

47417
31944
D.B.
Dr. C. BACALOGLU

Contribuțiune la studiul kistului hidatic al ficatului (diagnosticul lui; supurațiunea; pericolul puncțiilor explorative și curative; regenerescenta ficatului).

(Extrait des Bulletins et Mémoires de la
Société des Médecins et Naturalistes
de Jassy

No. 11 et 12, 1912



== I A Ș I ==
TIPOGRAFIA „DACIA”
P. & D. ILIESCU
== 1912 ==

6-



2592

Contribuțiune la studiul kistului hidatic al ficatului (diagnosticul lui ; supurațiunea ; pericolul punc- țiunilor explorative și curatrice ; regeneres- cența ficatului)

de

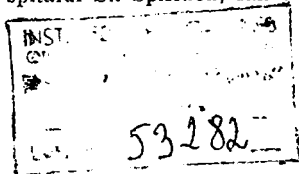
D. rul C. BACALOGLU

Profesor al Universității din Iași *)

Trei cazuri urmărite și studiate anul acesta în clinica noastră ne-au dat prilejul de-a preciza cite-va puncte importante din istoricul kistelor hidatice a ficatului. Într'un caz vindecat prin operațiune supurațiunea era provocată de bacilul lui Eberth; într'un alt caz terminat letal, am putut studia din nou regenerescența ficatului. Aceste puncte merită a fi relevate, observațiunile clinice vor preceda discuțiunea amănunțită a diagnosticului și a celor-lalte considerațiuni ce răsar din studiul amănunțit al cazurilor noastre personale.

Ilie N. funcționar în vîrstă de 35 ani, mă consultă pentru o veche afecțiune de ficat de care suferă de 2 ani și pentru care s'a căutat cu mulți medici atît la Iași cit și la București. Bolnavul era slăbit, pali, cu o ușoară sufusiune gălbuie a conjunctivelor și bănuind după examenul local al regiunii hepatice un kist hidatic l'am angajat să intre în serviciul clinicei noastre pentru a i se confirma

*) Lecțiuni clinice la spitalul St. Spiridon, Ianuarie 1913.



diagnosticul și la nevoie a procedea la un tratament eficace, operator. Intră în secțiunea noastră la 26 Aprilie 1912

Ca antecedente hereditare, ne spune că tatăl său a murit accidental de o plagă complicată cu gangrenă la un picior; mama trăește, e sănătoasă. E singurul care a rămas din 4 frați; cei-lalți au murit, dar nu poate preciza de ce afecțiune. Mai are o soră, cam debilă, scrofuloasă. Este însurat, a avut un copil care i-a murit în urma unei tuse convulsive complicată cu broncho-pneumonie. Nu a avut nici o afecțiune veneriană; intru cit privește sifilisul nu prezintă nici un stigmat al acestei afecțiuni. Nu este alcoolic; chiar nu mai bea vin de loc de cind suferă de ficat. Ca antecedente patologice, a avut morbilli ca copil și acum zece ani friguri intermitente palustre, care au durat o vară întreagă.

Aceste antecedente paludice de almintrelea, coroborate de prezența unei spline mari au îndrumat pe toți medicii ca să atribuie hepatomegalia pacientului pe seama paludismului; astfel că în acești doi ani a urmat fără conținere un tratament univoc ordonat de diferiți medici și bazat pe chinină și arsenic.

Începutul bolii sale e marcat prin dureri sub falsile coaste din dreapta; la început durerile erau slabe, dar încetul cu încetul se accentuează. Se resimțea mai cu seamă cind umbla și scoborea; dar uneori chiar cind sta liniștit în pat tot avea senzațiunea unei apăsări, unei dureri surde în regiunea hepatică.

La început localizate sub falsele coaste, încep în urmă să iradieze mai cu seamă în spre epigastru și foarte adeseori în regiunea dorsală, către umărul drept. Pofta de mâncare e micșorată; dar nu a avut nici o dată fenomene de intoleranță gastrică, nici grețuri, nici vărsături; e adesea constipat. Intru cât privește desgustul de unele alimente, de carne ori de substanțele grase, ne spune că din potrivă îi place și lua adesea untdelemn ori grăsimi ca alimentațiune. Nu a avut urticarie. Din punctul de vedere al posibilității infecțiunii hidatice aflăm că ani întregi a

avut în casă un cățeluș, și că nu numai se afla în totdeauna pe lângă dânsul, dar chiar și noaptea îl culca la picioarele lui.

La examenul somatic relevăm următoarele: splina e notabil mărită atât în diametrul său longitudinal cât și transversal; nu depășește însă și nu e perceptibilă sub falsele coaste. Matitatea ficatului e foarte mărită; începe din al patrulea spațiu intercostal, de-asupra mamelonului și se continuă la două laturi de deget sub marginea costală. Lobul stîng al ficatului e de asemeni mărit, dar hipertrofia e notabil mai accentuată în lobul cel drept. Ce ne-a îndreptat însă diagnosticul către un kist hidatic este faptul bine apreciazabil al unei boltiri în masă a regiunii hepatice, mai ales către linia axilară. Este o rădicare lină, totală a întregii suprafețe a ficatului, astfel că flancul drept e mai rădicat de cât cel din stînga. Această boltire este bine evidențiată privind bolnavul în picioare fiind la lumină, și comparând regiunea hepatică cu cea splenică.

Nu există fremisment hidatic.

Ascultațiunea pulmonului și a cordului ne arată că amîndouă aceste organe sunt normale. Dar la nivelul pleurei drepte, către bază, există matitate, pierderea elasticității sub degetul percutat, îndepărtarea și micșorarea vibrațiunilor thoracice: la ascultațiune respirațiunea pulmonului de-abea se aude, există frecături pleurale, atât în regiunea posterioară cât și pe linia axilară și notăm pe o zonă de câțiva centimetri existența sunetului argintiu al lui Pitres (semnul banului). Celelalte organe sunt normale; urina nu conține nici zahăr, nici albumină, numai urme de urobilină. Examenul sîngelui practicat de D-rul Nimereanu arată o compozițiune absolut normală; numărul eosinofililor nu e mai mare ca 10%.

Astfel examenul sîngelui nu ne dă nici o indicațiune. Ne-am întrebat dacă e bine să facem punctiunea exploratrice sau să se procedă direct la o laparotomie? Ne-am decis pentru o punctiune cu siringa lui Pravaz și am pătruns în ficat străbătînd al 9-lea spațiu intercostal, la nivelul regiunii unde boltirea era mai evidentă. Idată am

extras un liquid limpede ca apa de stâncă, nealbuminos, care examinat la microscop după centrifugare ne-a arătat cârlige de echinococi caracteristice.

Bolnavul a fost neliniștit toată ziua; a avut o ușoară tachicardie (100 pulsațiuni); oare care sentiment anxios, greață și câte-va vărsături. A doua zi prezenta o erupțiune urticariană în mari placarde; toate aceste fenomene au dispărut în cele două zile următoare și erupțiunea ortiată de asemenea nu mai era de loc vizibilă după 3—4 zile. — Temperatura în totdeauna și înainte și după punctiune a fost normală.

Bolnavul e trecut în secțiunea chirurgicală a D-rului Juvara, care în ziua de 11 Mai procede la operațiune.

De oarece tumora se găsea sub plastronul ultimelor coaste chirurgul este obligat a resecta o bucată, din coastele 9-a și a 10 pentru ca să-și dea lumină. Injecțiune cu soluțiune de formol; marsupializare a pungei chistice la plaga cutanată iar la incisiunea kistului s'a scurs o cantitate de liquid foarte ușor turbure, ce se poate evalua la 2 litri; vesicule fiice în abundență și membrana germinativă se elimină prin incisiune. Înainte de a înciza kistul s'a deschis pe o mică întindere (1—2 c.m.) și cavitatea pleurală; aerul pătrunde în pleură cu un ușor șgomot. Se tamponează deschiderea pleurală și apoi repede se suturează buzele plăgei. Urmărilor operațiunii au fost admirabile. Nici rădicare de temperatură, zilele următoare s'a eliminat împreună cu o secrețiune abundență ușor purulentă și o ușoară colerație, bucăți din membrana germinativă. — Cavitatea kistică erea enormă, cele mai mari pensete nu îi atingeau fundul.

Bolnavul se îndreaptă, pofta de mâncare este excelentă; după câte-va săptămâni este cu totul transformat. A câștigat în greutate mai multe kilograme; ne-a spus că toate durerile și starea bolnăvicioasă anterioară au dispărut. Fistula hepatică persistă încă până astăzi, rana închizându-se foarte încet. Ca și în celalt caz aproape identic studiat de noi, marsupializarea pe lângă avantajile mari ce prezintă din punctul de vedere al reproducțiunii ulterioare

imposibile ale kistului și a siguranței cu care se apără cavitatea peritoneală are în potrivă-i adesea ori lunga durată a fistulei hepatice.

Dar având în vedere că kistul hidatic era supurat, de sigur acesta este singurul procedeu de urmat, indicat de almintrelea de imensa majoritate a chirurgilor. — Procedeu ideal al lui Delbet nu se poate aplica de cât în anumite și rari cazuri.

În definitiv, bolnavul se poate socoti ca deplin vindecat și închiderea completă a fistulei sale este chestiune de timp și de răbdare.

Persistența fistulei sale se explică și prin mărimea excepțională a kistului care avea volumul unui cap de adult și a cărui cavitate se șterge prin lipirea pereților și formațiunea unui țesut embrionar, încetul cu încetul.

Domnișoara Ana V. de 19 ani, studentă, intră în serviciul clinicei la 14 Septembrie, într-o stare de deprimare fizică accentuată, slăbită și palidă, cu febră continuă și anorexie, plângându-se și de o sensibilitate anormală în regiunea epigastrică.

Ca antecedente hereditare și colaterale nu relevăm nimic important; a pierdut pe tatăl său fiind bătrân, mama e sănătoasă și are încă 2 frați și 2 surori în deplină sănătate.

Ca trecut pathologic personal, vedem că este cam încărcat; copil de 5 ani a avut manifestațiuni scrofuloase (ganglioni, impetigo, etc.); mai târziu o otită medie supurată la stânga, care persistă sub formă de o ușoară scurgere încă și astăzi și care o face ca să nu audă bine cu urechea stângă, având și senzațiuni subiective de înțuiri. Apoi febră intermitentă palustră la 10 ani. Menstruată la 11 ani, are apoi dismenoree, regula dureroasă și neregulată; adeseori prelungindu-se 7—8 zile și întrerupându-se câte 2 și mai multe luni.

Ca antecedente în legătură posibilă cu afecțiunea actuală notăm că acum 2 ani a avut turburări gastro-intesti-

nale: greață, vărsături bilioase, constipație urmată de diaree și gălbinare care durează o lună și dispare însă cu desăvârșire, astfel că astăzi nu notăm nici o urmă de subicter (la conjonctive, sub limbă), urinele de asemenea nu conțin pigmenți biliari (nici albumină, nici zahar).

De atunci însă au persistat oare care turburări gastro-intestinale; din când în când dureri epigastrice și constipație. Nu îi plăcea nici carnea și nici grăsimile. Nu a avut nici o dată urticarie.

