

Clinica chirurgicală nr. I. (cond.: prof. Z. Păpai, doctor în medicină),
 Catedra de morfopatologie a I.M.F. (cond.: conf. dr. F. Gyergyay, doctor în medicină)
 și Clinica de boli contagioase (cond.: prof. dr. L. Kelemen, doctor docent)
 din Tirgu-Mureș

LOCALIZARE PERITONEALĂ PRIMITIVĂ A HIDATIDOZEI

dr. M. Ionescu, dr. L. Schuller, dr. V. Fazakas

Boțnava D. E., în vîrstă de 30 de ani, din comuna Sîndomic jud. Harghita, a fost adusă cu salvarea la serviciul de urgență al Clinicii chirurgicale nr. I în ziua de 7 februarie 1969, prezentînd fenomenele unui abdomen acut ce evolua de 3 zile cu dureri abdominale generalizate continue, balonare, grețuri, vărsături alimentare și biliouse, suprimarea completă a evacuării de materii fecale și incompletă a emisiei de gaze. Cu toată starea ei subiectivă alarmantă, bolnava obiectiv nu avea o stare generală prea alterată, prezentînd un grad de obezitate, febra 37,7°C, puls 86/minut, T. A. = 130—80 mmHg, glicemia: 130 mg, VSH: 20—46 mm urina fără elemente patologice, leucocitoza 9000/mmc. La examenul radioscopic al toracei: I. T. N., iar al abdomenului: aerocolie accentuată pe cadrul colic și imagine opacă abdominală inferioară. Nu reușim să pornim tranzitul digestiv cu ser clorurat hipertonic plus miostin i. v. și clismă cu glicerină, și nici să-i ameliorăm durerile și vărsăturile. Examenul ginecologic ne dă relații normale în sfera organelor genitale, dar Douglas-ul este sensibil. Abdomenul prezintă în partea inferioară și mai ales în dreapta semne de reacție peritoneală cu semnul lui Blomberg și contractură musculară, schițată sub stratul abundent de grăsime subcutanată al peretelui abdominal.

În antecedente remarcăm doar tonsilite repetate și o hepatită epidemică în urmă cu 2 ani. Cicluri menstruale regulate; S=2, P=2, A=Ø.

După 3 ore de observație și perfuzie i. v., executăm intervenția chirurgicală în anestezie generală cu eter prin intubație orotraheală. Deși suspționăm în primul rînd o apendicită acută, procedăm la o laparotomie exploatoare mediană supra- și subombilicală. Din cavitatea abdominală se scurge cca. 500 ml lichid peritoneal ușor brun, nemirositor, fluid și fără depozite de fibrină pe care o aspirăm. Executînd intervenția în condiții de urgență, nu am avut posibilitatea de a face examenul chimic sau bacteriologic al lichidului peritoneal, pe care l-am asemuit ascitei din ciroza hepatică. Ansele intestinale sînt paretic dilatate, apendicele și organele genitale interne de aspect normal, căile biliare libere, ficatul de aspect și consistență normală. Peritoneul are luciul păstrat, este ușor congestionat: nu sînt depozite de fibrină. Ne explicăm simptomatologia de abdomen acut, cu reacția peritoneală și pareza intestinală, prin prezența lichidului peritoneal, dar nu ne explicăm proveniența acestuia și continuăm explorarea. În pelvipitoneu, sub foia stîngă a mezorectului, găsim o formațiune dură, mobilă, de mărimea unei nuci mici pe care o recoltăm în întregime fără dificultate și peritonizăm patul ușor sîngerînd rămas. Formațiunea arată macroscopic ca un tuberculom dur, pe cale de calcifiere. L-am recoltat mai mult pentru examinare în vederea conduitei terapeutice postoperatorii. Continuăm explorarea sistematică și găsim sub foia stîngă a mezenterului încă o formațiune asemănătoare pe care o recoltăm la fel. Închidem cu grijă peretele abdominal, fără drenaj. Evoluția postoperatorie bună, fără nici un incident.

Fără antecedente personale sau ereditare, beneficiind de condiții optime de trai, am considerat totuși cazul ca fiind o tuberculoză peritoneală și postopera-

tor am instituit zilnic perfuzii cu P.A.S. și hidrazidă, streptomycină, calciu și vitamină, deși I.D.R. a ieșit repetat negativ.

A constituit o surpriză rezultatul examenului anatomopatologic (nr. 124.491 124.492), cu următoarea descriere:

— **Macroscopic:** formațiuni de mărimea unor boabe mari de fasole, rotunde, ovale, încapsulate, consistente, ferme.

Suprafața de secțiune este puțin laxă, de culoare cenușie-albicioasă, pe alocuri cu depuneri calcare de mărimea unor gămălii de ac

— **Microscopic:** (colorația hematoxilina-eozină; van Gieson) materialul examinat prezintă următoarele aspecte histologice:

1. În unele părți se găsesc fragmente de membrane chitinoase, stratificate, anhistice, celulare, cu onduiații caracteristice (vezi fig. nr. 1 și fig. nr. 2).

2. În alte părți formațiunile sus-amintite prezintă semne de necroză și depuneri calcare (vezi fig. nr. 3).

