente personale: Tabagiu și etilic moderat. Lucrează dela 15 ani în măcelărie.

*Boala actuală:* detetează de 1½ ani. Bolnavul căzând depe bicicletă, a fost lovit de volanul ei. A vărsat alimente și bilă. Și a pierdut cunoștința. De atunci a rămas cu dureri epigastice și cu vărsături alimentare multiple. Un medic îl recomandă repaos la pat. Durerile persistă, în plus mai apare o tumefiere în regiunea epigastrică, cu sensi

bilitatea mai mare, mai ales când stă în picioare. Sesimte slăbit dispnee la efort. Intră în serviciul Clinicei medicale unde i se pune diagnosticul de chist hidatic abdominal și transpus la chirurgie.

*Examenul medical*: normal.

*Examenul local*: abdomenul distins mai ales în partea superioară. La palpate se simt în epigastriu tumorete de mărimea ouălelor de porumbel, unele mai mici, dure, puțin sensibile, mobile, dând senzația că se găesc sub piele. Spațiul lui Traube nu se poate delimita.

Examen de laborator: leucocitoza 10.000, hematii 2.800.000.

HG=55% Sahli.

Reacția Cassoni intens pozitivă. R. W. Negativ.

*Operația*: se face incizie supra costală pe stânga. După secționarea planurilor anatomice se deschide peritoneul. Această deschidere este destul de anevoioasă din cauza aderențelor pe care le prezintă chistul cu peritoneul parietal. După o debridare minuțioasă se eliberează polul inferior al chistului și observăm încă o serie de chiste aproximativ 10—15 pe ciucurile colonului descendent, transvers, sigmoid și fața antero-superioară a ficatului. Extirpăm acest chist și se marsupializează chistul splinei.

*Mers. post operator*: 5. XI. Operația.

25. XII-a, starea generală satisfăcătoare, pulsul normal. Local: plaga secretă abundent, se elimină membrane. Bolnavul face o ușoară congestie pulmonară, se administrează cardiotonice.

15. I. 1937. starea generală bună, subfebril. Puls normal. Local: secreție abundentă. Se elimină o secreție de culoare gălbuie.

2. II. Starea generală bună. Local: plaga secretă, se suprimă un tub de drenaj. Se elimină din nou resturi de membrană.

Se hotărăște o nouă intervenție.

*Operația II-a*. Timp. I (3. III-a. 1937).

Se face laparotomie subombilicală, se deschide cavi-

tatea peritoneală se constată mai multe chiste dispersate, dintre care se enuclează 5 chiste de mărimea unei alune până la un măr mic. Se explorează spațiul retrovezical, unde se constată un chist de mărimea unei portocale, care nu se poate enuclea și se procedează la marsupializarea lui. Se drenează cavitatea abdominală cu meșe îmbitate cu soluție de formol. Pansament.

Timp. II. 9, III a. 1937.

Se deschide chistul și se drenează cu două tuburi și meșe.

Mersul post operator : 20. III. Bolnavul face temperatură, 39 4° având o retenție. Plaga elimină zilnic numeroase vezicule.

1. IV. Starea generală bună, afebril. Puls normal. Local: plaga din hipocondrul stâng se închide. La nivelul plăgii ombilicale, se constată încă eliminare de vezicule. Se suprimă un tub de dren.

17. IV. Starea generală satisfăcătoare. Local : se suprimă meșea. Plaga e pe cale de închidere.

23. IV. La cerere proprie, bolnavul părăsește clinica pe cale de vindecare.

## Observațiunea IV.

Dg.: Chist hidatic supurat perforat în spațiul subfrenic, peritonită generalizată.

Numele V. I. (24. XII. 1936 până la 4. III. 1937), 16 ani, plugar, Muntele Rece. Antecedente: fără importanță.

*Istoricul baalei actuale:* a debutat insidios cu 4 săptămâni înainte, cu dureri în epigastru și cu iradiere pe sub rebordul falselor coaste. N'aveau legătură cu alimentația. Iși pierde apetitul, este obosit, pierde în greutate. În permanență febril, și repetate frisoane. De 3 zile are diaree. S'a internat în Clinica medicală. I se face o puncție pleurală dr. unde se extage un lichid purulent ; pe frotiu,

strepto-stafilococi. Se transpune la chirurgie.

Examenul local: balonare a abdomenului în etajul superior. În loja hepatică o bombare. La percuție matitate la baza hmitoracelui drept.

*Operația.* (26. XII). Laparatomie, rezecție de coastă (X a). Extirparea membranei, drenaj al chistului, drenaj în Douglas.

Se face incizie de 20 cm. care pornește din hipocondrul drept până aproape de spina iliacă antero-superioară. Se deschide peritoneul. În cavitatea abdominală se constată un puroi verde lichid, difuzat, între anzele intestinaie. El se prelinge de pe fața superioară a ficatului. Pe fața superioară a ficatului, se pătrunde într'o cavitate de mărimea unui cap de copil din care se scurge puroi din abundență, membrana unui chist hidatic și multe vezicule fițe. Se drenează cavitatea cu 2 tuburi și meșe, drenaj în Douglas.