Având în vedere tumefacțiunea hepatică ce am constatat în urmă și pe care o vom descrie ulterior, aflăm că avea slăbiciune de căței și de când era mică încontinuu a avut pe lângă dinsa un cățeluș.

Fenomenele morbide actuale, cu intensitatea lor crescând s'au desfășurat cu începere de la sfârșitul lunei lui Iulie curent, când bolnava se afla la Brăila. Au început turburări digestive, anorexie și mai ales o constipație foarte rebelă care a rezistat la mai multe purgative timp de 7 zile. Apoi au început fiori, însoțiți de ridicare de temperatură și de transpirație. O slăbiciune generală, inapetență, dureri în tot abdomenul; această stare durează mai multe săptămâni. Se pare că medicul curant a făcut diagnosticul de febră palustră, — județul Brăila e foarte bogat în manifestațiuni de malaria —; dar vom vedea că acest diagnostic de sigur a fost eronat, având în vedere reacțiunile singelui și examenul bacteriologic: suntem siguri că totă această evoluțiune morbidă de 3—4 săptămâni care a lăsat după dinsa o depresiune și o slăbire profundă a întregului organism nu a fost decit o dothienanterie care a fost ignorată. E probabil că în acelaș timp să fi avut și o infecțiune palustră; o asociațiune tipho-malariană, pe care ar justifica-o și un examen al sângelui practicat la intrarea în serviciu a bolnavei noastre. Dl Dr. Erbiceanu, medicul secundar, a găsit și câte-va globule roșii cu pigment malaric; dar acesta nu a mai fost notat la examenele ulterioare. În schimb sero-reacțiunea lui Vidal, practică în Octombrie ne arată o aglutinațiune intensă, tipică 10%. Și pe lângă fenomenele semnalate adăugăm că îndată ce bolnava a intrat în convalescență și chiar

astăzi, părul a început să îi cadă în tufe mari, cum se vede foarte adesea în urma febrei tifoide.

În luna Septembrie, și până în primele zile ale lui Octombrie când am reluat serviciul, bolnava slăbită, palidă, cu mucoasele decolorate, a avut încontinuu o febră cu oscilațiuni mari, cu maximum de 39.4 vesperal, după cum se vede pe foaia sa de temperatură. I s'au făcut injecțiuni cu cacodilat de sodiu și i s'a dat chinină.

Temperatura persistă însă; dimineața avea 36.5, 36.8 seara 38.2; 38.4 și chiar 39.4. Fapt curios, vedem că trei zile (de la 24–27 Septembrie) temperatura a fost normală (37, 37.2 seara); îndată după această scurtă perioadă apiretică, din nou se notează o rădicare de temperatură seara, însă nu se mai rădică așa sus ca în primele zile, ci numai până la 38°.

Examinând bolnava constatăm că pulmonul este normal de asemenea și cordul. La baza pulmonului drept însă există o zonă de matitate și de pierdere a elasticității sub degetul pe care percutăm.

La ascultațiune, pe o zonă de câțiva centimetri se aud frecături pleurale; nu avem sunetul banului (lui Pitres).

Splina este mărită de volum, matitatea longitudinală depășește 10 c.m.; dar marginea sa inferioară nu este perceptibilă sub falsele coaste. Matitatea ficatului începe de la a 4-a coastă și se continuă la 4 laturi de deget sub falsele coaste. Există dar o hipertrofie enormă a ficatului. Dar această hipertrofie este și mai apreciabilă la lobul stâng al acestui organ, astfel că se poate spune că matitatea hepatică se continuă cu cea splenică; la palpațiunea metodică, și după procedeul lui Glenard putem urmări—mai ales fiindcă bolnava este slabă, întreagă marginea inferioară a ficatului.

Suprafața organului hepatic și marginea sa inferioară sunt puțin mai consistente, însă regulate. Dar examinând cu atențiune și mai ales la o lumină piezișe regiunea epigastrică vedem o boltire a acestei regiuni. Tegumentele la nivelul ficatului și a tumorii epigastrice sunt normale; nici

o împăstare nici circulațiune colaterală. Notez că nu se percepea la nivelul tumorei fremismentul hidatic.

Examenul sângelui făcut de asistentul nostru D-rul Russ ne arată un ușor spor al leucociților, mai ales al polinuclearilor și al eozinofililor; numărul globulelor roșii e normal 5,000 000; al leucociților 7100. Polinucleare 73%; mononucleare 23%; eosinofile 4%. Ast-fel, în loc să avem ca în paludism o ușoară leucopenie, se constată leucocitoză cu polinucleoză. Având în vedere curba termică și tumoarea din lobul stâng al ficatului conchidem la prezența unui kist hidatic supurat. Oare trebuia să facem laparotomia explorative urmată de evacuarea kistului sau anticipat să recurgem la o punctiune explorative? Cunoșteam de sigur cazurile grave din literatura medicală relative la pericolul punctiunilor făcute în kistii hidatici și mai ales cazul Profesorului Chauffard care de sigur e de natură a îndepărta ori ce punctiune explorative. Dar experiența noastră personală și exemplele măștrilor noștri atât din Paris cât și din București, cari cu toate accidentele semnalate nu ezitau a practica punctiuni în ficatul bănuit a conține un kist hidatic, m'au hotărât a practica cu o seringă de Pravaz în punctul culminant al tumorei, la regiunea epigastrică, o punctiune, care a confirmat diagnosticul clinic. Am extras câți-va centimetri cubi de un liquid puțin turbure, care examinat la microscop ne-a arătat cfrlige de echinococi, caracteristice și leococite polinucleare martorii supurațiunei. Adaog că la această bolnavă punctiunea nu a fost urmată absolut de nici un accident, nici măcar o ușoară tachicardie. Nu a avut nici urticarie. Vom vedea că în clinică cazurile nu se aseamănă și că în alte circumstanțe fenomenele care urmează unei punctiuni pot fi variabile dela o simplă erupțiune ortiată, până la convulsii, apixhie și moarte. Vom discuta ulterior aceste cazuri —; la bolnava aceasta nu am notat însă spre deplina noastră satisfacțiune nici un simptom îngrijitor consecutiv punctiunei explorative ce am practicat și care a confirmat în totul diagnosticul clinic.

După câte-va zile, colegul nostru Profesorul Juvara a procedat la operațiune, care a fost de o simplitate remarcabilă.

După o incisiune la punctul cel mai rădăcat, a constatat că existau aderențe între fața anterioară a lobului stâng și peretele abdominal. O puncțiune, urmată de o injecțiune de formol a precedat deschiderea acestui kist abcedat.

Prealabil am recoltat din liquidul hidatic pentru a face însămînțări, pe diferite medii și examenul microscopic.

D-rul Juvara face o incisiune de cîți-va centimetri pe unde se scurge o mare cantitate de liquid turbure și o mulțime de vezicule fiice; extrage de asemenea și membrana germinativă. Kistul era enorm; se întindea și în dreapta și ocupa și lobul stîng în întregime.

Marsupializează și drenează puna kistică. Bolnava suportă admirabil operațiunea; se notează o ușoară ridicare de temperatură, întâia și a doua zi, apoi totul reintră în ordine și nu mai are nici un fenomen febril. În schimb prin plagă se scurg în zilele următoare porțiuni încă din membrana hidatică și mai ales urmează o coleragie destul de abundentă. Scurgerea bilei diminuează, dar supurațiunea persistă încă. Starea generală a bolnavei se îmbunătățește pe fie-care zi ce trece, pofta de mîncare revine și ese din spital. Am revăzut-o zilele acestea; e cu totul transformată, s'a îngroșat și e rumenă; dar fistula biliară persistă, trebuie a fi pansată la 3-4 zile.

E probabil, avînd în vedere supurațiunea și întinderea kistului că va trece multă vreme pînă să putem obține o obliterațiune definitivă.

Interesul acestui caz, pe lângă stabilirea diagnosticului și oportunității operatorie constă în studiul bacteriologic al supurațiunei kistului hidatic. În adevăr, colorațiunea directă a liquidului purulent ne arată pe lângă leucociții polinucleari, bacili bine colorați cu cristal violet sau cu Ziehl diluat. Culturile pe gelosă și în bulion au permis D-rului Șeptelici, asistentul laboratorului de igienă, iden-

edificarea acestui bacil cu acela al dothienanteriei, cu bacilul lui Eberth care s'a cultivat în stare de puritate. Bacili mobili, ciliați, care nu se colorează cu metoda lui Gram; colonii tipice pe mediul lui Drigalski care rămâne albastru; se aglutinează cu serul tific în proporție de 1⁰/₀₀. Nu aglutinează cu serul paratific.

Examinând apoi serul bolnavei noastre, constatăm că posedă proprietatea de a aglutina bacilii tifici în proporție de 1⁰/₀. Astfel, rezultă că bolnava a avut o febră tifoidă, care a conferit serului său reacțiunea de aglutinare și că în decursul acestei infecțiuni eberthiene s'a produs supurațiunea kistului său hidatic. — Voi reveni asupra acestui punct important, relativ la supurațiunea kiștilor hidatici ai ficatului.

Natalia U. în vîrstă de 30 ani, intră în serviciul nostru la 21 Septembrie 1912. De aproape 6 ani viața îi e un nesfîrșit șir de boale, astfel că acum se prezintă într'o stare de cachexie notabilă, cu tegumentele palide, ușor edem perimaleolar și palpebral; cu pînțele balonat. Ficatul este enorm și bolnava nu se poate culca pe partea stîngă din cauza presiunii ce produce acest organ asupra viscerelor abdominale; nu poate dormi decât numai pe dreapta.

Ca antecedente personale notăm că mama sa a murit de tuberculoză, tatăl său de nefrită; are frați și surori sănătoase (tatăl a fost înșurat de două ori; din prima căsătorie au rămas împreună cu dînsa 3 frați, 6 dintr'a doua).

Ca antecedente personale: în copilărie, morbili, scarlatină, malarie.

De almintrelea în mai multe rînduri în cursul vieții sale a suferit de friguri intermitente. Menstruată la 14 ani, se mărită la 21; după căsătorie are metrită și salpingită. Apoi acum 5—6 ani, începe să resimtă turburări gastro-intestinale; dureri în regiunea epigastrică și în flancul drept, vărsături bilioase. Tot cam pe atunci a avut mai multe luni și gălbînare; cât a durat și în ce condițiuni s'a ivit acest icter nu poate preciza. Notăm încă: reumatism ble-

noragic pentru care a fost îngrijită în secția I medicală; nefrită subacută cu oligurie și cantitate notabilă de albumină, edeme generalizate și ascită.

În ultimii 3 ani s'a căutat incontinuu trecând succesiv dintr-o secțiune medicală în cealaltă. Din vara anului trecut însă a început ficatul să ea dimensiuni mari și în același timp a fost îngrijită tot în serviciul medical I de o pleurezie la baza dreaptă; înainte de a intra în serviciul nostru a făcut încă un stagiu în serviciul medical I, unde i s'au făcut injecțiuni mercuriale intra-musculare.

