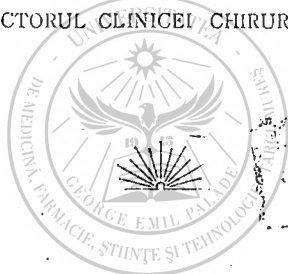


CV 2220

DESPRE DIVERTICULII INTESTINALI

de PROFESORUL
DR. IACOBOVICI
DIRECTORUL CLINICEI CHIRURGICALE



(EXRAS DIN „CLUJUL MEDICAL“ Nr. 1—2—1922).



10773

122382

CLINICA CHIRURGICALĂ DIN CLUJ.

Despre diverticuli intestinali

de PROFESOR DR. IACOBOWICI

Directorul Clinicei

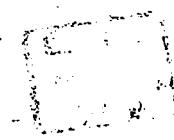
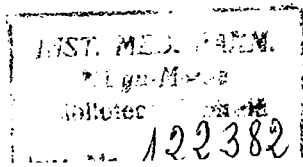
Canalul vitelin sau omfalo-mezenteric, care la embrion leagă intestinul primitiv cu vezicula ombilicală sau sacul vitelin, poate persista în viața extrauterină. Acest canal poate persista sub forma unei comunicări între intestin și ombilic, sau o parte din acest canal dispare, iar restul formează un apendice fixat pe ileon, la o distanță mai mare sau mai mică de valvula ileo-cecală.

În primul caz avem canalul omfalo-mezenteric; în al doilea caz avem anomalia cunoscută sub numele de diverticulul lui Meckel, sau diverticulum verum.

În afară de acești diverticuli congenitali există alte formațiuni de aceeași formă cari poartă numele de diverticuli căpătați.

Diverticuli congenitali și cei căpătați dau naștere dese-ori la procese patologice, interesante de cunoscut din cauza aspectelor variate și a imposibilității de a face un diagnostic precis.

În cursul ultimilor doi ani am avut prilejul să observăm patru cazuri de diverticuli intestinali. Tratamentele de anatomie arată, că diverticuli congenitali se întâlnesc în proporție de 1—2 la sută. După statistica Societății Anatomice a Angliei și Irlandei, din 1891, s'au găsit 16 diverticuli pe 769 cadavre.



122382

Punctul de inserție a diverticulului lui Meckel pe intestinul subțire se face la o distanță care variază dela 0'25 cm. până la 3 metri.

Diverticulul ia naștere de pe marginea liberă a intestinului sau depe fețe și mai rar din partea sa mezen-terică, deși Hyrtl a susținut că această origină este mai deasă. Probabil Hyrtl a confundat diverticuli congeni-tali cu cei căpătați, cari în adevăr apar mai des pe



Fig. 1. Diverticul Meckel extirpat dela bolnavul S. P. 8 ani.

partea mezenterică. In cazurile noastre, distanța dela valvula ileo-cecală a fost: la unul din bolnavi la 50 cm. și la altul la 150 cm. In al treilea caz, din cauza ade-rențelor nu s'a putut stabili.

Diverticuli observați de noi s'au prezentat sub următoarele trei forme: la bolnavul I. P. de 8 ani, di-verticulul implantat la 50 cm. distanță, avea forma unui degetar lung de 6 cm. și se prelungea cu o bridă care se fixa la fața anterioară a mezenterului aproape de inserția sa. Forma deci un inel prin care s'a făcut strangularea (Figura 1).

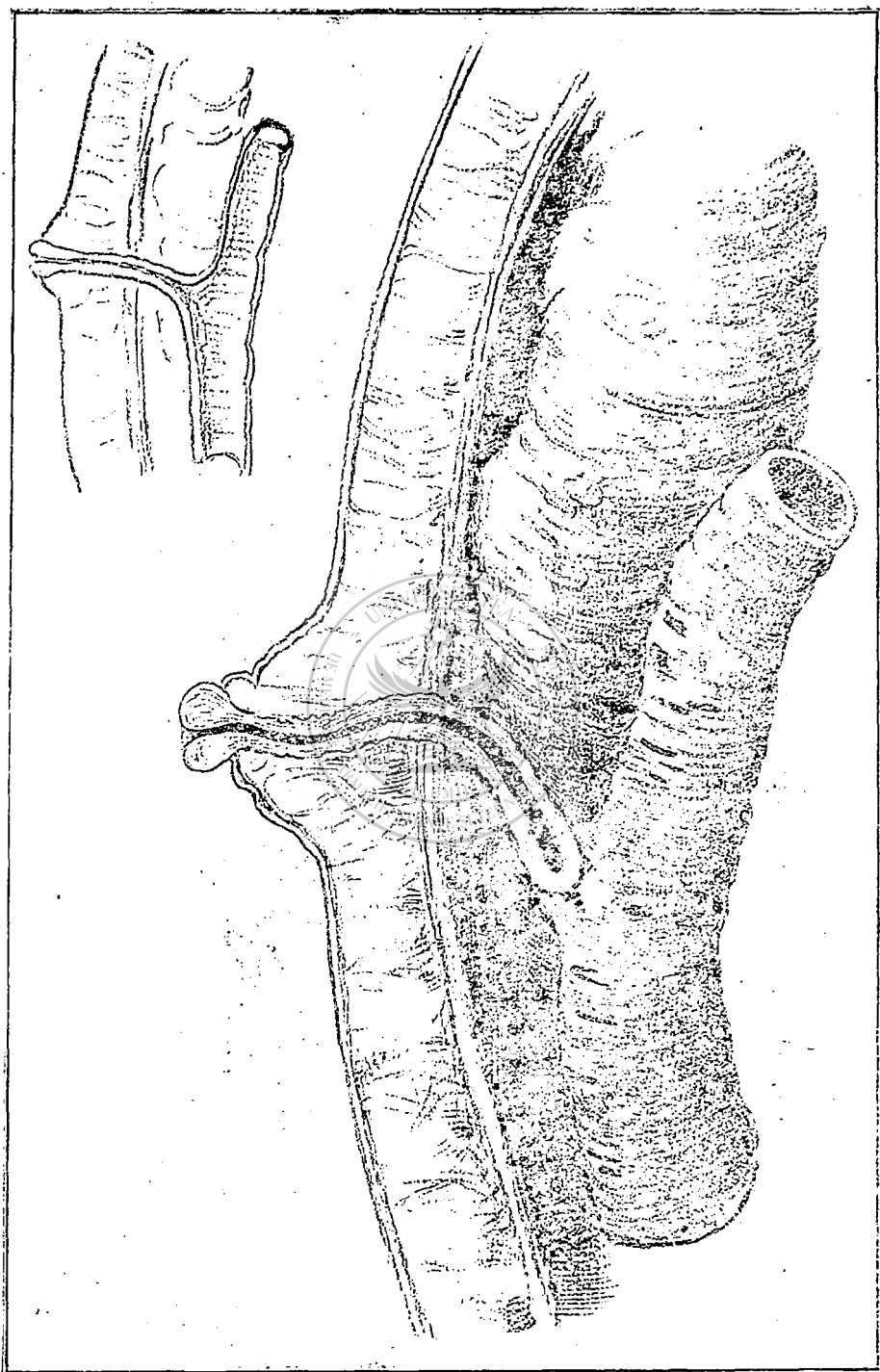


Fig. 2. Perzistența canalului vitelin; figură schematică a cazului operat de noi.