*Mersul post operator:* 11. I. Starea generală bună. Temperatura normală. Local: plaga secretă, se suprimă meșele. 26. I. Starea generală bună. Local: la nivelul plăgii abdominale secreția se elimină. La nivelul plăgii pulmonare se elimină o secreție mucoasă de culoare galbenă verzue. 16 II. Starea generală bună. Local: se suprimă drenajul la nivelul plăgii pulmonare. 4. III. Starea generală bună. Afebril. Puls normal. Local: Secreția este suprimată. Părăsește clinica vindecat

### XIII. CONSIDERAȚIUNI ASUPRA OBSERVAȚIUNILOR CLINICE.

În Clinica Chirurgicală din Cluj, începând din Ianuarie 1920, au fost operați pentru chiste hidatice 88 de bolnavi. Repartizarea acestor chiste pe organe e următoarea :

Ficat.....	=	54	cazuri
Pulmon .....	=	18	"
Peritoneu .....	=	6	"
Splina .....	=	6	"
Creer .....	=	1	"
Glanda submax.....	=	1	"
<hr/>			
Total.....	=	88	cazuri

Etiologia și patogenia se cunoaște precis, din cele 6 cazuri trecute la peritoneu, numai la 5, după cum reiese din foile de observație, fiind secundare sau se găsesc concomitent cu un chist al ficatului. Raportând ca Dévé, avem la 54 cazuri de chiste hidatice ale ficatului, 5 diseminări abdominale prin ruptură, deci un procent de 11%.

În ceea ce privește originea primară sau secundară a celor 4 cazuri de echinococoză abdominală ale noastre, avem de spus următoarele :

Două din ele au fost găsite la operație concomitent cu chiste hidatice în ficat, deci originea lor credem că este desigur de ordin secundar. Un caz de chist hidatic abdo-

minal infectat al peritoneului parietal anterior; deoarece a fost infectat, nu s'a făcut la operație decât o incizie și drenaj al chistului, nefiind indicat în acest caz o explorare minuțioasă a cavității abdominale. Din istoricul clinic al bolnavului însă putem presupune un chist hidatic primar al ficatului dupăcum reese din foaia de observație a bolnavului.

Celalalt gaz de chist hidatic al bazinului, diagnosticul a fost pus prin laparatomie exploratoare. În cavitatea peritoneală numai era nici un chist hidatic. Cavitatea abdominală s'a închis. Extirparea fiind indicată pe cale perineală. Ulterior bolnava însă refuză intervenția. Părăsește clinica fără să mai revie din 1931. N'avem siguranța a afirma originea primară a acestui chist.

În rezumat, în Clinica Chirurgicală din Cluj am avut următoare forme anatomo-clinice de echinococcoză abdominală :

Observația I. = echinococcoză peritoneală abdominală, secundară recidivată de 3 ori.

Obs. II. = chist hidatic al bazinului.

Obs. III. = șoc anafilactic peritoneal — intoxicație hidatică — consecutiv ruperii unui chist hidatic al ficatului.

Obs. IV. = Chist hidatic peritoneal supurat.

Obs. V. = Echinococcoză generalizată abdominală secundară.

Obs. VI. = Peritonită chistică supurată generalizată subacută.

## *XIV. Conclușiuni.*

1. *Echinococcoza peritoneală este rară. In Clinica Chirurgicală din Cluj, am găsit această localizare în 4 cazuri din 88, deci un procent de 4,4%.*

2. *In majoritatea absolută a cazurilor, ea este de origină secundară, consecutiv rupturii intraperitoneale, traumatică sau spontană, a unui chist hidatic hepatic, foarte rar al splinei.*

3. *In Clinica Chirurgicală din Cluj, la 54 chiste hidatice ale ficatului, avem 5 cazuri de echinococcoză secundară peritoneală și peritonită chistică supurată, consecutiv rupturilor amintite, deci un procent de 9,2%.*

4. *Nu putem afirma originea primitivă a nici unui caz.*

5. *Cristele hidatice secundare ale peritoneului sunt totdeauna multiple.*

6. *Evoluția echinococozei hidatice peritoneale este lentă, dar progresivă, ducând la complicații și cașecsie hidatică, lăsată neoperată.*

7. *Operațiile echinococozei hidatice secundare a peritoneului, rare ori, reușesc, să extirpe toate chistele, — recidivele sunt foarte frecvente.*

8. *Prognosticul echinococozei abdominale este rezervat.*

9. *Profilaxa echinococozei peritoneale secundare se face diagnosticând și operând la timp chistele hidatice ale ficatului și splinei, cu :*

10. *Technica operatorie sfătuită de toți chirurgii formolarea prealabilă a chistelor, închiderea fără drenaj (Dévé, Quénu).*

