

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

8564
 No. 461

LAMBLIAZA INTESTINALĂ



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
 PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 20 Iunie 1929.

DE

GHEORGHE MĂGUREANU

FOST PREPARATOR INSTITUTULUI DE ANATOMIE DESCRIPT ȘI TOPOGR.
 PREPARATOR AL CLINICEI MEDICALE.

CLUJ
INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE DEUTSCHER BOTE
 STRADA BARON L. POP. 10

1929.



★ 4 4 0 0 0 3 1 6 8 ★

Biblioteca UMFST

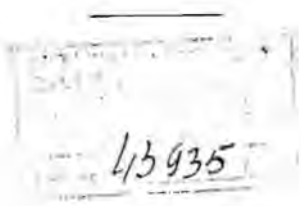
LAMBLIAZA INTESTINALĂ



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 20 IUNIE 1929.
DE

GHEORGHE MĂGUREANU

FOST PREPARATOR INSTITUTULUI DE ANATOMIE DESCRIPT ȘI TOPOGR.
PREPARATOR AL CLINICEI MEDICALE.



23 MAY 2000

CLUJ
INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE DEUTSHER BOTE
STRADA BARON L. POP 10

1929.

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan : D-nul Prof. Dr. C. Tătaru

Profesorii :

Patologia generală și experimentală	Prof. Dr. Botez A. M.
Bacteriologia (agr.)	" " Baroni Vitold
Istologie și embriologie umană	" " Drăgoiu I.
Clinica infantilă	" " Gane T.
" ginecologică și obstetricală	" " Grigoriu C.
Istoria medicinei	" " Guiart I.
Clinica medicală	" " Hațiegan I.
" chirurgicală	" " Iacobovici I.
Farmacologie și farmacognozie	" " Martinescu Gh.
Clinica oftalmologică	" " Michail D.
" neurologică	" " Minea I.
Medicină legală	" " Minovici N.
Igienă și igienă socială	" " Moldovan I.
Radiologia medicală	" " Negru D.
Fiziologia umană	" " Nițescu I. I.
Farmacia chimică și galenică	" " Pamfil Gh.
Anatomia descriptivă și topografică	" " Papilian V.
Clinica oto-rino-laringologică	" " Predescu-Rion I.
Clinica stomatologică (supl.)	" "
Clinica dermato-venerică	" " Tătaru C.
Clinica urologică (agr.)	" " Țeposu Emil
Chimia biologică	" " Thomas P.
Clinica psihiatrică	" " Urechia C.
Anatomia patologică	" " Vasiliu T.

Juriul de promoțiune :

Președinte : D-nul Prof. Dr. J. Hațiegan

Membrii : { D-I Prof. Dr. Botez Mihail
" " " Baroni Vitold
" " " Titu Vasile
" " " Tătaru Coriola

Supl. D-I Docent Dr. I. Goia

INTRODUCERE.

Infestațiunile parazitare erau considerate altădată ca boale aparținătoare numai țărilor tropicele. Cu înaintarea civilizației, care a adus cu sine un schimb mai mare între populațiile diferitelor țări ele au rupt granițele geografice trecând, la început în mod sporadic, apoi în timpul războiului — când viața intimă de tranșee, dintre trupele europene și coloniale au permis o propagare mai întinsă — au apărut adevărate epidemii de boli parazitare. Aceasta a determinat apariția unei întregi literaturi asupra paraziților și a rolului lor în patologia umană. Parcurgând această literatură vedem că lambliaza intestinală ocupă un loc de frunte. Plecată din leagănul ei, care este Africa ea parcurge o bună parte din Europa lăsând urme fie sub aspectul cazurilor sporadice, fie epidemii întregi cum a fost în Flandra, Galipoli și Salonic. Războiul a trecut, soldații s'au reîntors acasă și cu aceasta și lambliaza părăsește tranșeele, intră în marea masă a populației determinând apariția ei în cele mai variate puncte ale Europei. De acest neajuns pare a nu fi fost scutiți nici noi. Dacă totuși ele nu sunt citate până acum ea se datorește lipsei unei examinări complete a bolnavilor cu suferințe intestinale. Multe din așa numitele enterocolite cronice, care nu cedează la nici un tratament sunt suspecte de o infestație parazitare și numai un examen minuțios și complet al scaunelor și al sucului duodenal al acestor bolnavi va pune diagnosticul. Dar pentru a bănui lambliaza și a putea pune acest diagnostic trebuie să-i cunoaștem existența precum și aspectul clinic sub care se prezintă. Ori tocmai acest lucru nu e cunoscut la noi. Considerată ca o boală exotică ea nu a preocupat cercurile noastre medicale. Primele date despre existența ei în România le găsim abia anul trecut într'un articol publicat de d-lui Doc.