Al doilea bolnav S. B. de 5 ani, cu perzistența canalului vitelin, avea un diverticul cilindro conic, care se însera cu o bază mai largă la marginea liberă a intestinului; după 2 cm. conul se strâmta și era continuat cu un canal cilindric de aproximativ 3 cm., din care 2 cm. erau intraperitoneali. (Fig. 2)

La bolnavul M. P. de 61 ani, cu diverticulită, găsim un diverticul lung de 15 cm., format din un con de vre-o 8 cm., care se continua cu un cilindru de 7 cm. Baza de implantare la marginea liberă a intestinului era de 4 cm. (Figura 3).

Formele acestea întâlnite de noi sunt cele mai dese. Rare ori s'au găsit diverticuli cu vârful mai dilatat, altele cu vârful sucit în formă de ciocan și mai rar vârful dilatat poate fi format din mai multe cavități.

Diverticulul se poate termina acolo unde încetează cavitatea, sau poate fi continuat cu o bridă, rest al vaselor omfalo-mezenterice, cum a fost în primul caz observat de noi.

Peritoneul formează un înveliș complet acestor diverticuli și numai rareori se găsește un mezodiverticul, cum am văzut la cazul cu diverticulită.

Situația diverticulilor este variabilă. În cele mai multe cazuri plutesc liberi în cavitatea abdominală. În altele sunt lgați de ombilic. Pot avea un vârf fixat prin aderențe congenitale sau căpătate, cum au fost în două din cazurile noastre.

Diverticuli căpătați sau falși diferă complet de diverticuli congenitali. Puțin cunoscuți până acum câțiva ani, azi numărul cazurilor și patologia lor este bine fixată.

În Ianuarie 1921 am operat un bărbat F. H. în vârstă de 27 ani, cu fenomene de peritonită generalizată. La operație am găsit o strictură intestinală completă pe ileon și deasupra stricturei o perforație cât o piesă de argint de 50 bani, prin care curgea conținutul intestinal. Secțiunile în serii făcute la nivelul stricturei

de către dl Dr. *Roth*, au arătat doi diverticuli intra-parietali și natura bacilară a acestora. (Figura No 4)

Bazați pe aceste patru observațiuni personale și pe studiul literaturii pe care o am la îndemână vom căuta să expunem în mod succint studiul diverticulilor congenitali și căpătați.

Vom studia în primul rând perzistența canalului omfalo-mezenteric, după aceasta diverticuli congenitali și la urmă diverticuli căpătați.

PERZISTENȚA CANALULUI VITELIN OMFALO-MEZENTERIC.

Se știe din embriologie, că în momentul când se diferențiază extremitatea cefalică a embrionului, partea corespondentă din lama splahmică dă naștere intestinului cefalic. În același timp, la nivelul extremității caudale se formează prin îndoirea lamei splahmice dela acest nivel fundul de sac posterior al tubului digestiv. Între cele două porțiuni de intestin se găsește o parte din lama splahmică, care este situată sub coarda dorsală și care în cursul dezvoltării va forma segmentul intestinal din această parte, care va uni cele două extremități primitive, adică intestinul cefalic și cel caudal. Dar tubul intestinal nu se închide complet, ci la partea sa mijlocie el prezintă o soluție de continuitate și la acest nivel se găsește un tub, care face legătura dintre intestinul primitiv și sacul vitelin.

Acest tub poartă numele de canalul vitelin, sau ductul omfalo-mezenteric al autorilor germani. Acest canal vitelin persistă mult timp după *Champy*. După *Löwenstein* acest conduct se închide la începutul celei de a doua luni a vieții foetale.

La cei mai mulți indivizi, canalul vitelin se rezorbe complet și nu lasă nici o urmă. În cazuri rare (1—2 %) persistă o mică parte și formează diver-

ticulul lui Meckel, după numele anatomistului care l'a descris.

În cazuri cu totul excepționale diverticulul persistă în toată întinderea sa și atunci avem adevăratul canal vitelin.

Perzistența parțială sau totală a canalului vitelin poate da naștere la următoarele anomalii sau complicațiuni, cari au fost clasate de *Roth* în modul următor:

- I. Diverticulul banal al lui Meckel, care poate fi:
 - a) În cavitatea abdominală
 - b) Într'un sac erniar (mai rar)
 - c) Desvoltat în mezenter (foarte rar)

II. Diverticulul poate fi aderent prin capătul liber sau prin o bridă, care îl continuă la ombilic sau alte organe din abdomen.

III. Diverticulul reprezintă canalul vitelin în întregime în cât este deschis în afară. În acest caz se prezintă ca:

- a) Un conduct deschis la ombilic
- b) „ „ acoperit de un prolaps al peretelui
- c) „ „ „ de un apendice intestinal
- d) Complicat de un prolaps intestinal secundar.

IV. Diverticuli pot fi punctul de plecare al unor tumori prin retenție și în acest caz sunt două forme:

- a) Comunicarea cu intestinul este liberă,
- b) Comunicarea cu intestinul este închisă.

Frecvența. Perzistența canalului vitelin este destul de rară, dar am găsit în literatură 46 de cazuri. Din acestea: 14 adunate de *Löwenstein* și publicate în *Archiv. für klinische Chirurgie* B. 49 din 1895. *Max Sträter* la 1904 publică în *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* B. 74, un număr de 30 de cazuri, din cari 3 sunt și în statistica lui *Löwenstein*. Două cazuri sunt publicate de *K. E. Weil* în *Archiv. f. kl. Chirg* din 1913 B. 102 și unul de *Ruph* în *Münchener M. W.* din 1911.

Un caz al lui *Brindeau-Budin*, citat de *Pierre Duval* în *Précis de pathologie chirurgicale* 1911 și un alt caz al lui *Z. Bókay* publicat în *Jahrbuch für Kinderheilkunde* vol. 94. din 1921 și în fine cazul nostru pe care îl vom relata mai departe.

Vârsta la care s'au prezentat la medici și s'a intervenit. Din 38 de cazuri, unde este notată vârsta, s'a intervenit în modul următor, de cinci ori la noii născuți, de 8 ori până la o lună, de 16 ori până la 6 luni, de 6 ori până la un an și de două ori până la 5 ani. Cazul nostru, unde am intervenit la 5 ani, este cel mai în vârstă dintre bolnavi. Afecțiunea a existat din momentul nașterii, sau imediat după căderea bontului ombilical, dar intervențiile au fost condiționate de complicațiile ivite și numai în aceste cazuri s'a recurs la ajutorul medical.

Cauzele perzistenței canalului vilelin nu le cunoaștem, ca la toate anomaliile congenitale. Boala se observă în aceeași proporție la fete ca și la băieți. Ea este de obicei independentă de alte anomalii. Nu s'au notat cazuri de ereditate.

Simptome și evoluție.

Perzistența canalului se constată imediat după căderea bontului ombilical. Se observă o fistulă prin care se scurge: sau o secrețiune proprie a canalului, sau conținutul intestinal. Când canalul este destul de larg și direct, atunci aproape tot conținutul intestinal se scurge prin fistula ombilicală.

Dacă prin fistulă nu curge conținut intestinal nu înseamnă că nu există o comunicare cu intestinul. În cazul nostru comunicarea cu intestinul era destul de mare și totuși prin fistulă nu s'au scurs materii. Asemenea cazuri citează și *Löwenstein*.

De acord cu acest autor credem, că în aceste cazuri canalul este răsucit, alte-ori prezintă adevărate valvule mucoase și în altele este dispoziția pe care am

găsit-o și noi adică, că canalul este îndoit pe marginea lăioasă a părții inferioare a orificiului ombilical.