Pe lângă pleurezia din stânga, pe lângă icterul și fenomenele gastro-intestinale care au început acum 6 ani, bolnava nu a mai avut simptome care să ne facă să gândim la un kist hidatic.

Hrănindu-se din cauza nefritei mai mult cu alimente lacto-vegetariene, totuși îi plăcea carnea și nu avea nici un desgust pentru materiile grase. Nu a avut nici odată urticarie, nici epistaxis.

Întrebând-o asupra unei cohabitațiuni cu câinii ne mărturisește că până ce s'a măritat ca copil și ca fată avea o mare slăbiciune pentru animale, posedă o mulțime de ciini și de pisici și că adeseaori se culca cu dinșii.

Examenul somatic al bolnavei ne arată amănuntele următoare: este slăbită, galbenă; ușor edem al feței și al pleopelor, de asemenea pe gambe. Pântecul contrastează cu emaciațiunea toracelui, mai ales în regiunea supra ombilicală. Splina e mărită de volum (13—14 c.m.) dar nu e perceptibilă sub falsele coaste. În schimb regiunea epigastrică și flancul drept e ridicat, boltit de hipertrofia ficatului. Acesta începe a fi perceptibil la percuție chiar din spațiul al 3-lea intercostal și depășește falsele coaste cu 4 laturi de degete; de asemenea pe linia xifoido-ombilicală se vede făcând relief lobul stîng al ficatului. Nu constatăm prezența liquidului liber în peritoneu.

La palpațiune putem percepe atît fața anterioară a ficatului cit și marginea sa inferioară. Suprafața e netedă, renitentă, cu o boltire care începe puțin mai la dreapta de-

linia mediană și se pierde sub falsele coaste. Marginea inferioară este tare, și se delimitează ușor. Nu există fremitment hidatic; dar constatăm oare-care deosebire între consistența lobului stâng și regiunea ridicată de sub falsele coaste unde există oare-care elasticitate sub degetul percutat. În adevăr, la necropsie am văzut că lobul stâng prezenta o hipertrofie compensatrice, pe când enorma tumoare kistică ocupa întreg lobul drept și lobul pătrat.

Examenul pulmonului ne arată că vârful drept este atins de un proces acuma stins: ușoară submatitate, cu exagerațiunea vibrațiunilor, respirațiunea aspră și după tu-se câte-va raluri subcrepitante inegale.

La bază toate semnele unei pleuresii uscate: predomină în zona superioară frecăturile, pe când în regiunea cu totul inferioară respirațiunea devine din ce în ce mai îndepărtată, murmurul vesicular de-abea se aude. Dar la această bolnavă semnele de pleuresie nu există numai în partea dreaptă; aci sunt mult mai accentuate, dar ele se percep și la baza pulmonului stâng. Cordul normal.

Examenul sângelui ne arată că cifra globulelor roșii și albe este normală; eosinofilele nu depășesc 3%. Urina este limpede, clară, destul de abundentă și conține numai o mică cantitate de albumină. Nu are zahar.

Avînd în vedere toate aceste simptome și cu toate că o puncțiune făcută anterior în lobul stâng de către medicul secundar al serviciului, D-rul Erbiceanu fusese negativă, ne decidem a practica mai în afară, sub falsele coaste o puncțiune cu siringa lui Pravaz.

Nu au trecut de cât câte-va minute și am văzut desfășurându-se sub ochii noștri tabloul morbid descris anterior de autorii care au publicat asemenea cazuri, din fericire singurul de asemenea natură față cu un mare număr de puncțiuni ce am practicat și am văzut practicându-se anterior de mulți din maeștrii mei.

Figura bolnavei devine palidă și mușchii încep să se contracte, ochii sunt convulsați în sus, și convulsii tonice cuprind brațele și membrele inferioare ale bolnavei. A-

re emisiune inconștientă de urină. Pulsul e mic, bătăile cordului se precipită, și se egalizează luind ritmul embriocardic.

Apoi fenomene de asfizie se desenează; figura și corpul sunt vinete, se aude un ronchus tracheal, și gura se umple de salivă. Pulsul nici nu se mai simte.

Toate aceste fenomene se desfășoară în 5—10 minute. Imediat, am făcut injecțiuni de cafeină, de alcool camforat. Împreună cu elevii serviciului am practicat respirațiunea artificială. Deschizând cu anevoință gura bolnavei strins închisă prin contracțiunea maseterilor am practicat tracțiuni ritmice ale limbei. După 10 minute de luptă, în fine bătăile pulsului încep să revină, colorațiunea cianică se mai atenuează, ochii reiau aparența aproape normală, reflexul cornean care aproape dispăruse este bine accentuat; bolnava bolborosește câte-va cuvinte și credem că am isbit să o readucem la viață. În adevăr, în cursul zilei și-a recăstigat conștiința; a putut să pronunțe câte-va cuvinte. În urma accesului corpul i s'a acoperit cu sudoare. Spre seară, pulsul era perceptibil dar totuși mizerabil. Injecțiuni de olei camforat, de cafeină și de ser au fost făcute în cursul zilei și nopții următoare. Totul însă a fost în zadar; bolnava a sucombat în spre ziuă, 15—16 ore după puncțiune.

Autopsia ne arată următoarele leziuni: cavitatea peritoneală nu conține liquid, nici false membrane. Ficatul slab aderent de bolta diafragmatică este extras, după ce un examen local ne-a arătat un enorm kist care cuprindea întreg lobul drept și depășea falsele coaste; am căutat cu atențiune locul unde a pătruns acul siringei de Pravaz și cu mare greutate am putut să îl găsim; orificiul era complet obliterat, presiunea exercitată asupra kistului nu făcea să se scurgă prin orificiu nici o picătură de liquid

Ficatul era enorm, cântăria 5950 grame și aproape nu se mai recunoscneau lobi normal, lobul patrat, cel stâng lobul lui Spiegel. Din cauza volumului con-

siderabil al kistului parenchimul era complet remaniat. Lobul drept, putem spune că nu mai exista; numai către marginea posterioară mai persistă o lamă subțire de țesut hepatic. În întregime era ocupat de punga kistică, de colorațiune albă, cu aparență aproape cartilaginoasă.

Dar dacă lobul drept și lobul pătrat creau distruși, în schimb lobul cel stâng și acel al lui Spiegel erau enormi, mai cu seamă acesta din urmă care erea aproape triplu ca în stare normală. Incontestabil, există aci o hipertrofie compensatrice, ca aceea realizată experimental de Ponfik și care a făcut posibilă existența, asigurând mai departe importante funcțiuni ale ficatului. De almintrelea microscopul ne va arata clar înmulțirea și orientarea diferită a trabeculilor hepatici. Chiar macroscopic, incizind parenchimul hepatic în zonele conservate, vedem topografia lobulilor schimbată și aceștia mai mari, bine evidențiați.

Kistul avea o tensiune mare, plin cu un liquid limpede ca apa de stîncă; el singur, fără țesutul hepatic cîntărea 4 kilograme. Conținea în acelaș timp și vezicule fiice dar în număr foarte mic și un praf albicios (scolex). Membrana germinativă extirpată, păriletele răminea format de o capsulă fibro-conjunctivă destul de groasă, care o izolă de parenchimul ficatului; aceasta în spre stînga și în regiunea posterioară, de oare-ce în partea antero-externă kistul făcea relief el însuși, cu păriletele său de colorațiune albă.

Splina mărită (350 gr.), aderentă, cu capsula foarte îngroșată și inegală ca grosime. Există un vechiu proces de perisplenită; ea însăși e dură cu trabeculii îngroșați, fibroși.

Cordul de aspect și colorațiune normală; conține chiazguri (post mortem). Valvulele sunt suficiente.

Pulmonul drept conține la vîrf o infiltrațiune veche bacilară sub forma de o masă cazeoasă, înconjurată de țesut fibros.

Suprafața virfului este inegală, cu depresiuni și porțiuni enfisematoase; virful ca și baza acestui pulmon sunt aderenți de peretele toracic. De asemenea există cîte-va

aderențe la baza pulmonului stîng. Incizînd parenchimul pulmonar se scurge o mare cantitate de liquid spumos.

Rinichii, sînt micșorați de volum, și suprafața lor e neregulată, cu ridicături provocate de mai mulți kiști cu conținut seros. Capsula se deslipește cu greu și aduce cu sine porțiuni din substanța corticală; e reunită cu parenchimul prin tractusuri fibroase. Pe lîngă prezența kiștilor deja semnalați, și care sînt de volum variabil, de la o boabă de mazăre pînă la o nucă, vedem că substanța corticală este cu totul redusă, de-abea ciți-va milimetri.

Colorațiunea este alb gălbie; glomerulii se desenează ca niște puncte albicioase.

Uterul mic, scleros; ambele trompe sînt dilatate și constituiesc ca niște pungi kistice (hydro-salpinx): se scurge un liquid turbure. Ovarele ca consistență și ca aspect sînt normale.—Creerul prezintă o ușoară hiperemie pe întreaga suprafață; pia mater e injectată. Vasele exagonului lui Willis, sunstanța cerebrală (la diferitele secțiuni) sînt normale.

În rezumat există pe lîngă kistul hidatic enorm și hipertrofia compensatrice a ficatului, leziuni multiple: splenită și perisplenită, veche tuberculoză pulmonară, dublă leziune salpingiană, nefrită cronică.

* * *

Aceste trei observațiuni, urmărite în amănuntele lor clinice și anatomo-patologice ne pot aduce la cunoștință cite-va din punctele de căpetenie din capitolul kistilor hidatici ai ficatului. Astfel vom discuta posibilitatea diagnosticului și bazele pe care se poate sprijini, apoi supurațiunea acestor kiști și microorganismii ce o provoacă și vom indica și faptele de hipertrofie compesatrice a ficatului, studiate experimental de Ponfick, din punctul de vedere anatomo-pathologic, în tesa lui Kahn (Paris 1899), și în lucrarea noastră împreună cu Prof. Babeș din 1902.

Intrucît privește diagnosticul kistilor hidatici ai ficatului se poate spune că ori e prea dificil, or este prea u-

șor. Atunci cînd apare o tumoare mică spre exemplu în regiunea epigastrică, resistentă, elastică, cu fremisment hidatic, diagnosticul se impune; dacă în acelaș timp apare și o erupțiune urticariană, atunci diagnosticul e evident și rămîne a se discuta felul intervențiunei operatorie. Dar cazuri de acestea sînt relativ excepționale; ca în toate circumstanțele în cari diagnosticul rezultă numai dintr'o asociațiune de simptome, care ne permit să excludem orice altă posibilitate, tot astfel de foarte multe, mai ales cînd tumora nu este aparentă, diagnosticul devine foarte greu și e nevoie de o discuțiune strînsă și precisă pentru a-l defini.

Înainte de a pune în evidență, mijloacele demonstrative atît clinice cît și de laboratoriu pe care le avem la îndemînă, vom discuta cîteva din miclele semne asupra cărora a insistat de mult Profesorul Dieulafoy și a cărora importanță mi se pare însă că a fost foarte mult exagerată.