3. În jur se găsește o capsulă conjunctivă în general îngroșată, densă, în unele locuri hialinizată, paucicelulară, iar în alte locuri destul de bogată în celule conjunctive. Infiltrație inflamatoare granulolimfoplasmocitară cu vascularizație bogată și cu zone de hemoragie. Pe alocuri se vede câte un element gigantocelular (vezi fig. nr. 4).

Diagnosticul histopatologic corespunde unui chist hidatic, parțial necrozat și cu semne de calcifiere.

În baza acestui rezultat neașteptat, după vindecarea chirurgicală primară, transferăm bolnava în secția de parazitologie a Clinicii de boli contagioase pentru investigații complementare. Se constată un discret prurit cutanat, grețuri matinale, ușoare crampe abdominale cu tranzit digestiv și micțiuni normale. VSH-ul a coborât la 8—17 mm, iar leucocitoza la 6.200/mm³. În tabloul sanguin se găsesc 7% eozinofile. Probele hepatice negative, electroforeza normală, reacția Weinberg-Pirvu negativă, reacția Cassoni negativă, radioscopia toracelui și a abdomenului pe gol și cu bariu pasaj absolut normale. La examenul bilei relații absolut normale, chimismul gastric à jeun normal, examenul parazitologic pentru chisturi de protozoare și ouă de helminți de repetate ori negativ, examenul urinei negativ.

După un tratament cu vitamine și antispastice bolnava părăsește clinica la 10 martie 1969, fiind complet asimptomatică și se menține la fel la controlul executat la 1 iulie 1969.

După prezentarea acestui caz clinic ar trebui să procedăm la interpretarea lui. Surpriza examenului, precizat abia histopatologic, nu este lucru neobișnuit pentru localizările rare ale hidatidozei (3, 14). La cazul nostru în afară de hidatidoză nu am găsit nici un alt proces anatomopatologic. Formațiunile, în momentul depistării noastre erau însă în involuție. Probabil că bolnava le-a purtat asimptomatic de multă vreme. Ce a cauzat însă fenomenele de îmbolnăvire acută, brutal manifestată, și cum s-a instalat lichidul peritoneal constat intraoperator, sînt întrebări la care nu putem găsi răspunsul. Cum ar fi evoluat cazul dacă nu l-am fi operat, este iarăși o întrebare ce rămîne deschisă.

Ne-am permis să publicăm cazul pentru raritatea lui, în concordanță de altfel cu marile statistici (1, 7) și relatări ale alor autori (13). Penetrația larvelor de *Taenia echinococcus* prin sistemul port-venos hepatic și prin circulația pulmonară, precum și pe cale limfatică, cu localizări la distanță, a mai fost semnalată și de alți autori (1, 3, 6 etc.), iar manifestarea clinică a suferinței și evoluția au fost și ele studiate (5, 6). Considerăm deci cazul nostru ca fiind o hidatidoză peritoneală primitivă, ce a cauzat la un moment dat tabloul clinic al unui abdomen acut chirurgical, bucurîndu-se de o rezolvare și evoluție fericită, care ne sensibilizează pentru interpretarea unor cazuri viitoare asemănătoare și ne îndreptățește să îmbogățim cu observația noastră cazuistica atât de rară a acestei localizări.

Se adresează la redacție: 26 iulie, 1969

M. IONESCU ȘI COLAB.: LOCALIZARE PERITONEALĂ PRIMITIVĂ
A HIDATIDOZEI



Fig. nr. 1



Fig. nr. 2



Fig. nr. 3



Fig. nr. 4

Bibliografie

1. BUȚUREANU V. I., LAZAR C., STRAT V., CHIFAN M., DOLINESCU C.: Rev. Med. Chir. (1960), 64, 1, 65;
 2. CHIPAIL GH.: Comunicările S. S. M. (1957), 4, 242;
 3. COSMA E., CHIRIRLEANU TR., SÎRBU M.: Chirurgia (1961), 4, 723;
 4. FRUNZĂ A., PAPALICEFF ȘT.: Rev. Med. Chir. (1961), 3, 737;
 5. IONESCU M., IONESCU CONSTANȚA, HAIFLER M., BULGARU MARIA: Rev. Med. Chir. (1934), 68, 3, 677;
 6. IONESCU M., MACRINICI S., HAIFLER M., CIORNEI NINA: Lyon Chir. (1964), 60, 5, 689;
 7. KOURIÁS B.: Presse Méd. (1961), 69, 4, 165;
 8. LUPAȘCU GH., PANAITESCU D.: „Hidatidoza“ Ed. Acad. R.S.R., București, 1968;
 9. PAPA-DAVID M.: Comunicările S. S. M. (1957), 4, 242;
 10. PENENKOV B. L., FIKS A. F.: Klin. Chir. (1965), 2, 66;
 11. PICCIOCCI A., PERRA L.: Gazz. Ind. Med. Chir. (1967), 72, 5, 367;
 12. ROIBASU P., PECURARIU O., GRIGORIU I., OPREA O.: Comunicările S. S. M. (1957), 4, 65;
 13. SCHULLER L., FAZAKAS B., SZABÓ I., LAZAR L., KELEMEN L.: Morf. norm. și patol. (1965), 10, 1, 81;
 14. TÂNĂSESCU I., DOLINESCU C.: Rev. Med. Chir. (1960), 64, 2, 729.
-