Sondarea canalului cu un s'ilet nu ne poate da nici o indicație asupra comunicărei cu intestinul. În cazul nostru am introdus o sondă, care pătrundea pe o distanță de aproape 10 cm. și am făcut examenul radiografic. N'am putut constata decât, că sonda canelată mergea până la coloana vertebrală. În realitate sonda pătrunsese și se angajase în canalul intestinal. O radioscopie făcută după un prânz cu bismut nu ne-a dat indicațiuni mai precise.

Ca atare aceste mijloace de explorațiune sunt insuficiente pentru a ști dacă canalul este permeabil și face să comunice intestinul cu exteriorul. După cum nici faptul că nu se scurg materiile, nu indică lipsa comunicărei.

La nivelul ombilicului mucoasa prolabată și chiar tot peretele diverticular se prezintă sub forma unui fruct de măr.

Când ombilicul este larg, atunci din cauza sforțărilor făcute de copil se produce un prolaps al mucoasei la început și apoi chiar a întregului diverticul, care se răstoarnă ca un deget de mânășe.

Ansa intestinală pe care se inseră diverticulul poate prolaba și atunci erniază și capătul intestinal aferent și cel eferent și formează un prolaps în T.

Turburările funcționale pot fi grave din cauza scurgerii conținutului intestinal și denutriției care urmează.

De partea intestinului se produc ocluziuni, fie prin strangularea ansei prolabate la nivelul inelului ombilical, fie prin o invaginație care se produce de obicei pe ansa aferentă. În cazuri rare ocluzia se produce prin îndoirea intestinului pe diverticul, sau din cauza unei stenoze care se face la punctul de implantare a diverticulului.

La nivelul ombilicului, din cauza iritației produsă de suc intestinal se face o exemă și chiar procese ulcerative. Evoluția acestor fistule este fatală în cele mai multe cazuri. Rareori fistula se închide spontan, dar și acești bolnavi rămân cu un diverticul Meckel care mai târziu va da complicațiuni.

Diagnosticul. Constatarea la un nou-născut sau la un copil mic a unei fistule prin care se scurge materii fecale impun diagnosticul de perzistența canalului vitelin și mai ales, când găsim un cordon care se perde în cavitatea abdominală.

Anamneza ne permite să facem diagnosticul între această fistulă stercorală și una consecutivă unei ernii ombilicate strangulate.

Dacă prin fistulă nu se scurge decât suc diverticular s'ar putea confunda cu perzistența canalului alantoidian. În acest caz făcând un sondaj al fistulei am putea constata, că sonda nu merge spre coloana vertebrală ci merge paralel cu peretele abdominal și se dirijează în jos spre vezica urinară. Confuzia între fistulele viteline și diversele colecțiuni ombilicale este mai greu de făcut, totuși într'un caz operat de *Pi'o*, citat de *Löwenstein*, acest chirurg a confundat excrescența mucoasă cu ceva banal. El exciză în cabinetul său de consultații tumoreta ombilicală și constată apariția intestinului care prezenta o gaură de mărimea tumoretei și prin care se scurgeau fecale. Face o sutură intestinală, închide abdomenul și micul copil de 24 de zile se vindecă.

Acest caz este foarte instructiv și ne arată importanța cunoașterii acestor anomalii congenitale.

Pronosticul. Nu avem nici o statistică și nici observațiuni în care să se constate închiderea spontană a canalului vitelin. Din cele constatate în cazul nostru credem că acest lucru este foarte rar.

Rezultatul operațiilor până la 1895, dată când

Löwenstein publică memoriul său, au fost dezastruoase, din 15 operații nu s'a vindecat decât unul. În statistica din 1904 a lui *Sträte* găsim 19 vindecați și 8 morți. Din totalul de 47 de cazuri operate sunt vindecați 22 și morți 25.

Cu toate progresele chirurgiei rezultă că mortalitatea operatorie este destul de însemnată. Cauza acestui pronostic grav stă în gravitatea unor cazuri și vârsta foarte mică la care suntem nevoiți să operăm, vârstă la care mai toate operațiunile sunt foarte grave. Îmbunătățirea pronosticului se datorește progresului tehnicii chirurgicale.

Tratamentul. Tratamentul chirurgical este impus de forma leziunii. Când mai tot conținutul intestinal trece prin fistulă orice întârziere este fatală. Dacă nu se scurge conținut intestinal, sau dacă acesta este în cantitate mică și nu compromite viața copilului, atunci putem aștepta până la vârsta de cel puțin 2 ani, când operațiunea poate fi făcută în condițiuni mai bune, timp în care s'ar putea ca fistula să se închidă și spontan. Vom avea aceeași linie de conduită și atunci, când prin fistulă nu se scurg materii. În orice caz vom face atenți pe părinți asupra complicațiilor cari pot surveni în timpul acestei expectații.

Tehnica operației făcute de noi a fost cea obișnuită în fistulele stercorale. Noi am izolat complet fistula, am făcut laparatomia la distanță, am rezecat diverticulul și am reabilitat continuitatea intestinală și după aceasta am extirpat diverticulul cu ombilicul ca o tumoare. Credem că această tehnică este cea mai bună și succesul nostru o justifică.

Observația.

Perzistența canalului omfalo-mezenteric.

Ștefan B. de ani 5.

Antecedentii n'au avut o anomalie identică.

Imediat după naștere părinții au observat în regiunea ombi-

lăcălă o tumoretă de mărimea unei cireșe prin care se scurgea un lichid. Tumoarea nu era dureroasă și copilul s'a dezvoltat normal.

Copilul nu prezintă nimic din partea celorlalte organe.

În regiunea ombilicală există o tumoretă de mărimea unui fruct de măr și de aceeași formă. Tumoarea este acoperită de mucoasă asemănătoare cu cea intestinală. Tegumentele din prejur prezintă pe o mică distanță o exemă. (Fig. 5.)

Prin palpare se constată, că tumoarea este consistentă și ireductibilă. Ea nu se mărește de volum când bolnavul face eforturi.

În vârful tumorii este un mic orificiu. Dacă introducem o sondă pătrundem în abdomen până în vecinătatea coloanei vertebrale.

Prin fistulă se scurge puțin lichid sero-mucos. De la tumoare spre interiorul cavității abdominale se simte un scurt cordon.

O radioscopie făcută după administrarea unui prânz de bariu nu dă nici un rezultat. Radiografia făcută cu sonda introdusă în fistulă arată că aceasta pătrunde direct de dinainte îndărăt, până în vecinătatea coloanei vertebrale, la o adâncime de 7 cm. de la ombilic.

Operația 18 Noembrie 1921. Condica de operație No. 981.

Operator: Profesor. Dr. Iacobovici, ajutor. Dr. Filipescu.
Anestezie generală cu eter-cloroform.

Se izolează ombilicul cu tifon și se circumscrie cu două incizii verticale. Se face o laparotomie subombilicală și la deschiderea peritoneului se constată, că: de la jumătatea intestinului subțire, de la marginea sa liberă pleacă un diverticul cu o bază de implantare de aproape pe 2 cm, care după 1 cm. se transformă într'un canal cilindric, care după 2 cm. se angajează în ombilic. (Fig. 2.) Se prinde baza diverticulului se face enterotripsia. Se face cu o pensă coprostaza intestinului și se rezecă diverticulul. Se închide intestinul cu un surget de mătase. Se întărește primul strat cu fire întrerupte de mătase. Calibrul intestinal nu se micșorează. Se extirpă diverticulul împreună cu ombilicul ca o tumoare. Se controlează cavitatea abdominală și nu se constată nimic deosebit. Se închide peretele într'un singur strat.