Turburările gastro-intestinale, există de sigur în anumite cazuri, dar de multe ori în loc să ajute, îngreuiază diagnosticul. Dispepsiile, ulceratiunile stomacului, pe de o parte; toate celelalte afecțiuni hepatice, nu sînt însoțite oare de modifi cațiuni ale apetitului și ale digestiunei?

Colicele hepatice fruste, foarte adesea ori se traduc în clinică prin fenomene dureroase în regiunea epigastrică, cu desgust de alimente, cu pyrosis.

Astfel că a vorbi de turburări gastro-intestinale în kiștii hidetici ai ficatului însemnează a da importanță unui simptom banal. S'a vorbit de un desgust electiv pentru carne; dar atunci ne gîndim mai ușor la un început de epitelioma al stomacului. De asemenea desgustul de materii grase semnalat și apărat de Dieulafoy, este cu totul excepțional. Într'un caz al acestui autor un bolnav avea chiar regurgitațiuni de materii grase; — aceste fapte repet sînt cu totul rare și nu ne putem bizui pe ele ca să dirijăm diagnosticul în spre kistul hidatic al ficatului. Mai mult încă, dintre observațiunile noastre avem una în care bolnavul nu numai că nu avea desgust, dar încă prefera măn-

cările grase. Rezultă așa dar că turburările gastro-intestinale, pot să existe, mai ales într'o epocă mai înaintată a afecțiunii; că în unele circumstanțe bolnavul are des-gustul de carne și de alimente grase, dar că toate aceste simptome sunt cu totul departe de a fi patognomonice. Ele se întâlnesc într'o mulțime de afecțiuni gastro-intestinale, hepatice, încît nu ne sunt de nici un ajutor în cazurile de kiste hidatice ale ficatului.

Un alt simptom, care trece drept foarte important este urticaria.

Erupțiunea ortiată se poate ivi în două circumstanțe deosebite :

a). În cursul evoluțiunei unei tumori hepatice, putem vedea apărînd pe tot corpul, sau în anumite regiuni, placarde ridicate la suprafața tegumentului, de colorațiune roșie, adese-ori însoțite de o senzațiune de mîncărime și de turburări gastro-intestinale.

Această erupțiune ortiată, constituie de sigur un bun simptom de presumpțiune relativ la tumoarea ficatului. Dar cercetînd un mare număr de observațiuni, ca și aceste trei observațiuni ale noastre, vedem că urticaria spontanee este un simptom foarte rar, cu totul excepțional. Pentru ca el să se producă, trebuie să se îndeplinească o rezorbtțiune de toxină hidatică și această nu se întîmplă adesea, în afară de cazurile de efracțiune a membranei germinative, în afară de mici soluțiuni de continuitate (prin efort, traumatism, supurație) prin care să pătrundă în capsula perikistică și de aci în circulațiunea generală. Astfel, aproape nici o dată nu vom înregistra simptomul descris de Dieulafoy și de alți autori, această urticarie care să se ivească în cursul unei afecțiuni hepatice și constituind semnătura clinică a unui proces kistic în ficat.

Pe de altă parte nu trebuiesc uitate coincidențele; e posibil ca spre exemplu un cirotic să aibă o urticarie de origină gastro intestinală.

b) Dar cu o regularitate care nu sufără de cit foarte puține excepțiuni, trebuiesc să semnalăm și să notăm ur-

ticaria care însoțește punctiunile intra-kistice și mai ales punctiunile exploratrice. De cite ori punctiunea este pozitivă, de altele ori vom vedea că se desfășoară o serie de fenomene clinice importante, uneori neînsemnate ca urticaria, alte-ori teribile și chiar mortale, convulsii tonice și clonice, tachicardie, asfixie și chiar moartea. Printre cele mai ușoare simptome, urticaria apare de regulă, și ați văzut-o producându-se, la bolnavul nostru N. împreună cu accelerarea pulsului, o ușoară stare de neliniște, cite-va vărsături biliase. În asemenea condițiuni, în adevăr, se rezoarbe din liquidul hidatic—și e de ajuns cite-va picături—prin soluțiunea de continuitate produsă de acul siringei și organismul reacționează prin această urticarie, care de cele mai multe ori însoțește și alte fenomene cu mult mai grave.

Un alt simptom în adevăr foarte frequent, sunt frecăturile pleurale de la baza pulmonului drept. Pentru ca ele să se producă e necesar ca kistul să aibă contact cu bolta diafragmatică; peritoneul perihepatic se inflamează și această inflamațiune prin limfaticile diafragmului se comunică fundului de sac pleural.

De cînd se intervine mai des prin laparatomie pentru a trata kistele hidatice, chirurgii au observat că aderențele suprafeții hepatice și ale kistului, fie cu peretele abdominal, fie cu diafragmul sunt relativ rare. Pentru ca aceste aderențe să se producă, trebuie o perioadă prealabilă de supurațiune; altfel aderențele or lipsesc, or sunt neînsemnate. Dar totuși, dacă procesul inflamatoriu perihepatic nu ajunge la stabilirea unor aderențe solide, se pot observa cite-va false membrane, subțiri care se rup ușor; asemenea proces inflamatoriu, de iritațiune mai mult mecanică decît septică se transmite și la seroasa pleurală, cea ce explică prezența pe o întindere de cîți-va centimetri, de frecături ninsurose, or mai groase; alte ori se produce o simfiză și atunci respirațiunea se îndepărtează, iar frecăturile se aud numai către limita superioară a matității. Sunt cazuri în care se revarsă și o mică cantitate de liquid (sunețul banului e pozitiv). — Dar acest proces peritoneo-pleural

se întâlnește putem spune în toate afecțiunile ficatului: e rar să avem un ficat mărit de volum, fără ca pleura să nu prezinte o ușoară inflamațiune. În cirozele hipertrofice, alcoolice, paludice, în cele atrofice în care intervine adesea și un proces tuberculos, în neoplasmale ficatului, frecăturile pleurale la baza dreaptă sunt de regulă. Astfel, prin generalitatea lui acest simptom, pleurezia de la baza dreaptă, nu constituie de cît semnătura unei afecțiuni hepatice, fără însă ca să ne dea vre-o lămurire precisă asupra cauzei întime. Fie un kist hidatic, un cancer sau o ciroză, pleura corespunzătoare se inflamează. Astfel pleurezia de la baza dreaptă, frecventă în kistii hidatici, nu constituie de cît un semn de probabilitate mai mult, iar nu un semn de certitudine.

În legătură cu această pleurezie de la baza dreaptă, s'a notat adesea ori o durere în umărul drept. Dar și pentru această durere se poate spune că nu constituie un semn patognomonic; este mult mai frecventă în colicele hepatice.

Fenomenele de subicter, de icter sunt cu totul excepționale și pentru ca să se producă trebuie să existe o compresiune a unui canal biliar important. Atunci putem avea sufuziunea galbenă a mucoaselor și tegumentelor și trecerea pigmentilor biliari în serul sanguin și în urină. Dar această eventualitate este rară; în regulă generală kistul are o tendință la exteriorizare și numai în puține circumstanțe se notează un icter persistent prin compresiunea unei ramuri importante a canalului hepatic, or a canalului coledoc; cu toate acestea faptul e posibil și atunci cînd un canal biliar important este coprins în tumoarea kistică, e posibilă o deschidere a tumoarei și o revărsare de bilă în interiorul kistului. Această eventualitate provoacă moartea parazitului, dar foarte adese ori constituie o complicațiune: supurațiunea prin infecțiune ascendentă favorizată prin migrațiunea vesiiculelor fice.

Simptomul icter, este așa dar excepțional; într'una din observațiunile noastre exista o ușoară sufuziune galbuie

la nivelul conjunctivelor și urme de urobilină la examenul urinei.

Intr'un alt caz, cu doi ani mai înainte bolnava a prezentat fenomene de icter, cu decolorația materiilor fecale și cu urinele bogate în pigmenți biliari. Dar toate aceste simptome au fost de scurtă durată (o lună), astfel că trebuie să atribuim unui icter cataral concomitent toate aceste fenomene; e posibil și chiar probabil că kistul să fi existat chiar de-atuncea și fenomenele de infecțiune biliară ascendentă care s'au desfășurat ca un icter cataral să fi fost favorizate de prezența ecchinoococului care a realizat pentru ficat un „locus minoris resistentiae“.

În realitate ne gândim la un kist hidatic al ficatului, atunci cînd suntem în prezența unui ficat mărit de volum și mai ales atunci cînd această hipertrofie este parțială. Toate celelalte simptome în afară de tumoră nu fac de cit ne îndreaptă atențiunea către organul hepatic îndreptându-ne a crede că există la nivelul său un proces pathologic. Iar pentru preciziunea diagnosticului aproape ca în totdeauna în clinică trebuie să adunăm în mănunchiu toate fenomenele morbide și apoi să tragem concluziunea.

Tumora își are sediul extrem de variabil și migrațiunea sa se face în diferite direcțiuni. Dacă este în mijlocul lobului drept și se ridică la suprafață, la nivelul feței anterioare a ficatului atunci se întâmplă că în obs. noastră l-a; întreagă regiunea hepatică este bolțită și perimetrul toracic în partea dreaptă e mai mare ca în stînga. În asemenea cazuri nu se poate vorbi de o adevărată tumoră, care să se evidențieze; fața anterioară e ridicată de kistul convex care imprimă și falșelor coaste o direcțiune mai mult sau mai puțin convexă. Această bolțire se observă mai ales cînd bolnavul este ridicat în picioare și lumina cade pieziș la nivelul flancului drept.

Dacă tumora s'a dezvoltat în lobul stîng, atunci în regulă generală diagnosticul e mai ușor; regiunea epigastriacă, pierzîndu-se fie sub falșele coaste din stînga care regiunea splenică, sau sub cele din dreapta, prezintă o ridi-

cătură netedă, cit o mandarină sau chiar mai mare, ca o portocală, dar care nu se ridică de-adreptul de-asupra nivelului ficatului ci marginile se pierd pe nesimțite pe suprafața organului. E o tumoră rezistentă, dar care totuși presintă o ușoară elasticitate. E clasic a se spune că se găsește fremismenul hidatic. Da; dar foarte excepțional. O singură dată am avut percepțiunea tipică a acestui fremismen, într'un caz de kist hidatic al peritoneului, din serviciul Profesorului Tillaux.

Această senzațiune de resort, caracteristică, este cu totul rară, și nu pe prezența sau absența ei ne vom baza la stabilirea diagnosticului.

Dacă o percepem alt mai bine; ea indică diagnosticul. Dar nu vom îndepărta acest diagnostic dacă nu există.