Goia I. și **Asist. Gavrilă I.** în revista Științelor Medicale, care relatează 2 cazuri din Clinica Medicală din Cluj. De atunci Clinica Medicală și-a îmbogățit colecția cu încă un caz. Noi credem însă că numărul lor e cu mult mai mare și numai nerecunoașterea face ca să fie considerată ca o raritate. Pentru o punere la punct a acestei chestiuni și pentru a o face cunoscut în cercurile noastre medicale d-l Profesor **I. Hațiegan** mi-a încredințat subiectul acestei teze. Nu am pretenția să fie făcut un lucru original. Aș avea totuși mare satisfacție dacă această contribuție ar aduce o lumină cât de mică în problema atât de controversată a patogeniei și a formelor clinice a lambliazei. Ea ar fi încoronarea vieții mele de student și un bun indemn pentru viitor. Dar înainte de a intra în viitor să-mi fie iertat ca la această răspântie a vieții să aduc prinosul meu de recunoștință tuturor aceluia care au contribuit la formarea mea ca medic și ca om.

Primul meu gând se îndreaptă către aceia care nu au precupețit nici un sacrificiu pentru a mă susține la Universitate, în timpuri atât de grele. Dragostea mea față de părinți și frate nu găsește cuvinte pentru a fi exprimată. Lor le datoresc totul fără ca ei să-mi fie datori cu nimic. Ca un omagiu pentru tot ceace au făcut pentru mine lor le dedic această teză.

Dragoste nemărginită și stimă Profesorilor mei. Iubire, devotament și recunoștință d-lui Prof. I. Hațiegan, pentru felul cum m'a primit în serviciul Domniei-Sale. Țin să-l asigur și pe această cale că voiu cauta să fiu totdeauna demn de încrederea ce mi-a acordat-o. Nu pot încheia viața de student fără să aduc viile mele mulțumiri d-lui Prof. V. Papiian. În serviciul Domniei-Sale am învățat pentru prima dată ceace înseamnă muncă desinteresantă. D-lui Conf. Goia datoresc primele începuturi ale vieții medicale. Pentru lupta dusă în a învinge toate greutățile unui început îi sunt totdeauna recunoscător.

Daterez multă recunoștință d-lor Asistenți: Gavrilă L. și Spârchez T. pentru bunătatea ce mi-au arătat-o totdeauna, dragostea cu care m'au înconjurat precum și pentru sfaturile date, atât în interiorul clinicei, cât și la alcătuirea acestei

teze. Pretinului Aurel Moga — ajutorul de fiecare clipă în migăloasa viață clinică — mulțumirile mele asigurându-l de toată dragostea.

Pretinilor mei de fiecare clipa, Stroia S., Mihailă T., Russu G. I., Muntenu V. I. și Mara T., le datorez o frumoasă amintire și îi asigur de aceeași nemărginită dragoste.





ISTORIC.

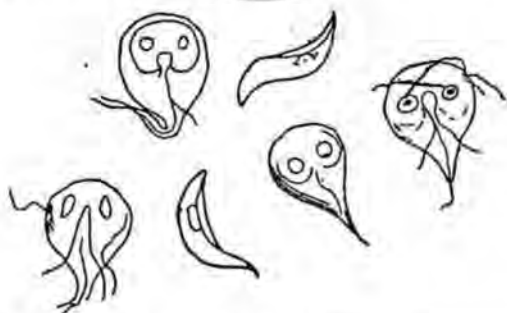
Agentul patogen al lambliazei a fost descoperit în anul 1681, de **Van Leewenhoek** în scaunul unor copii cari sufereau de enterită. Dar descrierea morfologică e făcută abia la 1859 de **Lambl** care îi dă numele de „*cercomonas hominis*”. În 1872 **Cunninghaus** descrie sub numele de „monades” un agent patogen întâlnit des în scaunele dizenterice și colerice care nu e altceva decât *cercomonas hominis* descris de **Lambl**. Acelaș agent îl găsim sub numele de „*megastoma entericum*” și în lucrările lui **Grassi** la 1881. **Blanchard** făcând studii mai amănunțite, îl introduce în literatură, sub numirea de „*lamblia intestinalis*”, ca un omagiu adus primului descoperitor **Lambl**. **Metzner** și **Benzen** studiază diferitele specii iar **Hartmann** și **Provazeki** descriu înmulțirea lor. Considerată mult timp ca un oaspe banal al tubului digestiv lamblia intestinală intră definitiv în patologie prin constatările și experiențele lui **Grassi**, **Simon**, **Galli-Valerio**, **Fantham** și **Porter**, dar mai ales prin acelea ale lui **Deschiens** făcute pe câteva sute de cazuri.