*Văzută și bună de imprimat.*

*Președinte.*

*Decan.*

ss. Prof. AL. POP

ss: Prof. D. MICHAII





## BIBLIOGRAFIE.

- ARCÉ JOSÉ : L'action des rayons sur les kystes hydatiques (Société de Chirurgie 20 Novembre 1924).
- BASSO L : Contribution à l'étude des kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale. (Thèse de Lyon 1904).
- BERTINO : Sulla distocia da echinococco degli organi pelvici della dona. Annale di ost. e ginecologia 1911.
- BOUNNEAU : Kyste hydatique du bas fond vesical. XXII-e. Congres de l'Association française d'urologie, Oct. 1922.
- BROCA : Sur la reaction de Weinberg. Soc. med. des hôpitaux, Paris, 19 Mai 1911.
- BRUN : Quatre cas de kystes hydatiques suppurés du foie et un cas de kyste suppuré du mésocolon descendant, traités par la fermeture de la poche sans drainage et souvis de guérison (Société de Chirurgie, 7 Juillet 1920).
- BRUN ET LAURIOL : Douze observation nouvelles de kystes hydatiques suppurés traités par la fermeture sans drainage (Société de Chirurgie, 10 Janvier, 1923),
- BRUN : De la valeur respective de certains signes cliniques et de certains examens de laboratoire dans le diagnostic de l'échinococcose d'après 250 cas opérés (Société de Chirurgie, 2 Avril 1927).

- BOUDEY : Invagination de l'intestin par tumeurs bénignes du grêle. Thèse de Bordeaux. 1926.
- CHAUFFARD : Échinococcose hepato-péritoneale. Journal des praticiens, 1925.
- CONSTANTINESCU I. : Chistul hidatic pulmonar. Teză 1927, Cluj.
- DANLOS : Influence du traumatisme accidentel considéré comme cause occasionnelle des kystes hydatiques en général. Thèse de Paris, 1879.
- DELASTRE : L'Échinococcose en Tunisie. Les kystes hydatiques de la rate, Thèse de Paris, 1927.
- DÉVÉ : De l'échinococcose secondaire. Thèse de Paris, 1901.
- DÉVÉ : La membrane d'en kystement péritonéal dans le cholépéritoine hydatique. Soc. biologique, 1917.
- DÉVÉ : Principes du traitement chirurgical des kystes hydatiques multiples du péritoine.
- DÉVÉ : Indication du „formolage in situ“. La Normandie médicale, 912.
- DÉVÉ : Kystes hydatiques du péritoine. Nouveau Traité de médecine (Roger, Vidal, Teissier).
- DEMETRESCU : Chistele primitive ale mezenterului. Teză, București, 1926.
- DUCUING ET GISCARD : Kyste hydatique rétro-vésicale primitif chez un homme. In Bulletin de la Société de Chirurgie, in Toulouse Medical, 1931.
- FERVAL : Des kystes hydatiques intra-péritonéaux primitifs ou secondaires. Thèse de Paris, 1900.
- FINSTERER : Echinokokkus in der hinterer, rektusscheide und im Douglas. KK ges. der Aerzte in Wien 1912.
- FRANTA : Les kystes hydatiques du bassin et de l'abdomen au point de vue de la distocie. In Annales de Gynécologie et d'Obstétrique de 1902.
- DR. GILORTEANU ȘI NICOLAU : Chiste hidatice multiple ale ficatului și epiploonului, Al VII-lea Congres de Chirurgie, Bucuresti, 1936.

- GUILLAUME ET LORY. Kystes hydatiques du foie rompus dans le péritoine, signes de l'intoxication Soc. anat. de Paris 1919.
- HAMANT : Contribution à l'étude de l'échinococcose secondaire abdominopelvienne et son traitement. Thèse de Nancy, 1913.
- HATIEGANU—GOIA : Tratat de Semiologie și Patologie Medicală, Cluj.
- IONESCU : Chistele hidatice pelviene. Soc. de Chirurgie. Cucurești, 1905.
- JEANSOTTE : Sur un cas d'échinococcose péritoneale secondaire. Thèse de Bordeaux, 1922.
- KOUTLÉCHITCH VIDASSOVA : Kystes hydatiques chez la femme. Thèse de Bodeaux, 1927.
- MONEGER : Des kystes hydatiques de l'épiploon et du bassin. Thèse de Lyon, 1892.
- MONTEFOIRE : Kystes hydatiques du foie. Revue tunisienne des sciences méd.
- LE NOUËNE : La pseudo-tuberculose hydatiques du péritoine. Thèse, Paris 1912.
- RAFI : Pathogénie clinique de la suppuration des kystes hydatiques du foie. Thèse de Paris.
- RIVÉ : Contribution à l'étude des kystes du grand épiploon. Thèse de Paris, 1931.
- SAVARIAUD : Kystes hydatiques du ligament large et du épiploon. Congres de Chirurgie, 1903