Evoluția și migrațiunea kistilor hidatici ai ficatului este atât de variabilă încît tocmai această localizare deosebită constituie una din dificultățile pe care le întâmpină clinicianul. Sunt cazuri cînd tumora se pediculizează și devine abdominală, putînd fi confundată cu tumorile ovariane, splenice, renale, intestinale. De multe ori numai grație laparotomiei explorative se lămurește un diagnostic îndoielnic. În alte circumstanțe, în loc ca tumora să se îndrepte în spre părilele abdominal anterior, se dirije către cel posterior; dacă are o tendință a descinde, atunci poate ocupa loja renală și poate fi confundat cu o tumoră or a rinichiului or a rămășițelor wolfiene perirenale. Dar de multe ori, kistul ridică diafragmul, împinge pulmonul, crează aderențe între ficat, pulmon și părilele toracic și atunci echinococul poate fi confundat cu o pleuresie. Dacă diagnosticul nu s'a putut baza pe alte elemente, apoi punțiunea pleurală—cum am văzut într'un caz la Prof. Lancereaux — lămurește diagnosticul: se obține un liquid limpede ca apa de stîncă, care nu conține albumină ci la microscop croșete. Dar cum această punțiune este periculoasă, de sigur că e de preferat a se preciza diagnosticul fără a recurge la acest mijloc.

Dar examenul singelui, nu ne poate da lămuriri asupra procesului parasitar? Oare reacțiunile leucocitare pe

care de obicei le provoacă paraziții, nu se ivesc și în kistii hidatici ai ficatului? Această întrebare și-o pune și Loeper într-una din clinicile de la Hôtel Dieu (Clinique et laboratoire de l'Hôtel Dieu p. 267) de sub direcțiunea Profesorului Dieulafoy. Reacțiunile sanguine suscitade de unii paraziți constă într-o profundă anemie (ankylostoma duodenalis, botriocefalus latus); dar în marea majoritate a cazurilor, pe lângă unele excepțiuni în care se revelă o polinucleoză marcată, toți autorii sunt de acord (Muller și Rieder, Zappert, Buklers, Leichtenstein, Achard și Loeper) în a considera eosinofilia ca semnătura sanguină a unei infecțiuni parazitare. Dar concluziunea lui Loeper din studiul său citat este că „această eosinofilie a parazitilor verminoși, cu toate că e frecventă, dar nu este constantă. Ea lipsea într'un mare număr de observațiuni (Limasset, Schaumann, Bezancan și Weil, Achard și Loeper).

Din 10 cazuri de paraziți verminoși la om, Loeper n'a întâlnit de cît de două ori o eosinofilie notabilă. În kistii hidatici se găsește în regulă generală, eosinofilia pură; mononuclearele și polinuclearele se apropie de normală, numai eosinofilii sunt măriți—4—10%—; Dar sunt cazuri în care eosinofilia lipsește și prin urmare și examenul citologic al singelui numai are valoarea ce căuia să-i acorde primii observatori.

Astfel și în observațiunile noastre, eosinofilii erau într'un caz normali; într'altul la limita superioară (3—4%). Dar într'unul din cazurile noastre prezența eosinofililor în sine coincide cu o polinucleoză notabilă, semn al unei supurațiuni—după cum intervențiunile operatorie au dovedit faptul—asfel că asociațiunea de polinucleoză cu eosinofilie constituie un argument puternic în favoarea kistului hidatic supurat al ficatului. Loeper aduce de asemenea două cazuri: un kist hidatic deschis în pulmonul drept. Leucocite 15.000; palinucleare 71; mononucleare 24, eosinofile 5. Și un al doilea caz identic: leucocite 17.000; polinucleare 79; mononucleare 15; eosinofile 7%. Aceste cazuri ca și ale noastre se deosebesc prin abundența polinu-

clearilor care ascund eosinofilele. „Coexistența ambelor forme leucocitare sporite este atît de anormală în alte supurațiuni, că din această asociațiune se poate trage o indicațiune precioasă pentru diagnostic.“ (Loeper).

Trebue însă să ne întrebăm; eosinofilia hematică este caracteristică parasitismului sau se poate vedea și în alte împrejurări, cu totul diferite?

Ménétrier (Le cancer, p. 14) intru cît privește formula leucocitară a cancerului, consacră considerațiunile următoare: importanța formulei leucocitare variază după observatori. Hartmann și Silhol au considerat ca propriu cancerului o mononucleoză relativă; Tuffier și Milian mononucleoză la început, polinucleoză în stadiile înaintate; Marcel Labbé polinucleoză; Straus și Rosenstein polinucleoză, etc... Eosinofilii sunt în regulă generală micșorați în număr. Totuși, în unele cazuri s'a notat sporirea lor și uneori chiar foarte accentuată; 11—13% în cancerul pielei, 11—20% în cancerul sînului, 7% într'un sarcom al stomacului și 14% într'un epiteliom al aceluiași organ (Donati).

Ignorăm cauzele sporirii eosinofilelor. Totuși aceste fapte trebuiesc apropiate de eosinofilia locală, fie autohtonă, fie migratrice care se observă uneori în cancere, cum a observat într'un de cancer al uterului chiar Ménétrier.

Eosinofilia ca formulă leucocitară se întilnește adesea în kistii hidatici ai ficatului dar cazurile noastre, în special acela al d-lui N. care avea o compozițiune a elementelor figurate ale singelui absolut normală, ne arată că și acest simptom prețios poate să lipsească. Dar cea ce micșorează încă valoarea acestei eosinofilii sanguine este ultima observațiune a bolnavului din serviciul nostru care a sucombat cu un adeno-carcinon al ficatului și care cu toate acestea avea o formulă leucocitară în care eosinofilele polinucleare depășeau 60%! Un bătrîn de 70 de ani, cu starea generală relativ bine conservată, fără icter, cu oarecare turburări gastro-intestinale (inapetență, greață) prezintă un ficat enorm, hipertrofiat în lobul său drept ca și în lobul stîng. Ficatul se ridică până la al 4-lea spațiu intercostal, și de-

păşeşte falşele coaste cu 4 laturi de deget. Suprafaţa ficatului e dură, dar nu se simt inegalităţi, ridicături cum suntem obicinuiţi a întâlni în cancerul nodular, sau în cancerul secundar al ficatului. Splina e mare; la ambele baze pulmonare matitate. O puncţiune în dreapta extrage sînge, dar în acelaşi timp şi o materie gălbie puriformă care la microscop se arăta ca o degenerescenţă celulară (celule epiteliale or conjunctive, diagnosticul era dificil din cauză necrobiozei înaintate a celulelor extrase). Dar atît în singele circulaţiunei generale cit şi în acela al circulaţiunei porte, formula leucocitară era: polinucleoză cu eosinofilie (hematoxilină şi eosină, triacidul lui Ehrlich). Astfel faţă cu această hipertrofie netedă a ficatului şi faţă cu formula leucocitară am cerut şi avizul chirurgului Dr. Anghel. O laparatomie exploratrice, după rachianestezie, a arătat perihapatită, hipertrofie hepatică şi noduli profunzi intra hepatici. Bolnavul sucumbă în urmă cu fenomene de pneumonie senilă (delir, dispnee) necropsia ne-a arătat că în acelaşi timp cu hepatizaţiunea lobului pulmonar superior sting, există o veche pneumonie cronică cu dilataţiuni bronchice, splina mare şi dură, ficatul prezenta asociaţiunea interesantă de ciroză şi adenom. În adevăr întreg parenchimul hepatic era dur şi de coloraţiune brună; dar pe acest fond de culoare închisă, sub capsula lui Glison şi mai cu seamă în lobul drept şi în regiunea posterioară a organului existau o mulţime de noduli de coloraţiune galbenă aurie, cu centrul în degenerescenţă pe alocurea. Vasele porte nu erau obliterate de neoplasm. Nicăeri nu existau nodului secundari; numai într'un rinichî am găsit un mic nodul ca o boabă de mei alburie şi examenul histologic ne va spune dacă aci e vorba de un nodul secundar acelora care s'au dezvoltat în ficat.

Astfel, vedem un caz de adeno-carcinom al ficatului, în care existau o cantitate enormă de eosinofili în singele circulaţiunei generale. Eosinofilia nu indica astfel kistul hidatic şi prin urmăre şi această constatare nu constituie de cit un simptom mai mult care se adaogă la cele deja notate, fără

ca el să fie patognomonic. De almintrelea în lucrarea sa asupra leucociților Levaditi arată că eosinofilia este o reacțiune frecventă în afară de parazitism; cităm afecțiunile pulmonare cronice, astmul, convalescența diferitelor infecțiuni, leziunile cutanate, unele produse toxice ca spre exemplu acelea produse de tuberculină, etc.

Și citațiunea ce făcurăm din lucrarea lui Ménétrier dovedește că chiar în diferite neoplazii, în cancerul uterului, al mamelei, cifra eosinofililor poate să depășească 10%, cifră care am văzut că este rară chiar în cele mai multe cazuri de kiști hidatice ai ficatului.

* * *

Weinberg și Parvu au descris o reacțiune biologică, analogă cu cea a lui Wasserman pentru diagnosticul sifilisului, reacțiune de fixațiune bazată pe cercetările primordiale ale lui Bordet și Gengou.

Astfel se părea că laboratorul va lămuri în multe cazuri în mod hotărâtor ceaștiunea atât de spinoasă a diagnosticului kistilor hidatici.

În adevăr multe cazuri publicate în urmă au confirmat cercetările lui Weinberg și Parvu și astfel semiologia s'a îmbogățit cu un semn precios relativ la echinocoză.

Dar în curînd clinicienii au arătat că în diferite observațiuni reacțiunea aceasta de fixațiune a complementului nu se produce, cu toate că ea a fost efectuată în mod ireproșabil chiar de promotorii metodei. Astfel într'un caz al Profesorului Lejars precum și în alte cazuri. Importanța acestui semn scădea astfel chiar prin faptul că este infidel și că poate lipsi în anumite circumstanțe sigure în care diagnosticul de kist hidatic a fost confirmat ulterior prin intervențiunea operatorie.

Mai mult încă; s'au publicat cazuri de afecțiuni diferite ale ficatului în care reacțiunea lui Weinberg Parvu s'a arătat pozitivă și cu toate acestea la operațiune nu s'a găsit nici urmă de kist hidatic, ci leziuni hepatice diferite.

Tuffier presintă astfel la societatea de chirurgie, în şedinţa de la 30 Oct. 1912 (v. Presse Méd. din 13 Nov. 1912, p. 945) un caz de angiom biliar în care deviaţiunea complimentului fusese pozitivă. Iată în rezumat această observaţiune: un tânăr de 23 de ani care intrase în serviciul său pentzu o voluminoasă tumoare abdominală pe care o observase cu două luni şi jumătate înainte. Această tumoare mare cît doi pumni, avea toate caracterele unui kist hidatic al ficatului (nu exista fremisment hidatic dar deviaţiunea complimentului era pozitivă); cu acest diagnostic Prof. Tuffier intervine. După incizia abdominală, vede că toată partea inferioară a lobului drept al ficatului era boşelată de o tumoare multilobulară, fluctuantă, de aspect polikistic; punţionată în diferite puncte dă cînd un liquid clar cînd un liquid verzui, cînd un liquid turbure şi închis ca culoare. Restul lobului drept şi lobul stîng păreau absolut sănătoase; rinichiul drept de asemenea părea normal. Tuffier a putut enuclea, fără, mare pierdere de sînge această tumoare de parenchimul hepatic învecinat de care era separat nu printr'o membrană fibroasă, dar printr'un ţăsut hepatic condensat.