În 1925 **Kofoid** o înșiră în rândul Giardozelor și îi dă numele de „*Giardia intestinalis*” întrebuițat mai ales în țările tropice.

MORFOLOGIE.

Lamblia intestinală e un flagelat de construcție perfect simetrică, așa că **Hartmann** cu drept cuvânt a numit-o animal dublu. Ea e compusă dintr'un corp și din flagele.

Corpul are forma de morcov sau pară. Ca mărime e foarte variat. Exemplarele tinere par a fi mai lungi și mai subțiri, cele mai bătrâne sunt mai scurte și mai groase. Lungimea variază între 5—15 r. Văzută din față, lamblia prezintă, în partea anterioară, o cavitate adâncă cu marginile mai ridicate, înconjurată de o fibrilă care prinde foarte intens coloranții. Aceasta cavitate poartă numele de peristom. În fundul cavității găsim 2 formațiuni ovoide, unite la polul anterior, numite sâmburi sau nucleii. Ei dau aspectul de lunetă sau ochielari. Nucleii sunt formați din 2 zone una externă mai slab colorată a 2-a centrală care se colorează mai intens numită cariozom. De jur împrejur, nucleii sunt înconjurați de o membrană rezistentă cunoscută sub numele de membrana sâmburilor.



În partea de sus a membranei e așezat centrozomul iar în partea inferioară sunt așezate o perechie de mase, care se colorează foarte intens. Aceste mase sunt mai dezvoltate

la animalele bătrâne. Ele constituie aparatul sau corpii parabazali.

Peristomul e înconjurat de o fibrilă tare care în partea posterioară se termină în formă de coadă.

Nucleii bazali sunt legați între ei printr'o fibrilă numită rizoblast. Aceasta pleacă din cariozomul unui sâmbure, trece în sus, pe la partea superioară a centrozomului de aceeași parte, la centrozomul de partea opusă și de acolo la celalalt cariozom.

Nucleii, aparatul parabazal, și fibrilele din interiorul corpului servesc, pentru întărirea punctelor de inserție a flagelelor și pentru păstrarea formei animalului.

Văzut din profil, corpul lambliei are aspectul unei linguri, cu o parte excavată iar de celalaltă parte boltită. Această boltă e cu atât mai accentuată cu cât animalele sunt mai bătrâne. Cu vârsta marginile bolții înaintează spre partea ventrală care și ea se scobește mai tare.

Protoplasma e hialină, cu granulațiuni foarte mici și e înconjurată, jur împrejur, de o peliculă foarte fină.

Corpul e prevăzut cu organe de locomoție, reprezentate prin 4 flagele: una anterioară, 2 perechi laterale și una posterioară. Cele anterioare iau naștere din centrozom, se îndreaptă înainte și înăuntru, se încrucișează pe linia mediană trecând de partea opusă. La nivelul încrucișării, flagelele se îngroașe, se alipesc și formează chiazma anterioară. La partea opusă ele se îndreaptă înapoi, luând loc între membrana corpului și peristom, până cam la mijlocul corpului unde ele devin libere. Această poartă numele porțiunea intracitoplasmică a flagelului anterior.

Din coada peristomei iau naștere alte 2 perechi de flagele, care se îndreaptă înapoi și înafară părăsind corpul pe părțile laterale. Perechia posterioară pleacă de la corpii bazali și este prin coada corpului.

Aceasta este forma vegetativă a lambliei, având o rezistență foarte redusă. La temperatura camerei în 6—8 ore își pierde vitalitatea. **Deschiens** a putut menține lamblia în viață timp de 24 ore, la termostat. Vitalitatea redusă în mediul exterior ar însemna dispariția lambliei dacă în câteva

ore nu ar găsi un organism pe care să-l infecteze. Intr'adevăr acești paraziți sunt de o delicatețe extremă și sub simpla influență a frigului dispar din scaun; apa încă îi distruge, un fapt important de reținut atunci când se face un examen coprologic. Soluțiile fiziologice asemenea le distrug. Numai soluția Lugol le fixează și le colorează. De cele mai multeori aceste forme vegetative se găsesc în faza acută a diareelor.