La 26. XI. 921 se scot firele: reunire per primam.

La 3 Ianuarie 1922 părăsește clinica.

Examenul anatomo-patologic făcut de dl Dr. Roth șeful laboratorului clinice.

Examenul macroscopic. Tumoare neregulată, formată dintr'un canal lung de 4 cm., cu formă conică, cu bază de implantare



Fig. 3. Desen după natură a diverticolului lui Meckel extirpat la bolnavul M. P.

largă. Canalul angajat în o parte de forma unui mic ovoid, care este formată din ombilic și canalul cu mucoasa prolăbată, precum și cu tegumentele vecine secționate. (Fig. 6.)

Examenul istologic. Secțiunea făcută pe partea distală, în punctul unde mucoasa prolăbează, arată un lumen îngust neregulat, care este înconjurat de un țesut glandular, cu un epiteliu cilindric și cu o mulțime de cripte Lieberkühn.

În locul submucoasei se constată un țesut fibros conjunctiv, iar mai în afară mult țesut muscular neted. Între fibrele acestui țesut muscular multe fibre conjunctive.

La suprafață, în punctul unde mucoasa prolăbează, se constată un țesut format din mucoasă și în altă parte un țesut epitelial pavimentos de structura pielei.

DIVERTICULUI LUI MECKEL.

Am arătat în capitolul precedent origina diverticului lui Meckel.

În stare normală prezența acestui diverticul nu dă naștere la nici un simptom. Radioscopia ne permite uneori să facem diagnosticul existenței acestei anomalii.

Stările patologice produse de diverticulul lui Meckel sunt destul de frecvente și de aceea îmi permit să insist puțin asupra diferitelor complicațiuni la care dă naștere diverticulul.

Complicațiile mai dese care se observă din cauza prezenței diverticului sunt :

1. Ocluziile intestinale,
2. Diverticulitele,
3. Tumorile.

În afară de acestea sunt fistulele ombilicale și erniile provocate prin perzistența canalului vitelin și pe cari le-am studiat în capitolul precedent.

Ocluziile intestinale datorite diverticulului. Formele acestor ocluzii variază foarte mult. Ele au fost grupate de *Pa'ise* și *Leichtenstern* încă din 1851 în 5 grupe.

Hilgenreiner citat într'un articol a lui *Coenen* din *Beiträge Z. Kl. Chir.* din 1909, studiind 195 de cazuri

de ocluzii diverticulare, împarte aceste varietăți de ileus în grupe.

Dintre formele cele mai dese de ocluzii prin diverticul sunt acelea, unde diverticulul singur, liber, sau aderent, formează un inel în care se produce strângerea. Acest inel poate fi format numai de diverticul sau de o bridă care continuă diverticulul. Această bridă,

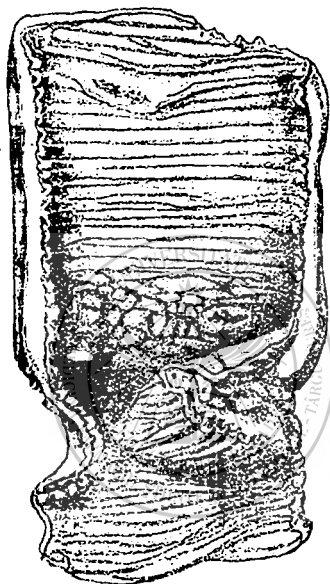


Fig. 4. Secțiune longitudinală a intestinului la nivelul stricturei. Se văd ulcerațiunile și perforația. Pe partea dreaptă a stricturei se văd două puncte; locul diverticulului a fost secționat.

care reprezintă un rest de diverticul, poate fi liberă sau vârful său să fie aderent și să formeze un inel de strângere, cum a fost în cazul nostru.

A doua formă deasă de ocluzie se datorește fie invaginării diverticulului în lumenul intestinal, fie că din cauza prezenței sale se produce o invaginație a peretelui intestinal.

A treia formă de ocluzie este datorită stenozei intestinale datorită unei malformațiuni congenitale sau căpătate, din cauza proceselor patologice produse prin prezența diverticului, sau a transformărilor acestuia. Între aceste procese, unul relativ des este volvulusul diverticulului lui Meckel.

Celelalte forme de ocluzii sunt mult mai rare și prezintă un interes limitat.

Simptomele produse de ocluziile diverticulare nu se deosebesc întru nimic de simptomele comune ale ileusului mecanic.

Horodynski remarcă într'un articol publicat în *Gazeta Lekarska* din 1915, că diagnosticul nu poate să fie făcut.

De remarcat totuși, că la unii bolnavi se notează în antecedentele lor fenomene intestinale destul de importante. Într'o observație a lui *Coenen* găsim, că un bolnav de 37 ani, care a terminat prin ocluzie, suferea de 9 ani de tulburări intestinale. Un bolnav a lui *Leja* s suferă de 50 de zile.

Totuși în cele mai multe cazuri fenomenele de ocluzie încep brusc, cum a fost și în observația noastră.

Am mai avea de remarcat în ocluziile diverticulare că se observă une-ori un mers mai lent decât în ocluziile mecanice obișnuite. Bolnavul lui *Lejars* suferă de 50 de zile. În cazul nostru ocluzia dura de 5 zile.

Diagnosticul dificil, acest mers lent al ocluziei și une-ori tabloul bizar al boalei, nu numai că nu cer o expectație, care totdeauna este fatală, din contra impun o terapie activă. Tehnica va fi condiționată de starea bolnavului și de leziunile ce le vom găsi.

Observație personală

Ocluzie intestinală prin diverticulul lui Meckel.

Ion S. de 8 ani. Intră în clinică la 28 Aprilie 1921.

După spusa părinților a fost sănătos până la 23 Aprilie, când a fost apucat de dureri bruscă în tot abdomenul. A doua zi

a avut vărsături alimentare și dela început nu mai are nici gaze, nici materii. Abdomenul i s'a umflat.

La primirea în clinică: Puls 114, Temp. 37.1 Resp. 19. Bine dezvoltat, nimic din partea celorlalte organe.

Abdomenul ușor balonat, în stare de apărare musculară generalizată, hiperestezie. Bolnavul are vărsături.

Diagnostic: ocluzie intestinală.

Operația. 28. (IV.) 1921. C. Op. 306. Operator Prof. Iacobovici, ajutor Dr. Roth.

Anestezie generală cloroform-eter.

Laparatomic mediană subombilicală. La deschidere se constată un diverticul al lui Meckel prelungit cu o brîtă, care se fixează pe fața anterioară a mezenterului, la câțiva cm. deasupra valvei ilco-cecale. Prin inel trece o ansă intestinală formată de partea terminală a ilconului. Ansa formează un singur cerc prinsă într'un inel.

Se secționează brida se liberează ansa, care își revine. Seroasa fiind puțin alterată se înfundă cu un surjet de mătăasă. Constatându-se un apendice lung și torsionat se face apendicectomia. Se reduc toate ansele intestinale în abdomen, afară de cea care prezintă diverticulul. Aceasta se inseră pe ilcon la 50 cm. de valvula ilco-cecală. Este inserat pe marginea liberă. Se prezintă sub forma unui deget lung de 6 c. m. (Fig. 1).

Se pune la bază o pensă de coprostază, se extirpă și se reconstituie tubul intestinal cu două rănuri de suturi, întărite cu fire întrerupte de mătăse. Se scurge din abdomen o cantitate însemnată de lichid citrin.

Mersul post operator normal.

La 7/V 1921. Se scot firele; reunire per primam.