Pierderea de substanţă a fost reparată prin apropierea păreţilor plăgei hepatice prin fire de catgut gros, uşor strînse. Bolnavul s'a vindecat fără accidente şi se bucură acum de o excelentă sănătate. La examenul histologic al tumorei, s'a constatat că era formată de cavităţi multiple, complet izolate unele de altele, conţinînd cele mai multe un liquid franc biliar şi unele un liquid limpede, bogat în albumină, sau altele un liquid puriform de culoarea ciocolatei. Păreţele kistului era format de un ţăsut fibros tapizat la interior cu celule cilindro-cubice identice epitelului canalelor biliare. În păreţii interkistici exista în unele locuri ţăsut hepatic. Era astfel un kist nu parasitar al ficatului (angiom biliar).

Iată aşa dar un caz recent în care reacţiunea lui Weinberg este pozitivă şi totuşi nu e vorba de un echinococ al ficatului. Rezultă că de şi precioasă, alături cu cele-lalte

simptome deja studiate, deviațiunea complimentului poate lipsi în unele cazuri de kiste hidatice și se poate întâlni în afară de echinococoză.

Adaog că este o reacțiune fină de laboratoriu, nu la indemina fiecăruia și că întocmai ca și cea a lui Wasserman în sifilis trebuie să fie efectuată de un medic priceput și conștiincios.

* * *

În fața cu incertitudinea unui diagnostic de kist hidatic al ficatului; și vedem că foarte adesea ori nu se poate spune anticipat cu deplină siguranță că e vorba de o asemenea tumoră, de sigur că tentațiunea de a practica o punțiune exploratrice cu siringa lui Pravaz, este justificată. Această mică intervențiune curentă în revărsările pleurale, inocentă în marea majoritate a cazurilor, poate fi în anumite circumstanțe extrem de gravă și chiar mortală. Am văzut practicindu-se, repet și practicat și eu insumi un mare număr de asemenea punțiuni fără ca să fi notat accidente prea serioase; uneori pulsul se accelerează ușor, există o ușoară anxietate, greață, chiar vărsături bilioase, apoi urticaria, dar totul se risipea repede și astfel inocuitatea punțiunii era evidentă. Cazul din observațiunea femeii Natalia X, asemuitor cu alte cazuri din literatura medicală ne face însă să socotim că punțiunea exploratrice în anumite circumstanțe este o intervențiune din cele mai serioase și că în cazuri îndoelnice e preferabil să ne adresăm chirurgului și să facem o laparatomie exploratrice, care poate fi primul timp al unei intervențiuni curatrice. Dacă examinăm condițiunile în care s'a produs moartea femeii Natalia, de sigur conchidem că e vorba de fenomene toxice, în care se poate să facem interveni și șocul anafilaetic. Tumoră era enormă, și tensiunea sa extremă; de sigur că prin minima soluțiune de continuitate s'au scurs în peritoneu cite-va picături din liquidul hidatic, suficiente ca să deslănțuească toate fenomenele la care am asistat, convulsi-

uni tonice, pulsul rapid și mizerabil, emisiunea urinelor, asfixia și moartea.

De sigur, în asemenea cazuri pe lângă elementul hipertonoxic care intervine, trebuie să existe și alte condițiuni care scapă aprecierii noastre.

La Dra V. căreia am stabilit diagnosticul iarăși printr-o puncțiune exploratrice nu am notat aproape nimic în urma puncțiunii; nici turburări nervoase, stomacale, nici chiar urticarie. Dl N. care avea de asemenea un kist enorm și cu o tensiune extremă, a prezentat, greață, vărsături, ușoară anxietate și urticarie, dar toate aceste fenomene au fost de-a-bea schițate, și în nici un moment nu ne-am îngrijit de vre-un accident posibil. Totul a reintrat în starea normală după 1—2 zile. Aderențele perihepatice, perikistice separând regiunea tumorii de marea cavitate peritoneală trebuie să joace un rol în gravitatea sau inoocitatea fenomenelor clinice notate. Absorbțiunea prin seroasa peritoneală intactă ni se pare a juca un rol oarecare în intensitatea fenomenelor toxice ce se pot observa în clinică. Atunci când tumora kistică a contractat aderențe cu fața posterioară a peretelui abdominal, printr-o inflamațiune supurativă, fenomenele sunt șterse și chiar pot să lipsească. Pe de altă parte supurațiunea kistului hidatic pare a micșora toxicitatea liquidului intrakistic provocând moartea multor hidatite, mai ales când în interiorul kistului pătrunde și bila.

Așa dar, tensiunea extremă a liquidului, și faptul că kistul nu e aderent la peretele abdominal, precum și vitalitatea lui neturburată printr-o supurațiune concomitentă, iată factori care intervin și explică în mare parte fenomenele hipertoxice care se pot ivi în urma puncțiunilor exploratrice. De almintrelea, în afară de cazurile când chistul e supurat și se transformă prin urmare într'un adevărat abces al ficatului, în afară de aceste cazuri, kistul hidatic nu contractă aderențe cu peretele toracic. Acest fapt a fost demonstrat numai în acești ani din urmă, de când s'au înmulțit intervențiunile chirurgicale, de când laparotomia intervine aproape de regulă în tratamentul kistilor hidatici.

Considerațiunile precedente sunt relative la kistul el însuși, și la condițiunile lui anatomo-patologice. Trebuie să mai facem să intervină și considerațiuni accesorii: e vorba de mizeria fiziologică în care se află unii din bolnavii purtători de kiști hidatici. Iată un bolnav care de ani de zile poartă o tumoră care crește încontinuu și care pînă la urmă, prin rezorbtțiunea continuă și lentă a toxinelor hidatice poate să ajungă la cachexia hidatică. Funcțiunile ficatului pot fi suplinite, vom vedea, prin hipertrofia compensatrice a țesutului normal nedistrus de evoluțiunea progresivă a tumorii. Dar oare se poate compara un ficat normal cu acela în care natura a căutat să suplinească distrucțiunea unei porțiuni importante din parenchimul hepatic printr'o hipertrofie compensatrice? Apoi turburările gastro-intestinale concomitente, apăsarea și durerile pornind din hipochondrul drept, constituiesc simptome care încetul cu încetul deprimă și micșorează vitalitatea organismului bolnav.

La femeea Natalia a intervenit de sigur și faptul că organele sale cele mai importante erau profund dezorganizate. Tuberculoză pulmonară, splenită cronică, leziuni anexiale. Dar mai presus de toate leziunile renale erau enorme și în trecutul său patologic am găsit fenomene de nefrită pentru care a fost căutată în mai multe rinduri în serviciile medicale ale Spitalului Sf. Spiridon. Kistii renali, scleroză intensă, care a redus la aproape nimic substanța corticală: la microscop vedem cum glomerulii sunt aproape toți transformați în ghemuri de țesut fibros, colorat intens în roșu cu eosină. Există cilindrii în tubii uriniferi, degenerescențe celulare, într'un cuvînt o nefrită cronică veche, care asigură o depurățiune cu totul insuficientă toxinelor acumulate în organism, la care s'a adăogat în momentul puncțiunei exploratrice cite-va picături de liquid care au deslănțuit șocul anafilactic. Bolnava a resistat mai mult de 12 ore; am avut speranța că o putem readuce la viață, dar faptul insuficiențelor organice și în special scleroza renală nu au permis aceasta. În mod fatal a sucombat din.

cauza insuficienței de depurațiune renală. Suntem convinși de almintrelea, față cu enorma tumoare hepatică ce o avea că ori ce intervențiune curatrice ar fi fost nefastă, din cauza multiplelor leziuni viscerale ce existau și pe care le-am consemnat la necropsie.

Profesorul Dieulafoy în ultimele sale clinici dela Hôtel Dieu din Paris consacră un capitol tratamentului kiștilor hidatici ai ficatului și e nevoit astfel să noteze și chestiunea importantă a accidentelor ce pot rezulta fie din punctiunea exploratrice, fie din acea curatrice.

Dieulafoy, care a adus cu aspiratorul său mari servicii patologiei pleurale, a întrebuințat aceeași metodă și în tratamentul kiștilor hidatici ai ficatului, și fiind astfel un mare adept al punctiunilor evacuatrice caută să le apere de imputările ce li s'au adus. Dinsul aduce un număr însemnat de cazuri în care a practicat evacuarea completă a liquidului, cu aspiratorul său, și în care a obținut o vindecare deplină. Astfel susține că accidentele semnalate în afară de punctiunile exploratrice se datoresc unei goliri insuficiente, a 250—300 de grame care permit liquidului rămas să easă prin orificiul practicat cu acul și să producă fenomene toxice și chiar moartea. De cite ori, spune Dieulafoy, se va face o punctiune în scop terapeutic aceasta trebuie să golească în mod complet cavitatea kistului. Dar oare acest deziderat—nu constituie chiar condamnarea metodei? Oare e în totdeauna posibil să se golească tot liquidul kistic? Nu există membrane hidatice care oblitescă virful acului? Nu sunt vezicule fiice, uneori voluminoase care înnoată în liquidul kistului și care ele nu se pot goli?

Astfel cred că viitorul terapeutic al kistilor hidatici trebuie să fie exclusiv chirurgical. Având în vedere accidentele ce pot rezulta din punctiuni fie ele exploratrice, fie insuficient evacuatrice, e preferabil să ne adresăm intervențiunei operatorie care poate realiza o vindecare repede prin extirpațiunea totală și completă în caz cind kistul nu e supurat, o vindecare singură de și întârziată din cauza fis-

tulei hepatice prin marsupializarea pungei atunci cînd kistul hidatic este supurat.

Pentru a ilustra mai bine pericolul punșiunilor exploratrice și chiar evacuatrice cred bine ca pe lîngă observațiunea noastră personală să reproducem două din cazurile mortale publicate, și care sunt tipice; astfel vom avea o imagină completă a acestor accidente teribile, pe care astăzi le putem înțelege și mai bine din punctul de vedere patogenic, dacă admitem că e vorba de fenomene de anafilaxie analoage cu acelea demonstrate de Richet pentru prima oară cu actinotoxina.

Prima observațiune e a lui Moissenet și concernă un caz de punșiune evacuatrice incompletă; cel de-al doilea e al lui Chauffard și ambele sunt reproduse și discutate de Profesorul Dieulafoy în volumul al III-lea (p. 192) al clinicelor sale de la Hôtel Dieu.

Observațiunea lui Moissenet concernă un bărbat de 42 de ani, atins de kist hidatic al ficatului. Se practică o punșiune evacuatrice cu un ac capilar și se oprește scurgerea liquidului la 350 grame. Cinci minute au trecut numai și bolnavul are o sincopă; D-rul Moissenet îi ea perna, și îl face să absoarbă cîte-va picături de vin; bolnavul își revine în simțire și declară că nu a resimțit nici o durere dar că operațiunea l'a impresionat foarte mult. Două ore după această sincopă, bolnavul resimte un fior puternic cu clănțănitul dinților, profundă alterațiune a figurei paliditatea feței, nasul subțiat, ochii scufundați în orbite, sughiț, greață, vărsături verzi, poracee, abundente; nici o durere la presiunea pîntecelui. I se dă o poțiune cu 0,10 c.gr. extract de opiu, apă de Seltz, gheață, etc., climă laudanisată. Simptomele se agravează; pulsul 128—125 mic, filiform: extremitățile se răcesc, alterațiunea figurei e și mai evidentă. Incepe să se plîngă de durere în pîntece și sucombă noaptea acea, opt spre zece ore după punșiune. La autopsie nici nu se recunoaște urma acului: kistul hidatic al ficatului avînd volumul unui cap de adult, conținea un liquid clar și vesicule fiice.