Tot de caracteristică este a doua formă a lambliei, de o rezistență mult mai mare și care se găsește în scaune și în faza cronică a tulburărilor intestinale așa numita formă chistică care provine din forma vegetativă.



Chistele sunt destul de polimorfe totuși se pot recunoaște ușor după forma regulat rotundă și după conținutul lor. Dimensiunile sunt extrem de mici, având o lungime de 8—13 μ iar lărgimea 7—8 μ . În general se distinge la chist un inveliș cu dublu contur și o membrană așezată oblic sau în formă de S, formată de un fascicol de flagale răsucite. Se disting încă 2 sau 4 mase nucleare după cum chistul este simplu sau dublu, ultimul având o frecvență mai mare. Prin colorația simplă cu Lugol putem evidenția cele mai fine detalii.

SPECIFICITATEA PARAZITULUI.

E foarte interesant, din punct de igienic, de a ști dacă omul e singura gazdă a lambliei intestinale, sau ea se află și la alte animale care ar putea-o transmite.

Cercetările întreprinse în aceasta direcție au reușit să pună în evidență lambliei la o serie de animale mai ales din grupul rozătoarelor (șoareci, șobolani, iepuri). Alți autori au găsit paraziți la câini, pisici etc. În fața acestor fapte, întrebarea care se pune a fost de a elucidă prin cercetări serioase și bine documentate dacă lamblia care infectează animalele sunt una și aceeași specie. — Concluziile la care s'a ajuns sunt diferite. — **Kofoïd** și **Christiansen** descriu diferențe morfologice de lungime, proporție și diferență în structura corpiilor bazali. În baza acestor diferențe a făcut 6 grupe de lamblii:

1. *Lamblia intestinală*, care se găsește mai ales la om, dar se poate găsi și la șoareci, șobolani, câini, pisici, miei etc.

2. *Lamblia muris* întâlnită la cea mai mare parte a rozătoarelor.

3. *Lamblia duodenalis* la iepurii de casă și de câmp și la câini.

4. *Lamblia microtis*.

5. *Lamblia agilis* în intestinul mormolocilor.

6. *Lamblia sangvinis*.

Dar aceste diferențe sunt așa de delicate, încât însăși autorii admit, că recunoașterea diferitelor specii după aceste criterii este foarte grea sau chiar imposibilă. **Benzen** și **Kofoïd** și alți autori au emis părerea că un tip de lamblia cu structură determinată e patogen numai pentru o anumită specie de animale. În favorul acestei teze ar veni experiențele lui **Simon** și **Galli-Valerio**. **Simon** încercând infestarea șobolanii-

lor cu lamblia intestinală nu a obținut nici un rezultat. Tot rezultat negativ a obținut și la încercarea de a infesta șoareci și șobolani cu lamblia microtis. În schimb a reușit să infesteze șobolani cu lamblia muris, specie care se întâlnește foarte des în intestinul rozătoarelor. **Galli-Valerio** a încercat infestarea șoarecilor albi și a șobolanilor cu fecale umane, bogate în chiste, fără să fi obținut nici un rezultat.

Diferențele morfologice descrise de **Kofoïd** și **Christian-sen** precum și aceste experiențe au făcut să se creadă că lamblia ar prezenta foarte multe specii.

Azi, aceasta părere nu se mai admite. Bazați pe constatări clinice și experiențe făcute pe o scară foarte întinsă, autorii au reușit să arate și să demonstreze chiar, că nu există decât o singură specie de lamblie, iar diferențele morfologice descrise, nu ar fi decât rezultatul adaptării acestui animal, la regimurile alimentare diferite, după stăpânul în care trăește.

Intr'adevăr prin cercetările înreprinse s'a reușit să se pună în evidență lamblia intestinală — considerate altădată ca specifică omului — și în intestinul și scaunele unor animale ca pisici, miei, câini.

Experiențele sunt și mai demonstrative. Deja **Grassi** a reușit să se infesteze cu fecale de guzgani. Infestația nu s'a manifestat prin nici o tulburare, dar fecalele, timp îndelungat, conțineau cantități mari de paraziti, ceea ce înseamnă că ea a trăit și s'a înmulțit în intestinul omului.