La 10/V. Bolnavul părăsește clinica vindecat.

INFLAMAȚIILE DIVERTICULULUI LUI MECKEL.

Înțelegem sub titlul de inflamațiile diverticulului lui Meckel toate procesele acute, oricare ar fi evoluția lor, care se petrec la nivelul acestuia. Păstrăm numele simplu de diverticulită pentru procesele inflamatorii care se petrec la nivelul diverticulilor căpătați și care sunt foarte frecvente, comparativ cu procesele acute ale diverticulului lui Meckel.

Leziunile diverticulului lui Meckel au fost descrise încă din 1721 de către chirurgul *Richa* din Turin. Dar primul studiu mai complex a fost publicat de *Körte* la 1894.

Etiologie și patogenie. Cauzele cari se invoacă în studiul etiologiei și patogeniei apendicitei pot fi invocate și la diverticulite. Boala se găsește la ambele sexe. Ea este mai frecventă la bărbați, dar se întâlnește destul de des la copii.

Și la diverticulul lui Meckel, ca și la apendice, corpii străini pot da complicațiuni. Într'un caz a lui *Schwenk* publicat în *Berliner Klinische W.* din 1912, o femeie de 21 ani care înghițise un ac de gramofon cu un an și jumătate înainte și prezinta fenomene de apendicită, s'a constatat la operație, că acul perforase, diverticulul și era cauza fenomenelor.

Traumatismele pot avea un rol în producerea diverticulitelor. *Tillmann* comunică în 1913 la congresul chirurgilor din Saxonia următorul caz interesant. Copil de 4 $\frac{1}{2}$ ani, cade dela o înălțime de 1 $\frac{1}{2}$ m. Imediat fenomene de emoragie intestinală, cu dureri abdominale, vărsături, anemie gravă. Este ținut într'o clinică medicală până ce apar fenomene de peritonită generală, când este trecut la chirurgie și operat. Bolnavul moare a doua zi și la necropsie se constată un diverticul a lui Meckel de grosimea policelului, lung de 4 cm. situat la un metru de valvula ileo-cecală. La baza diverticulului o perforație prin care trece un creion. Mucoasa diverticulului identică cu cea a stomacului. La discuția urmată, unul din congresiști a susținut că acest aspect al mucoasei intestinale se datorește lipsei de contact cu bila și că transformările mucoasei intestinale sunt datorite influenței bilei.

Cauzele mecanice, cari produc torsiunile diverticulului joacă un rol important în patologia acestuia.

Nu mai puțin rol au diferite boale și în special

acelea care dau localizări intestinale. Așa se citează: eșeșe perforațiuni datorit febrei tifoide, una datorită tuberculozei și altele datorite tumorilor.

Anatomia patologică. Leziunile constatate la nivelul diverticulului pot fi calchiate pe cele care se constată la apendice: dela simpla inflamație a țesutului

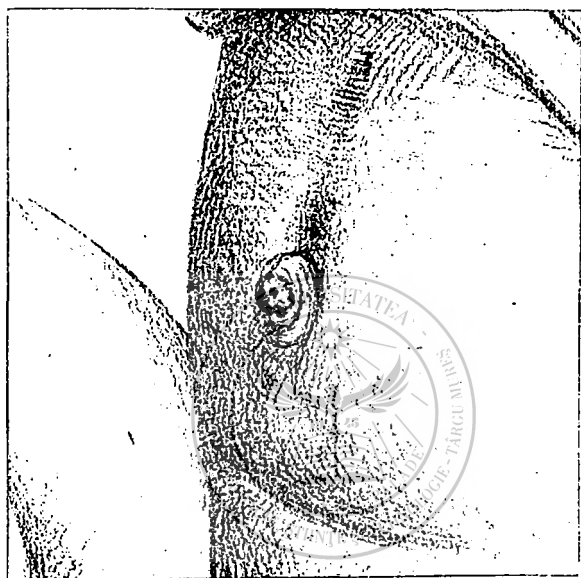


Fig. 5. Desen după natură a cazului lui Ștefan B. Perzistența canalului vitelin.

limfatic, până la distrugerea, gangrena și perforația diverticulului.

Procesul poate rămânea la diverticul, sau să se propage la mezenter și peritoneu. Poate da o peritonită localizată, dela simpla iritație până la abces, sau poate da o peritonită generalizată de formă simplă sau purulentă.

De remarcat încă, că diverticulul având raportu i întime cu intestinul și mezenterul, inflamația lui are ca

urmare diminua de calibru a intestinului și ca consecință fenomene de ileus cronic sau acut. Colecțiile diverticulare ca și cele apendiculare se pot deschide în organele cavitare și să producă fistule.

Simptome. Formele clinice variază foarte mult. *W. van Kock* și *A. B. Karnavel* în articolul lor din *Surgery* a lui *W. Keen*, împart formele în: fulgerătoare, sub-acute și cronice.

Forma fulgerătoare este caracteristică torsiunilor și perforațiilor diverticulare. Ea se aseamănă mult cu cea a apendicitei gangrenoase. În plină sănătate apar dureri mari abdominale, fenomene de ileus mecanic și peritonită. În câteva zile bolnavul sucombă.

Formele subacute se caracterizează prin un mers mai încet. În cazul observat de noi boala a debutat cu 12 zile înainte. Ea a început cu dureri mari abdominale, cari se iradiază spre spate. Odată cu acestea a avut vărsături, constipație și temperatură înaltă. La examenul local s'a constatat în fosa iliacă dreaptă un bloc de mărimea unui pumn.

Forma cronică se caracterizează prin tulburări gastro-intestinale neregulate, cu fenomene abdominale când mai pronunțate, când mai atenuate. Aceste forme cronice pot să se transforme în atacuri acute cu perforațiuni și complicațiuni fatale.

Diagnosticul. În cele mai multe cazuri diagnosticul s'a pus în timpul operației. S'ar putea face supoziții bazate pe următoarele constatări: lipsă de durere maximă în punctul *Mc. Burney*; defensă musculară localizată în altă parte decât la locul obișnuit al apendicitei; prezența sângelui în scaune; existența unei fistule ombilicale, sau a altei malformațiuni congenitale.

În stare normală diagnosticul existenței diverticulului poate fi făcut cu ajutorul radioscopiei.

Pronosticul. Leziunile grave cari se constată la nivelul diverticulului, tabloul simptomatic bizar sub care

se prezintă și faptul, că în multe cazuri s'a făcut un tratament greșit și operația nu s'a făcut decât în extremis, explică pronosticul destul de trist, care după observațiile cercetate, de mine au dat o mortalitate de peste 40%.

Tratamentul. Va fi condiționat de leziunile constatate. Dacă găsim un diverticul liber, ori care ar fi leziunea, se impune rezecția lui și a segmentului intestinal pe care este implantat. Or de câte-ori găsim colecții localizate, vom face și rezecția diverticulului și a intestinului, dacă se poate, cum am procedat și în cazul nostru. Când starea generală este rea ne vom mulțumi cu un anus artificial sau cu simpla drenare.

Observație personală.

Peritonită localizată supurată, datorită unui diverticul a lui Meckel.

Mihail P. de 61 ani. Intră în clinică la 15 Iulie 1921.

A fost totdeauna sănătos până la 3 Iulie, când în timpul nopții a avut dureri mari abdominale, dureri difuze, cari iradiau în spate. În același timp începe să aibă temperatură, sudori abundente, greață și vărsături alimentare. Zilele următoare durerile continuă. Era constipat de 3 zile. Cheamă un medic care îi dă un purgativ urmat de efect.