Observațiunea lui Chauffard (Semaine médicale 8 Iulie 1896) e următoarea: un bărbat atins de kist hidatic al ficatului. Examenul bolnavului arată o ampliațiune considerabilă a hipochondrului drept și a epigastriului, ultimele coaste sunt ridicate și impinse în afară. Intreagă regiune e bolidată; cu degetul se percepe marginea inferioară a ficatului tare și puțin netedă. Pentru a se confirma diagnosticul de kist hidatic al ficatului D-rul Chauffard practică o puncțiune făcută în mod aseptice la nivelul punctului celui mai ridicat, sub falsele coaste. Se aspiră zece c.c. de liquid clar ca apa de stincă și apoi se extrage acul.

Cite-va minute în urmă, bolnavul e cuprins de o mare neliniște, se așază pe pat, se întoarce și se învîrtește cu oarecare anxietate, apoi începe a se scărpinga la ceafă, la gît, pe fața internă a coapselor, pe abdomen.

Un minut sau două în urmă fața devine de necunoscut: mușchii convulsați, ochii privesc în sus și se desfășură un atac epileptiform generalizat fără strigăt inițial, fără mari mișcări clonice: mișcări tonice ale membrilor, fața convulsată și cianică, ochii se restogolesc în orbită cu o expresiune pierdută, spumă la gură, emisiune involuntară de urină și materii fecale. După un minut, reîntoarcere rapidă la cunoștință; sunt mai bine, declară bolnavul, a trecut. Apoi, aproape îndată, din nou un atac epileptiform, mai prelungit, dar mai puțin tonic ca cel dintâi; agitațiune și anxietate extremă, mișcări repezi de a se scărpinga la gît, expectorațiune repetată de o spumă albicioasă. După cite-va minute, bolnavul, recade în pat doborât de oboseală, fața devine teroasă, plumburie, se acoperă cu sudoare; în acelaș timp pe corp și pe membre pielea prezintă o colorațiune cianică, purpurie, violacee. Pulsul deja repede și mic se șterge din ce în ce; în mai puțin de 10 minute după puncțiune, pulsațiunea radială numai e perceptibilă pe cînd inima bate încă cu pulsațiuni surde și precipitate. În fine se ivesce asfixia terminală; fața e teroasă, inundată de sudoare tegumentele corpului trec de la culoarea violetă la o colorațiune cenușie și lividă; ochii se adîncesc și

își perd luciul; bronșele și gura se umple cu o spumă; citeva convulsii sardonice ale feței mai dovedesc un rest de viață. Moartea termină această scenă, aproape dou zeci și cinci de minute după puncțiune.

La autopsie, găsim: congestiune asfixică a pulmonilor și a rinichilor; congestiunea vaselor pimeriane, puncte congestive a substanței albe a creierului; splina mare, 450 gr.; cordul cîntăresce 400 gr. e contractat în sistolă și gol de singe. Nici o revărsare de liquid în peritoniu; nici o urmă de inflamațiune a seroasei. Ficatul e enorm și cîntărește 6500 gr.; kistul deschis și golit, greutatea ficatului e de 2600 gr. (hipertrofie compensatrice). Punga kistică este superficială, aderentă în sus și înapoi de bolta costo-diafragmatică pe care o împinge; ocupă aproape toată suprafața antero-superioară a lobului drept și nu lasă de cît cîteva centimetrii de țesut hepatic normal, la nivelul extremității drepte și a mîrginei antero-inferioare a organului. Sus și, în partea posterioară kistul formează aproape toată mîrginea postero-superioară a lobului drept. Înțepătura făcută cu acul explorator nu a fost regăsită de cît cu mare greutate și presiunea exercitată în vecinătatea sa nu face să easă nict o picătură de liquid. Kistul incizat lasă să se scurgă un liquid limpede, în care plutesc o mulțime de hidatide fice de diferite mărimi.

* * *

În nici o afecțiune a ficatului, regenerescentța, formațiunile nodulare cu hiperatrofia celulelor hepatice, nu sînt mai evidente ca în kistul hidatic. Această chestiune importantă a fost studiată de mine în detaliu în lucrarea intitulată: *Cirozele atroifice neoplaseice*. Mă voi mîrgini astăzi a nota leziunile histologice ce am notat în cazul nostru (Obs. III) și care confirmă concluziunile anterioare. Voi face să se observe numai că regenerescentța ficatului e însoțită de o degenerescentță notabilă a celulelor în proliferațiune și hipertrofiat.

Secțiune din ficat la limita kistului hydatidic cu mărirea No. 4: se vede peretele conjunctiv al kistului compus din straturi fibrilare de țesut conjunctiv intens colorat în roșu. Peretele e gros, compus din fâșii compacte de țesut conjunctiv, dar cu toate acestea se găsesc interstiții în care se mai distinge țesutul hepatic; vedem dar cum peretele acesta a fost format din țesutul fibros care încetul cu încetul a cotropit parenchimul ficatului. Dar un punct interesant de observat este că la nivelul acestor fâșii pleacă în țesutul ficatului bande de țesut conjunctiv delimitând ochiuri de parenchim. Pe ici pe colo țesutul se condensează împrejurul vaselor biliare, ramificațiunilor venei porte, și arterei hepatice, toate cu păretele foarte îngroșat.

În ochiurile delimitate astfel de țesutul fibros, nu se mai recunoaște de loc lobulul hepatic; există o remaniere completă a țesutului nobil provocată de proliferațiunea țesutului conjunctiv (ciroză perichistică); cu mărirea No. 7 vedem cum traveele hepatice și-au modificat cu desăvârșire structura și direcțiunea; nici urmă de dispoziție radiată; toate sînt încovoiate formînd în foarte multe locuri tuburi complete.

La nivelul apropiat al kistului țesutul conjunctiv e în majoritate, pe când țesutul nobil este zugrumat de proliferațiunea conjunctivă. Între fâșii se disting o mulțime de celule degenerate și sfărămate din care perzistă în unele locuri numai nucleul dar și acela mai mic și cu conturul modificat.

Pe alte secțiuni mai îndepărtate din potrivă țesutul hepatic este bine conservat pe când țesutul conjunctiv se distinge sub forma de ușoare fâșii în spațiile porte, unde deasemenea vasele sînt îngroșate dar mult mai puțin ca în vecinătatea kistului; de aici, din spațiile porte pornesc mici firisoare de țesut conjunctiv care pătrund în interiorul țesutului hepatic. La acest nivel cu toate că e mult mai îndepărtat de kist totuși nu se mai conservă lobulațiunea normală a ficatului, traveele sînt strînse în ghemuri, în unele

locuri există formațiuni tubulare care aduc aminte adenomele ficatului (formațiuni nodulare și ademematoase).

Din punctul de vedere al celulelor care compun aceste travee vedem că alături de formațiunile fibroase dispuse în fâșii și chiar în interiorul acestora, celulele sânt în mare parte degenerate cu protoplasma tulbure, rezorbită în parte și nucleul mic și ghemuit; dar la câțiva milimetri mai departe de aceste bande scleroase observăm că celulele sunt foarte mari, alătura cu cele degenerate; nucleii sânt foarte măriți de volum enormi, și cu figuri kariochinetice. Astfel că asistăm aci pe deoparte la un proces activ de proliferațiune și regenerațiune celulară alături de un proces regresiv de oare ce vedem în multe locuri protoplasma degenerată. Sânt însă locuri în care tuburile celulare prezintă în aspect care dovedește integritatea celulei hepatice. Aceste celule sânt mult mai mari și cu nucleii enormi.

Secțiunile microscopice din rinichiul acestui bolnav ne arată prezența de kiști cu conținut coloid; complectă degenerescență fibroasă a glomerulilor al căror buchet vascular se distinge pe secțiuni sub forma de ghemuri de țâsul fibros intens colorat în roșu. Notăm de asemenea leziuni intense arteriale (mai cu seamă hipertrofii ale periarterei). În tuburi există cilindri care se văd atât la secțiunile transversale cât și longitudinale. Protoplasma este granulooasă. În definitiv, leziuni de nefrită cronică mixtă (conjonctivă și epitelială) dar în care leziunile atrofice sânt foarte accentuate.

* * *

Supurațiunea kistului hidatic se produce adesea ori; în unele circumstanțe, în urma unei puncțiuni exploratrice. Și fapt curios chiar atunci când puncțiunea a fost practică în cele mai bune condițiuni de asepsie; — iar în alte circumstanțe această supurațiune se ivesce în urma boalelor infecțioase, sau chiar în afară de orice infecțiune ge-

nerală, prin migrațiunea germenilor intestinali în căile biliare. Condițiunea indispensabilă pentru însămințarea kistului este însă o soluțiune de continuitate cât de mică în membrana germinativă.

Intr'unul din cazurile noastre liquidul kistic conținea în stare de puritate bacilul lui Eberth, izolat și identificat, pe diferite medii de cultură. Am văzut de asemenea că dothienanteria trecuse nebagată în samă, și numai reacțiunile sanguine ne-au demonstrat-o. Semnalăm însă faptul că astăzi febra tifoidă numai e socotită ca o boală primitivă a intestinului ci ca o septicemie în care enorme cantități de bacili sânt eliminate prin calea biliară.

Se pare că însămințarea intestinului poate fi consecutivă infecțiunei sanguine și biliare. Și bogăția liquidului biliar în microbii patogeni și specifici (Eberth) ne explică cum s'a putut infecta printr'o minimă soluțiune de continuitate puna kistului hidatic.

O contribuțiune importantă personală la studiul supurațiunelor hepatice a fost adusă de noi împreună cu Jean Hallé, atunci cînd în 1900 am demonstrat prezența microbilor anaerobi în unele cazuri de kiști hidatici ai ficatului.

Această primă constatare a fost urmată de cazuri similare, în care supurațiunea era nu numai fetidă ci conținea și gaze (pyo-pneumo-hidatică). Se știe că germenii anaerobi dezvoltă gaze pe mediile de cultură. Dar faptul de căpetenie este fetiditatea puroiului, precum se constată și în alte supurațiuni datorite anaerobilor, precum e apendicita.

Și acest fapt a fost pus în plină lumină de cercetările noastre care constituiesc primele documente relativ la aceste supurațiuni prin anaerobi.

În 1900. (Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique p. 689) am publicat împreună cu Jean Hallé, primul studiu referitor la supurațiunea kiștilor hidatici ai ficatului datorită microbilor anaerobi („Sur la présence de microbes strictement anaérobies dans un kyste hydatique suppuré du foie“).