Alte experiențe au fost făcute la 1919 de **Fanham** și **Porter** cari au infestat șoareci și pisici cu lamblia intestinală umană aduse din Galipoli și Flandra. După un timp variabil, foarte scurt de câteva zile, animalele infestate au făcut niște tulburări intestinale, foarte grave, disenteriforme, cari în majoritatea cazurilor au dus la moarte.

În 1919 **Schilling** încă a putut infesta pisici cu chiste de lamblia umană.

Dar cele mai demonstrative și totodată și interesante rezultate le-a obținut **Deschiens** prin experiențele făcute pe un număr mult mai mare de cazuri.

Primele experiențe au fost făcute pe pisici. O serie de 10 pisici au fost infestate cu fecale umane de tipul diareiei

acide, de fermentație, foarte bogate în chiste de lamblia intestinală. Toate pisicile s'au infestat în decurs de câteva zile. Din 10:7 au făcut o lambliază diseteriformă mortală în 15 zile; 2 pisici au făcut dizenterie severă, care după 40 de zile au evoluat spre o colită cronică. A 10-a pisică a murit în plin puseu disenteriform, însă moartea aici a fost datorită unei duble pleurizii purulente cu pneumococi. Deci specia lamblia intestinalis cu caractere morfologice și biologice în aparență deosebite, ingerate de pisică i-a produs o infestație. Acelaș lucru a fost obținut la pisică și cu chistele de lamblia muris și cu injecția intrarectală de forme vegetative.

A 2-a serie de experiențe au fost făcute pe șoareci, din 10 șoareci infestați cu lamblie umană 5 au făcut o diaree mortală în 20 zile; 3 au făcut numai tulburări diareice cari s'au atenuat după 40 zile; unu s'a infestat fără a prezenta însă tulburări; iar un șoarece a rămas refractor. Inoculația de lamblia muris a dat acelaș rezultat. Din 5 șoareci 3 au făcut dizenterie lamblina nemortală; 2 s'au infestat fără se prezinte tulburări.

Toate acestea demonstrează până la evidență identitatea naturii diferitelor specii de lamblii. Acestă lucru are mare importanță, epidemiologică căci el arată că isvorul de infecție, nu e numai omul infestat ci mai ales animalele cari trăesc în preajma omului ca: șoareci, pisici, câini, iepuri, etc.

EPIDEMIOLOGIE.

Infestia se face atât pe cale direct cât și pe cale indirect.

Calea direct constă din infestarea omului cu paraziți luați direct dela isvorul de infecție. Aceste cazuri sunt foarte rare, dar posibile. Așa e citat peste tot cazul relatat de Mathis și Leger. E vorba de un copil care jucându-se cu un șoarece infestat de lamblie a căpătat o dizenterie parazitară foarte rebelă.

Mai frecventă e însă calea indirectă. Animalele infestate sau purtătoare de acești germeni, depun odată cu feca-

lele și o cantitate mare de paraziți pe alimentele și obiectele cu cari vin în contact. Acestea la rândul lor, ingerate de oameni sau animale vor da tulburările cunoscute sub numele de lambliază. Unii autori au putut pune în evidență lambliei intestinale la câini, iepuri și șoareci cari trăiau în apropierea oamenilor infestați cu acest parazit.

O apă infectată încă poate constitui o cale indirectă de infestație. În cazul acesta lambliaza poate lua caracterul unei epidemii, cum sunt citate în literatură vre-o câteva astfel de observațiuni, care însă nu sunt destul de concrete, așa că aceasta cale deși posibilă, rămâne totuși ca o cale secundară.

ENDEMII ȘI EPIDEMII.

În împrejurări normale cazurile de lambliază sunt rare, sporadice și par a fi independente una de alta. Dar la o cercetare mai amănunțită se constată un izvor de infecție comun tuturor cazurilor. Aceste constituie endemia. În anumite împrejurări însă, numărul lor crește foarte mult încât iau caracterul unei epidemii. Așa s'a întâmplat în marele război, deja din primele luni ale campaniei. Cazurile de infecțiuni intestinale au fost foarte numeroase și variate. Etiologia lor însă nu era cunoscută, de aceea s'au și grupat toate sub numirea de „diarrhées des tranchées”. Cercetările ulterioare au arătat că marea parte a cazurilor au fost datorite lambliei, apoi amebelei și altor cauze. În iarna anului 1915 a apărut un puseu meșteptat de mare, o adevărată epidemie de dizenterie lambliană, la trupele engleze din nordul Flandrei.