A 12-a zi de boală intră în clinică: Puls 90. Temp 38°.

În fosa iliacă dreaptă o tumoare ireductibilă, de formă neregulată, de mărimea unui pumn. Prezintă o ernie inguinală dreaptă, de mărimea unui ou, ireductibilă, dureroasă.

Se bănuiește o apendicită acută și se decide intervenția imediată.

Operația. 15/VII/1921. Operator Prof. Iacobovici, ajutor Dr. Al. Pop. Rachianestezie.

Se face o hernio-lapara'omie. La deschiderea sacului se scurge o cantitate considerabilă de puroi. Căutăm cecul și inserția apendicelui. În punctul unde se inseră normal apendicele se constată un cordon, de mărimea și forma apendicelui. Căutând să-l izolăm constatăm, că se desface ușor de cec. Urmărindu-l mai departe găsim, că merge pe din dărătul cecului și apoi se continuă la partea externă și superioară a cecului, cu o cavitate de formă conică. Căutând să izolăm această cavitate se rupe și se scurg materii fecale. Se extirpă cordonul și punga conică și atunci vedem că este un di-

verticul Meckel, cu o bază de implantare largă. (Fig. 3) După extirpare, ansa intestinală se prezintă ca un anus artificial cu pînă. Fixăm acest anus la tegumente. Inchidem parțial plaga, restul drenăm.

Bolnavul evoluează în condițiuni foarte bune timp de 28 de zile. La 12 August moare rapid în urma unei puternice emoragii interne. La necropsie se constată că emoragia s'a datorit unui epiteliom al pilorului, care a produs o ulceratiune a unei artere pilorice.

S'a constatat că diverticulul fusese inserat pe ileon, lângă valvula ileo-cecală și apendicele era prins într'o masă de aderențe.

Restul cavității peritoneale era complet liber.

DIVERTICULII INTESTINALI CĂPĂTAȚI SAU DIVERTICULII FALȘI. DIVERTICULITE.

Diverticuli intestinali căpătați se deosebesc de diverticulul congenital al lui Meckel prin situația lor și prin multiplicitatea lor.

Contrar de diverticuli congenitali, cari dau cele mai deseori fenomene în copilărie și la tineri și rar la o vârstă mai înaintată, diverticuli căpătați îi găsim la adulți și mai ales la bătrâni.

Pe când diverticulul lui Meckel este relativ rar, diverticuli căpătați constituie o afecțiune destul de deasă, cu o simptomatologie oarecum precisă și cari sunt diagnosticați destul de des cu ajutorul radioscopiei.

Diverticuli sunt rari la stomac, destul de deși la duoden, mai rari la jejun și ileon și constituie prin complicațiunile ce le dau, o afecțiune frecventă a colonului și în special se observă la colonul ileo-pelvic.

I. T. Case publică în The Journal of the American medical association din 1920, un studiu foarte interesant asupra falșilor diverticuli a intestinului subțire.

El arată că până la 1912 nu s'a diagnosticat nici un diverticul cu razele X. El făcând examenul complet al tubului digestiv la 6347 de indivizi, a găsit 90 de diverticule, din cari: 85 la duoden, 4 la jejun și un caz de diverticule multiple pe jejun și ileon.

Deci, după socoteala lui *Case* există un diverticul la 82 de indivizi.

La diverticulele duodenale constată: că de 78 de ori erau unice, de 7 ori erau 2—4.

A găsit de 34 ori la bărbați și 51 la femei. Vârsta medie a fost 56 ani.

După l. *Grede* (teza din Paris 1921) frecvența după vârstă ar fi următoarea: 16% sunt sub 50 de ani, 31% între 50—60 și 47% la indivizii peste 60 de ani.

Localizările pe diversele segmente ale duodenului ar fi următoarele după *Case*: pe prima porțiune 17; a doua 49, a treia și unghiul duodeno-jejunal 19.

La nivelul appendicelui s'au descris diverticuli de către *K'abbel* la 1912; de *Bérard* și *Vignard* la 1913; *Tihomirov* la 1913; *Reichel* la 1912; *Gottstein* 1911.

Dar cele mai multe diverticule false se găsesc la nivelul colonului pelvian.

Cel mai complet studiu a fost făcut de *Telling* la 1911, care a găsit 63 de cazuri; alte studii anterioare au fost făcute de *Sidney Jones* la 1858; de *Loomis* la 1877; de *Birch-Hirschfeld* 1887, *Bigs* la 1894 și în fine *Beer* și *Mayo* la 1907.

Dela studiul lui *Telling* din 1911, numărul cazurilor a crescut și cu deosebire în Anglia și Statele Unite, unde boala este bine cunoscută.

Patogenia acestor boale este destul de obscură. Un factor important este slăbirea peretelui intestinal din cauza vârstei, a ptozei, a grăsimii. Pare că un rol important ar avea și presiunea intestinală mărită.

Un rol important ar avea și anumite slăbiri ale peretelui intestinal, cum sunt punctele de străbătare a vaselor sanguine. Anomaliile musculaturii intestinale înlesnesc formarea acestor diverticuli.

Grasser studiind un caz de stenoză datorită diverticulitei și apoi făcând cercetări, constată că acești diverticuli se formează la punctul de pătrundere a va-

selor mezenterice. Acest fapt este evident la intestinalele unde a fost o stază. Presiunea determină producerea înfundării și formarea diverticulului. Aceste înfundături se îltă, sunt năvălitate de celulele limfocitare și uneori se izolează o insulă de aceste celule în peretele intestinal. Sunt cazuri unde inflamația merge mai departe, dă naștere la abcese, flegmoane, cari se deschid fie în intestin, fie în afară, sau în organele vecine. Alte ori se produce o perforație bruscă și o peritonită. Acești diverticuli mucoși, numiți și diverticuli lui Grasser sunt destul de deși.

Cazul observat de noi prezintă un interes deosebit. Examenul anatomo-patologic făcut de dl Profesor *Vasilă* și dl *D. Roth* a arătat, că la nivelul diverticulului exista un proces tuberculos. Ca atare, tuberculoza intestinală poate da diverticuli tip Grasser. Această constatare are o importanță deosebită în patogenia diverticulilor căpătați și noi n'am găsit-o citată de alți autori. Ar fi greu să precizăm, dacă tuberculoza este cauza diverticulului, sau dacă nu este consecutivă procesului patologic produs de diverticul.

Anatomia patologică. Formele sub cari se prezintă diverticuli variază foarte mult. Uneori ei sunt multipli și formează ca niște boabe ce atârnă pe intestin, cum era în cazul lui *Antonelli*.

Într'un caz a lui *Case* se găsește pe jejun 12 diverticuli, din care cei mai mulți cât niște fire de mazăre și unul cu un diametru de 5 cm.

Într'un caz a lui *Versmann* din 1919, un diverticul al duodenului avea forma unui deget de mână și o lungime de câțiva cm.

În cazul lui *Paye* raportat de *Holban* la congresul chirurgilor saxoni din 1913, s'au găsit pe sigma 15 diverticuli, din cari 3 mari și 12 de diferite mărimi mai reduse.

Numărul acestor diverticuli variază dela unul până la 400 cum a fost în cazul lui *Hanseman*

Structura diverticilor variază. Atunci când ei se exteriorizează și formează o cavitate, aceasta are un perete compus din toate tunicile, dar în cele mai multe cazuri peretele nu este format decât din mucoasă și seroasă iar musculara lipsește.