Importanța acestui caz nu a scăpat observatorilor ulteriori. Profesorul Dicușoiu în ultimele ediții ale manualului său de patologie internă îl citează la studiul supurațiilor kiștilor hidatice, aducând cazuri noi în care supurațiunea prin anaerobi era nu numai fetidă ci și putridă. De aceea cred necesar a reproduce această importantă monografie, lucrare personală în care aduceam împreună cu Hallé un fapt nou în istoria clinică și bacterologică a kiștilor hidatice a ficatului.

Observațiunile de kiști hidatice supurați ai ficatului cu control bacteriologic sunt puțin numeroase.

În unele cazuri, cu toate examenele bacteriologice practicate pe lamele și însămînțările pe diferite medii a fost imposibil a se decela în acest puroi prezența vre-unui micro-organism.

Astfel Chauffard și Vidal insistă asupra stăreii amicrobice a unora din aceste supurațiuni; această absență de organisme patologice pare a fi confirmată de clinică, care arată că în unele cazuri puroiul unui kist hidatic supurat, deschis spontan sau chirurgical în peritoneu și în pleură (Tuffier) n'a dat loc nici unei complicațiuni septice.

Alături de aceste fapte negative găsim mai multe observațiuni în care a fost posibil să se identifice unii microbi. Vaquez, Klemperer au găsit streptococul piogen. Quenu citează un caz în care puroiul conținea bacterium coli comune. Galliard a putut izola pneumococul lui Talamon Fraenkel, Letulle stafilococul auriu.

În câte-va cazuri puroiul a fost găsit polimicrobian și Moré (Il morgagni, Nov. 1891) într'un kist hidatic supurat, în urma unei febre tifoide n'a constatat mai puțin de 5 spețe microbiene dintre cari 2 au fost identificate cu stafilococcus aureus și stafilococcus cereus.'

Absența microorganismelor în puroiul supurațiunilor hepatice exclude origina microbiană a acestor supurații; și fără a compara kiștii hidatice supurați ai ficatului cu abcese ficatului și fără a intra în discuțiunea sterilității marilor abcese ale ficatului, putem presupune că organismele

care au provocat supurațiunea kiștilor hidatice au sucombat repede, cea ce explică starea amicrobiană a puroiului. Prezența unor toxine speciale în liquidul hidatic a fost demonstrată și prin clinică și prin experimentațiune (Chauffard și Widal, Boinet); aceste toxine ar putea provoca moartea germenilor provocatori ai supurațiunii.

Dar mai este posibil ca condițiunile în care puroiul a fost examinat nu au permis să se constate existența organismelor vii, dar care cu toate acestea nu se puteau cultiva pe mediile de cultură întrebuițate.

Având ocaziunea să observăm la spitalul copiilor bolnavi un caz de kist hidatic supurat al ficatului cu puroi fetid, am putut constata în acest puroi alături de streptococul piogen care se găsea în mică cantitate, prezența de microorganisme exclusiv anacrobii predominante, am crezut folositor a aduce în știință acest fapt care constituie o noțiune nouă în studiul supurațiunii kistelor hidatice cu puroi fetid.

Observațiune clinică. La 6 Martie 1900, intră în spitalul copiilor bolnavi, Carol B. în vîrstă de 11 ani. Acest copil primit de urgență este într-o stare gravă și medicul care ni-l trimite ni-l adresează cu diagnosticul de peritonită acută localizată în regiunea hepatică.

Examinându-l constatăm că bolnavul prezintă toate simptomele unei supurațiuni recente în cavitatea abdominală; faciesul gripat, pulsul repede, limba uscată, pînțelele dur și balonat. Examenul local arată un meteorism generalizat; în regiunea hepatică și la epigastru o boltire apreciabilă la vedere. Palpațiunea arată la nivelul acestei regiuni existența unei tumori renitente, de volumul unui cap de fetus, imobilă, dureroasă, ocupând hipochondrul drept și epigasturul și a cărei matitate se continuă cu matitatea hepatică.

Scobitura iliacă e liberă; pielea abdomenului nu este inflamată și la nivelul său nu există nici edeme nici circulațiune venoasă colaterală.

Examenul celorlalte organe este negativ.

Părinții ne spun că copilul a avut o sănătate multă-mitoare; afară de o gripă și de o angină recentă, n'a mai avut alte boale.

Acum o lună s'a plâns de colici și a avut în mai multe rânduri vărsături alimentare. Aceste simptome s'au reprodus cinci spre zece zile după primele accidente, adăogându-se fiori și febră. Copilul a stat în pat și un medic consultat a descoperit tumoarea din regiunea hepatică, ignorată de părinți și de copilași.

Cu toată lipsa altor simptome obicinuite care să confirme ideea unui kist hidalic supurat al ficatului, acest diagnostic pare probabil și față cu starea grea a copilului, chemăm chirurgul de gardă D-rul Rieffel care hotărăște intervențiunea de urgență. D-sa practică, sub chloroform o inciziune la nivelul părții celei mai ridicate ale tumorei și cade pe fața convexă a ficatului boltită printr'o tumefacțiune considerabilă. La acest nivel capsula ficatului arată o vascularizațiune anormală: După ce se proteje peritoneiul, inciziunea parenchimului hepatic îl conduce într'o vastă pungă supurată de unde se scurge un puroi oribil de fetid sero-purulent, conținând hidatide, unele închise, altele deschise, multe dintr'nsele, cu un perete alterat, de colorațiune galben verzue. După golirea puroiului și spălătura pungei, membrana germinativă este extirpată și cavitatea marsupializată.

Urmările operațiunei au fost excelente; febra cade a doua zi. După o lună și jumătate, starea generală a copilășului este pe cât se poate de bună. A fost îngrijit în tot timpul acesta în serviciul Profesorului Lannelongue și am putut urmări zi cu zi progresele vindecărei sale grație bunăvoinței D-rului Villemin. Fistula biliară s'a vindecat complect și a părăsit spitalul.

Examenul bacteriologic. Puroiul examinat și însămînțat a fost cules în momentul operațiunei într'o pipetă sterilă.

Examenul pe lamele: examenul direct și colorațiunea simplă arată că acest puroi conține relativ puțini leucociți și din potrivă o floră microbiană excesiv de abon-

dentă. Organismele observate sânt, după frecvență: a) cocci foarte mici, colorindu-se greu și ne formând lanțuri, b) bacili de lungimi variabile, mai mulți lungăreți flexuoși, cu capetele pătrate, masive; nu par a conține spori și nu par a avea mișcări proprii, c) lanțuri de streptococi, ușor de distins în puroi de coci ce am descris deja. Aceste lanțuri sânt mult mai puțin numeroase ca celelalte două specii. Metoda lui Gram decolorează cocci și bacilii și lasă colorate lanțurile de streptococi.

Culturile pe medii aerobii (însămînțare pe mai multe tuburi de agar înclinate, în diluțiuni succesive). Aceste culturi arată numai câte-va rari colonii (7—8 în primul tub de însămînțare) de un organism pe care îl identificăm în urmă cu bacterium coli commune și colonii ale unui streptococ. Acest streptococ izolat în stare de puritate și inoculat la urechea unui epure, în doză de câte-va picături de bulion dintr'o cultură de 24 de ore, n'a provocat de cât o roșeață trecătoare (urechea pleostită, fără abces ulterior). Cultura pe medii anaerobii. Culturile sânt făcute în diluții succesive pe 12 tuburi, profund, de agar zaharat, după metoda lui Liborius. După examenul tuburilor, putem conchide că microbii anaerobi reprezintă aproape totalitatea coloniilor: cei din urmă tubi de însămînțare nu mai închid nici o colonie în zona de aerațiune.

Examelele și reinsămînțările ne permit de a izola 2 specii exclusiv anaerobii, coccusul și bacilul constatați la examenul direct pe lamelă.

Iată caracterele acestor organisme :

1) *Staphilococcus parvulus*. Coccusul este un organism foarte mic, mai mic ca stafilococul auriu, formând grămeji sau dispus în diplococ dar fără ca să aibă dispozițiunea de alipire a gonococului. Se colorează ușor, dar puțin intens, și rămâne decolorat cu methoda lui Gram. Crește la 37° abundent, dar se desvoltă chiar la 23° mai încet.

Pe gelatină. crește fără a o liquefia; pe geloza zaharată, în profunzime dă colonii gălbii bine limitate, care se opresc la aproape 2 c. m. de la suprafață. În mod con-

stant provoacă desvoltare de gaze care fărămă geloza, fără însă a produce o dislocare complectă a tubului.

Inoculat sub pielea unui cobai, a provocat după câteva zile formațiunea unui abces.

N'am putut obține culturi cu acest microb, pe nici un mediu în prezența aerului; el este așa dar exclusiv anaerob.

Toate caracterele morfologice, de cultură și biologice permit a-l identifica cu un coccus exclusiv anaerob, descris de Veillon și Zuber, sub numele de *Staphylococcus parvulus* (Arch. de méd. exp. et d'An. path. Iulie 1898).

Bacilus fragilis. Acest bacil care nu e înzestrat cu mișcări proprii presintă în puroi forme foarte lungi care se regăsesc mult mai rar în culturi. Se decolorează complect prin metoda lui Gram; nu crește de cât pe mediile lipsite de aer. Culturile nu degajă gaze capabile de a fragmenta geloza. Crește încet în profunzimea tuburilor, și moare dacă nu este reinsămîntat cel puțin la 8 zile.

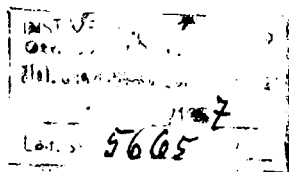
Fragilitatea sa ne-a împeditat de a căuta toate caracterele de cultură și de inoculațiune, dar morfologia sa ne-a permis a-l identifica cu un organism strict anaerob descris de Veillon și Zuber sub numele de *Bacillus fragilis*.

În rezumat, puroiul fetid al acestui kist hidatic supurat al ficatului conține în mare abundență microbi exclusiv anaerobi (*staphylococcus parvulus* și *bacillus fragilis* ai lui Veillon și Zuber) și 2 organisme aerobii (și anaerobi facultativi): streptococul piogen în proporție minimă și *bacterium coli* din care există numai câte-va rare colonii.

Studiul acestui caz arată importanța ce prezintă căutarea în puroi a organismelor exclusiv anaerobii. În ade-văr, dacă în acest caz ne-am fi mulțămît cu examenele directe și cu culturile pe mediile aerate, am fi atribuit numai lui *bacterium coli* și streptococului supurațiunea acestui kist hidatic; sau comparând rezultatul examenelor pe lamele și a culturilor, am fi putut presupune că cea mai mare parte din germenii constatați pe lamele au succombat. Însămîntările pe mediile lipsite de aer arată din con-

tra că toate organismele trăiau, dar că cea mai mare parte dintr'însele erau germeni strict anaerobi, patogeni.

De asemenea, având în vedere și acest caz, aducem aminte din nou prezența constantă a germenilor exclusiv anaerobi în supurațiunile fetide. În fine facem să se observe de asemenea că cele 2 specii izolate, *stafilococcus parvulus* și *bacilus fragilis*, se regăsesc adesea în supurațiunile fetide de origine intestinală (apendicită) și în alte supurațiuni cu caracter gangrenos (pleuresii putride, gangrenă pulmonară, mastoidită, etc.),





915