Tot sub formă epidemică s'a prezentat lambliaza la Salonic și Galipoli. Viața în tranșee, cu lipsa de curățenie, cu diminuarea puterii de rezistență a organismului și mai ales cu sumedenia de guzganii și șoareci — principalele surse de infecție — au fost tot atâția factori cari au permis deslănțuirea acestor epidemii. Cunoașterea cauzatorului, a modului de infecție precum și măsurile igienice luate au putut reduce în câteva luni în mod simțitor epidemiile.

PATOGENIE.

Lambliia intestinală e un parazit foarte des întâlnit la om și la animale. Cercetările sistematice făcute la trupele engleze au arătat 10—20 la sută a soldaților, infestați cu acest parazit. Statisticile italiene descriu 10 la sută a adulților infestați. În alte statistici găsim, cu aproximație, aceeași procentuație. Această frecvență mare a făcut pe diferiți autori să caute și să determine până la ce punct putem admite puterea patogenă și care sunt tulburările pe care le dă.

Primele cercetări au fost făcute de **Grassi**, **Perronciato** și **Calandruccio**. **Grassi** s'a infestat singur prin ingerarea de fecale de guzgan, bogate în chiste de lambliia. Această ingerare nu i-a produs nici o tulburare clinică dar scaunele au eliminat timp îndelungat cantități abundente de chiste ceea ce denotă că lambliia s'a înmulțit în interiorul tubului digestiv. Pe baza experiențelor făcute la animale, **Fantham** și **Porter**, **Galli-Valerio** și **Dopler** afirmă, în mod hotărât, puterea patogenă al lambliei, iar tulburările clinice produse de ea le cuprind de sub numele de *lambliiază*. Alți autori însă neagă orice posibilitate de a determina leziuni la nivelul tubului digestiv. Intreaga acțiune a lambliei s'ar reduce la o iritație pe care o produce la nivelul unor leziuni preexistente. Uni autori ca **Dofflein** și mai nou **Dobbel** și **O'Conner** merg și mai de parte, ei nu admit o acțiune patogenă nici unui parazit. Pentru **Dofflein** lipsa tulburărilor la **Grassi** este un bun argument contra rolului patogen al lambliei căci toleranța pe care o arată intestinul dovedește că ea este inofenzivă și poate fii un oaspe banal a tubului digestiv. Bazati pe faptul că parazitul se întâlnește atât de des la indivizii complet sănătoși **Nothnagel**, **Moritz** și **Holtzl**, încă neagă rolul patogen al lambliei. Un alt argument adus de **Dobbel** și **O'Conner**

este că bolnavii cu tulburări enteritice și cari prezintă în acelaș timp și lambliei, se pot vindeca de tulburările lor intestinale fără ca să putem, prin nici un medicament să face să dispară parazitul.

Dar toate aceste argumente sunt ușor de combătut. Obiecțiunea că lamblia survine și la indivizii complect sănătoși nu demonstrează de loc lipsa puterii patogene. In patologie avem multe astfel de cazuri. Purtătorii de Igermeni, fie cu bacil tifici, bacili dizenterici sau vibriunii colerei, nu prezintă nici o simptomatologie clinică care ar trada o infecție a organismului. Ori încă nimeni nu a negat puterea patogenă a acestor bacili, nici chiar la indivizii putători, căci de multe ori s'a observat că sub influența anumitor factori ei își măresc virulența și produc tulburări. Cât de spre perzistența parazitilor după dispariția simptomelor intestinale, observația clinică ne arată totemai contrarul; odată cu dispariția tulburărilor intestinale se reduc în mod considerabil și uneori și dispar paraziții, sau mai bine zis dispariția parazitilor aduce cu sine și dispariția fenomenelor clinice.

Afară de aceste argumente mai mult teoretice, avem o altă serie bazate pe cercetări experimentale, constatări anatomo-patologice și clinice.

Toate experiențele făcute pe animale de **Grassi**, **Fontham** și **Porter** și mai ales de **Deschiens** demonstrează puterea patogenă a labliei. Tulburările clinice pe cari le reprezintă animalele sunt datorite numai lambliei, căci animalele martore, cărora li-s'a administrat absolut aceeaș substanță minus parazitul nu au prezentat nici un simptom. Ori dacă tulburările ar fi datorite altor agenți patogeni sau unor substanțe toxice, ele ar trebui să se prezinte și la animalele martore, ceace nu s'a întâmplat.