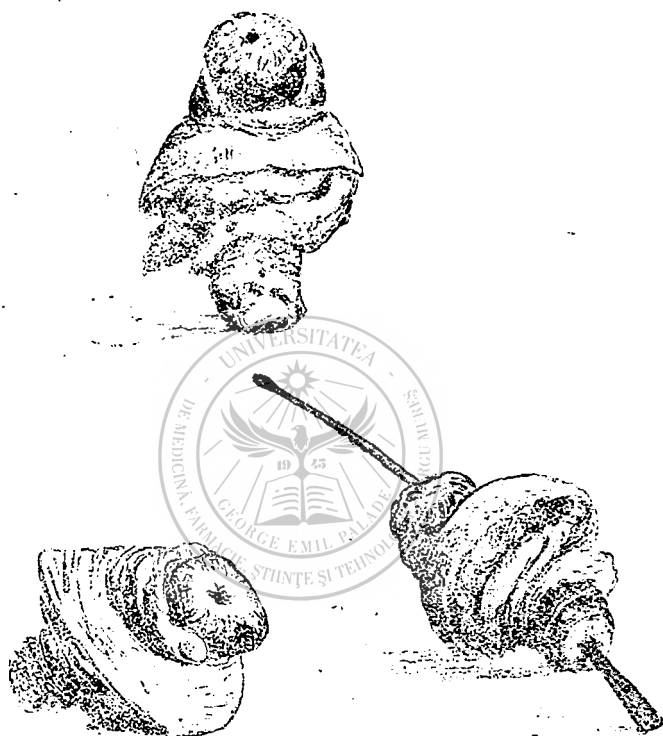


Fig. 6. Diferite aspecte ale canalului vitelin și a ombilicului.

Comunicarea cu intestinul poate fi păstrată și ea se prezintă de la forma unui mic orificiu până la o largă deschidere.

Conținutul poate fi chim intestinal, calculi, corpi străini, coprolite. Cele mai deseori sunt goi.

Diverticuli mucoși a lui Grasser se prezintă sub

un aspect deosebit. Vom descrie cele constatate în cazul nostru, care este un tip de diverticul mucos.

Pe o secțiune făcută la nivelul stenozei se constată cu ochiul liber o formațiune de o colorațiune mai închisă și care prezintă la mijloc un orificiu punctiform. Un stilet fiind introdus pe acest orificiu pătrunde cam la o adâncime de 1 cm. din care 4 — 5 mm. se găsește în me-zenter. Lângă această formațiune se constată un vas mic.

Preparatele făcute după incluziunea în parafină arată, că peretele diverticulului este format din o masă bogată în țesut limfatic și infiltrat de limfocite. În alte secțiuni în serii se constată resturi însemnate de mu-coasă intestinală cu epitelii cilindric, și urme de cripte.

În alte puncte se constată schimbări tuberculoase evidente, cu celule epiteloide și celule gigante a lui Langhans.

Simptome. Maxwell Telling într'un articol din The Lancet 1920, intitulat diverticulitele, clasează formele clinice în următoarele ca-tegorii: fenomene inflamatorii, tumoare în fosa iliacă stângă, peritonita generalizată, fistulă vezico-colică, sindrom pelvian, ocluzie intestinală și pseudo-cancer.

Prima formă, adică de fenomene inflamatorii, se găsește în proporție de 30%.

Fistulele vezico-colice sunt consecutive deschiderii colecțiilor diverticulare în vezică. Complicațiune destul de frecventă. A. Le Chute publică în Boston med. a. surg. journal No. 184 din 1921, un studiu asupra patru cazuri de diverticulite sigmoide deschise în vezică. Unul din bolnavi suferea de 25 de ani de tulburări în micțiune și necesitate imperioasă de a urina. Autorul atribuie dizuria aderenței de diverticul și polakiuria cistitei produse de trecerea conținutului intestinal. Chute recomandă, ca la toți bolnavii cu fenomene vezicale și tulburări în fosa iliacă stângă mai ales, când găsim cor-doane sau o tumoare, să ne gândim la aceste fistule.

Eliminarea materiilor sau gazelor prin uretră permit precizarea diagnosticului.

Diverticuli duodenului și intestinului subțire dau tablouri foarte variate. Unii bolnavi prezintă tulburările caracteristice dispepsiilor. În multe cazuri tabloul clinic se confundă cu cel al ulcerului gastric, sau mai des a celui duodenal. Alte ori iau toate simptomele pancreatico-duodenale cu crize și intere.

Letulle a arătat încă din 1898, cazuri de diverticuli perivaterieni, cari au dat fenomene patologice.

Versmann din Eppendorf înzistă asupra importanței acestor diverticuli și citează cazuri de bolnavi cu fenomene hepatice, operați de 2—3 ori și la cari la necropsie s'a constatat prezența diverticulilor la nivelul ampulei lui Vater.

În cazul nostru, bolnavul suferă de doi ani. El avea dureri difuze în abdomen, mai pronunțate pe linia mediană și după mâncare. În ultimul timp durerile deveniseră mai slabe și mai rare. N'a avut nici când melenă. Cu patru zile înainte de a intra în clinică încep dureri foarte mari, cari după o zi ajung la maximum de intensitate și-l obligă să stea în pat. Probabil durerile mari au fost semnele perforației.

Diverticuli apendicelui se prezintă cliniceste ca și apendicita și numai examenul anatomic permite diagnosticul lor. În cazul citat de *Reichel* la congresul chirurgilor saxoni din 1912, este vorba de o fetiță de 11 ani care s'a prezentat cu fenomene de apendicită. La examenul apendicelui, care era inflammat, se constată la 1 c. m. de la baza organului un diverticul de mărimea unei fasole, care este perforat. Un studiu asupra tuturor diverticulilor apendicelui este făcut de *Bérard* și *Vignard* în *Presse médicale* din 1913.

Diagnosticul. Diverticulitele sigmoidiene trebuiesc presupuse ori de câte ori ne aflăm în fața unor bolnavi cu tumori în regiunea fosei iliace stângi și mai ales,

când aceste tumori au dat naștere la simptome de ileus. Complicația vezicală pledează mai curând pentru diverticulită decât pentru neoplasm.

După *Henry și Kraft* (Revue méd. de la Suisse rom. 1918) la bolnavii bătrâni și cari prezintă fenomene apendiculare la stânga, înseamnă de cele mai multe ori că sunt fenomene diverticulare. Se caracterizează prin ileus cronic, melene și fistule vezico-colice. Pentru precizarea diagnosticului recomandă radioscopia și rectoscopia făcută cu multă băgare de seamă.

Diverticuli duodenului, jejunului și ileonului, pot ușor să fie diagnosticați cu ajutorul radioscopiei, după cum a arătat *Case*, care a pus acest diagnostic în 90 de cazuri pe 6347 de examene a tubului digestiv.

Cercetarea și descoperirea radiografică a acestor diverticuli cer din partea radiologului o cunoaștere amănunțită a imaginilor tubului digestiv.

După *I. Greder* diagnosticul radiologic se bazează pe următoarele constatări:

1. Apariția unei umbre care nu era înainte de absorbția prâzului opac, sub forma unei pete mai mult sau mai puțin rotundă și situată în vecinătatea sau interiorul concavității duodenale;
2. Constatarea din nou a acestei pete după ce bolnavul s'a alimentat normal, adică după 24 de ore;
3. Mobilizarea prin presiunea degetului a acestei umbre pe peretele abdominal posterior;
4. Trecerea bismutului conținut în diverticul în duoden;
5. Insensibilitate completă la presiunea făcută la nivelul diverticulului;
6. Să lipsească semnele de stenoză a duodenului.