Argumentele fondate pe date anatomo-patologice, cari să privească omul, sunt mai puțin numeroasă. Ele sunt reprezentate prin: cazul lui **Fairise** și **Jaquôt**; un apendice operat de **Savignac** și o observație recto-romanoscopică a lui **Goiffon**.

Cazul lui **Fairise** și **Jaquôt**. Pe scurt este vorba de un francez care în 1900 face în Tonkin o dizenterie ne identifi-

cată. După repatriere, prezintă o enterocolită, întreruptă din timp în timp de pusee mai acute, dizenteriforme. În 1911 îi se pune diagnosticul, da lambliază pentru care e internat într'un spital. Aici face o peritonită localizată care se vindecă în urma unei intervențiuni chirurgicale. La 6 luni după intervenție, bolnavul sucombă cu fenomene de stenoze intestinale multiple. La autopsie se găsește în cavitatea peritoneală, ca un litru de lichid tulbure care conține multe forme vegetative de lamblie. Intestinul subțire edemațiat, prezintă mici ulceratii, cu margini decolate și sfacelate; cecul, colonul ascendent și transvers sclerozate, la secțiune de aspect slăninosis, prezentau și ele ulceratiuni însă mai întinse și mai profunde. Intestinul gros prezenta multe dilatațiuni și stricturi cicatriciale. La exterior era înconjurat de o teacă pericolică. Descendentul și rectul puțin alterate. Pe secțiuni în serie, se află, multe forme vegetative și chistice de lamblia, în diferitele tunici, — infiltrate și necrozate, — ale intestinului. Chiar și în țesutul sub peritoneal, inflammat și el, s'au pus în evidență paraziți.

În apendicele operat de **Savignac** s'au pus în evidență foarte mulți paraziți, care umpleau toate spațiile intervilozose. Printre straturile apendicelui însă nu s'au găsit.

Rectoscopia ne dă mai puține indicații din cauză că ea nu ne arată decât partea cu totul inferioară a sigmei și rectul, locuri mai puțin interesate de lamblia. Singurul caz citat în literatură e a lui **Goiffon**. Aici e vorba de un individ cu disenterie lambliană la care prin examenul recto-romanoscopic s'a pus în evidență o ulceratie rectală. În substanța necrotică, luată din această ulceratie, s'au găsit grămezi întregi de lamblia.

Afară de aceste piese umane sunt o serie întreagă de autopsii făcute pe animale, care toate arată: inflamația și infiltrația intestinului subțire; eroziuni, ulceratiuni, cu foarte multe lamblii; criptele glandulare asemenea pline de lamblii.

Un alt argument sunt observațiunile clinice de enterită și colite disenteriforme unde nu s'au pus în evidență, afară de lamblia, absolut nici un agent și unde fenomenele ce-

dează odată cu dispariția lambliei. Aici legătura între cauză și efect e indiscutabilă.

Cazurile de epidemie de lamblia observate în timpul războiului în Flandra, Galipoli și Salonic, identificate prin examene microscopice, bacteriologice și serologice; disparția lor, în urma măsurilor igienice luate, sunt tot atâtea argumente care vin în favoarea rolului patogen al lambliei. Studiul disenterii și al enterocolitelor datorită agenților asociați-amoeba disenterică și lamblia intestinală a dat rezultate și mai convingătoare. În aceste cazuri tratamentul cu emetină și cu preparate arsenicale distrug amoeba, tulburările intestinale se mențin însă, din cauza lambliei, care e mai puțin influențată de acest tratament. În cazurile de amoebiază pură prin tratament aceste tulburări dispar, sau se atenuază foarte mult. În cazurile unde tulburările dispar în timp mai îndelungat, se vede totuși o tendință continuă și treptată la atenuare. În o infecție asociată, vindecată de amoebiază, se prezintă și pe mai departe tulburări, care vin în formă de puseuri, întrerupte de faze de remisiuni, uneori aproape complete. Ele sunt de o persistență și o tenacitate desasperantă, ceea ce denotă o cauză, o infecție mereu actuală.

Iată tot atâtea argumente, care dovedesc în mod indiscutabil acțiunea patogenă a lambliei.