Totuși și *Greder* admite, că se pot face confuzii cu calculii hepatici, pancreatici, cu ganglionii mezenterici calcificați, cu concreții fecale și mai ales cu ulcerul duodenului.

În genere, diverticulita fiind puțin cunoscută se confundă cu: epiteliomul, actinomicoza, tuberculoza, enteritele cronice, iar în caz de complicații, origina se constată în cursul operației.

Pronosticul. Diverticulita fiind o boală rară și puțin cunoscută, tratamentul s'a făcut mai mult pe complicațiuni decât pe însăși boala. La prima statistică din 1911 făcută de *Telling* pe 63 de cazuri de diverticuli sigmoizi,



Fig. 7. Secțiune transversală prin porțiunea stenozată: *Obj: I A*
Ocular 1. R.

- Linia întâia de sus în jos: epiteliu intestinal
 „ doua: țesut conjunctiv cicatricial
 „ treia: epiteliu intestinal în lumenul diverticulului.
 „ patra: peretele diverticulului format din celule limfocitare.

sau găsit abcese în 23 de cazuri și 13 cazuri de fistule vezico-vaginale. Cazuri cu perforații și peritonite generale, ca cel observat de noi, sunt foarte rare.

În genere pronosticul este sombru.

Tratamentul. *Telling*, *Cameron* și *Rippmann*, *Case*, *Geder* și toți cei cari s'au ocupat de această chestiune recomandă un tratament chirurgical, singurul capabil să salveze bolnavul.

Tratamentul ideal este rezecția părții care prezintă diverticulele. Dacă acest lucru nu se poate, se va face exclusiv, anus contra naturi, sau în cazuri grave sutura perforației și drenaj.

Telling remarcă, că după rezecții peritonită e foarte deasă din cauza infecției existente a peritoneului. Acelaș autor citează recidive, deoarece s'au lăsat diverticuli pe loc.

Operațiile asupra diverticulilor duodenali sunt rare și *Greder* citează 4 cazuri, din care în două cazuri s'a pus diagnosticul prin radioscopie.

Observație personală

Diverticul Grasser, stenoză, perforație, peritonită generalizată.

Ferenz H. de 27 ani. Intră în clinică la 16 Ianuarie 1921.

Boala a început cu doi ani mai înainte, cu dureri difuze în abdomen, dureri mai pronunțate pe linia mediană și după mâncare. Din când în când avea diaree. Nu-și amintește să fi avut scaune cu sînge. Dar în ultimul timp aceste dureri veneau mult mai rar și erau mai slabe, așa că bolnavul s'a considerat mult ameliorat.

La 12 Ianuarie a luat o masă copioasă (varză, gulaș, carne de porc foarte grasă). A doua zi dimineața nu s'a simțit tocmai bine, totuși s'a dus la serviciu. Pe la ora 9 au început dureri abdominale foarte puternice, așa că a părăsit lucrul. S'a dus acasă și s'a pus în pat. După recomandăția medicului consultat vine la clinică

Slab, cu mucoasele decolorate, facies peritoneal, stare generală mizerabilă. Temp. 39°. Puls 130.

Sughit, vărsături. Retenție de gaze și materii. Celelalte organe în raport cu starea generală. Ficatul cu matitatea dispărută în parte. Splina percutabilă.

Abdomenul balonat, distins, apărare musculară generalizată sonor, afară de fosele iliace cari sunt mate.

Prin tușeul rectal se constată, că fundul de sac a lui Douglas bombează și este fluctuent. Nu este obstacol în rect.

Urîncează frecvent. Urina puțină. Are albumină.

Operația. C. Op. No. 33. Data 16/1/1921.

Operator. Prof. Iacobovici, ajutor Dr. Câmpeanu.

Anestezie generală cu aether.

Incizie pararectală dreaptă, unde după anestezie s'a simțit o tumoare. După deschiderea peritoneului se scurge o cantitate consi-

Porțiunea de intestin mai sus de stenoză ; rezintă o dilatare și o îngrășare pronunțată a pereților. Valvulele conivente sunt foarte pronunțate, mucoasa roșietică și catifelată. La un lat de mână deasupra stenozei se mai văd încă două ulcere transversale de 6—8 mm. cu margini ridicate roșii brune și cu fundul necrotic.

În porțiunea stenozată se face o secțiune în direcțiunea axului intestinal. Se constată, că în cea mai mare parte inelul stenozant este format din țesut conjunctiv cicatricial, care este acoperit spre lumenul intestinal, în parte cu mucoasă. Pe secțiune care are o colorare cenușie închisă se observă, chiar în mijlocul său și cu ochiul liber, o formațiune de mărimea unui bob de linte, cu o colorațiune mult mai închisă și prezentând la mijloc un lumen punctiform.

Un examen histologic pentru a ne orienta arată, că această formațiune corespunde unei mase formată din limfocite și având la mijloc un lumen fără mucoasă.

Toată porțiunea stenozată a fost cercetată cu amănunțime. Micul orificiu se poate urmări cu o sondă în ambele direcții pe o adâncime de 1 cm. Se constată că această formațiune se continuă sub forma unui fir subțire între foițele mezenterului și s'a putut izola un vas mic situat în imediata apropiere a acestei formațiuni.

După aceste constatări porțiunea stenozată se taie în direcție meridională în opt porțiuni subțiri. Fiecare porțiune cuprinde la mijloc formațiunea vizibilă macroscopic și descrisă mai sus.

După incluziuni în parafină se fac secțiuni în serii și se examinează peste 300 de preparate.

Examenul microscopic. La microscop se văd aspecte foarte variate. În cele mai multe secțiuni se observă la suprafață o mucoasă intestinală tipică, în țesutul sub-mucos o infiltrație leucocitară, printre acestea țesut conjunctiv cicatricial, care conține în el formațiunea descrisă mai sus și văzută în secțiunea transversală.

Peretele acestei formațiuni constă exclusiv dintr-o masă bogată în limfocite. Într-una din seriile de secțiuni se vede clar, în *lumenul acestei formațiuni, resturi destul de mari de mucoasă intestinală cu celule epiteliale cilindrice, se mai văd și secțiuni transversale de cripte.* (Fig. 7).

Pe alte secțiuni se văd în peretele acestei formațiuni procese tuberculoase evidente cu formă de tuberculi, cu celule epiteloide și celule gigante a lui Langhans.

Observăm pe secțiuni izolate ale acestei formațiuni, în *lumen resturi de mucoasă intestinală, iar în perete tuberculi evidenți* (Fig. No. 8).

S'au mai examinat histologic încă mai multe porțiuni ale intestinului, precum și porțiunile ulcerate și nu s'au mai găsit nicăieri procese tuberculoase.

Concluziuni.

Există un falș diverticul intestinal, în al cărui pereți s'a localizat un proces tuberculos, care apoi a dat naștere stenozei.

Prezența bine constatată a mucoasei în lumenul formațiunii dovedește cu prisosință, că este un diverticul intestinal falș.

Nu ne putem pronunța asupra modului cum s'a format acest diverticul.



ACADEMIA ROMÂNĂ
MEMORIILE SECȚIUNII ȘTIINȚIFICE
SERIA III TOMUL I MEM. 7

HIPNOTISMUL DIN PUNCT
DE VEDERE TERAPEUTIC
ȘI MEDICO-LEGAL

DE
DR. G. MARINESCU
MEMBRU AL ACADEMIEI ROMÂNE



CVLTURA NAȚIONALĂ
BUCUREȘTI

1923