O întrebare care se impune imediat: care este mecanismul prin care lamblia produce aceste tulburări? Obiect a multor discuții, în ultimul timp, toți autorii par a fi de acord asupra acestui mecanism. Tulburările intestinale sunt produse prin numărul colosal de lamblii, cari cu ajutorul peristomului se fixează de platoul celulelor epiteliale, acoperind astfel întreaga suprafață intestinală, la nivelul căreia formează un fel de membrană vibrantă. Ca o consecință a acestora avem 2 feluri de tulburări: deoparte paraziții irită mucoasa, care se inflamează, producându-se eroziuni și ulcerațiuni; iar pe de altă parte prin numărul lor considerabil dela suprafața mucoasei împiedecă absorbția alimentelor, de unde rezultă scaunele lienterice așa de dese la acești bolnavi. Reducerea numărului, dau mai puține tulburări, iar când sunt foarte puține lamblii, se poate să nu avem nici un fenomen clinic.

Din contra creșterea lor dintr'o cauză sau alta, va da simptome cu caracter acut, tulburări intestinale mai grave. Dar numai acest mecanism nu explică întru totul fenomenele generale observate în unele cazuri cum este cel dela observația noastră primă, unde bolnavul e adus într'o stare de inconștiență, extremitățile cianotice, ochii excavati, nasul proeminent, pulsul imperceptibil. Temperatura 39 grade. Iar la nivelul membrilor inferioare prezenta contracțiuni musculare. Aici trebuie să admitem și intervenția unui factor toxic, care trece în circulația generală și declanșeze aceste tulburări.



FORMELE CLINICE.

Se cunosc două forme clinice principale: forma intestinală și forma veziculară.

FORMA INTESTINALĂ.

Forma intestinală la rândul său se prezintă sub două aspecte, o formă dizenterică acută și alta enteritică cronică.

I. Forma dizenterică acută se observă mai ales la începutul infecțiunii mai rar în cursul poseiilor secundare. În stadiul prim al lambliazei această formă poate să fie uneori foarte atenuată sau chiar să lipsească complet. Această formă se poate prezenta în mod acut cu caracterele unei dizenterii. Bolnavul prezintă evacuări frecvente de scaune cu aspect gleros, glero-sanguinolent sau numai sanguinolent. În acelaș timp are dureri uneori în forme de colice de alungul colonului care survin mai ales înaintea și în momentul evacuării. Ele pot fi însoțite de tenesme. Această formă are mare asemănare cu dizenteria amebiană, de care uneori e foarte greu să-o diferențiem numai prin simptomatologia clinică. Diagnosticul diferențial se face prin examenul coprologic. Rectoromanoscopia ne poate releva existența unor ulcerațiuni sub marginile cărura se pot pune în evidență prezența lamblilor? (cazul lui Goiffon).

II. Altădată se prezintă în forma suupra acută cu simptomatologia colerei aziatice cum este un caz din observațiile noastre. Bolnavul prezintă vărsături și scaune riziforme. Scaunele sunt fără eforturi, nu sunt însoțite de tenesme și se repetă la $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ oră. Ele aduc cu sine o depertiție foarte mare de apă cu tulburările consecutive: sete mare, limba, gura,

pielea, uscate, o slăbire rapidă, o stare de lasitudinē extremă, însoțită de fenomene generale grave, cari une ori pot merge până la pierderea conștiinței. Se mai prezintă crampe în gambe, apoi în mâini, coapse și în alte grupuri musculare. Simptomatologia acestei forme e identică cu a colerei, iar diagnosticul diferențial se face numai prin examenul bacteriologic, microscopic și al materiilor fecale, unde se pun în evidență o cantitate colosală de lamblii. Această formă supra acută e de scurtă durată, ține 2—4 zile după care atât fenomenele generale cât și tulburările intestinale diminuează sau chiar dispar complet. Dispariția fenomenelor în timp așa de scurt se explică prin faptul că cu aceste scaune frecvente se elimină foarte mulți paraziți, numărul lor diminuează și astfel mucoasa intestinală va înceta de-a mai fi iritată.

III. Forma eutentică cronică.

Această formă este mai des întâlnită în clinică. Lambliază debutează de cele mai multe ori cu forma acută, dizenteriformă. După care urmează o perioadă de liniște intestinală. În timpul acesta se urcă sus și infectează mucoasa intestinului subțire, dând forma enteritică care după numărul mai mare sau mai mic a parazitului va avea o formă mai acută sau mai cronică. De obicei ea este marcată de alternarea de pusee acute cu faze de remisiuni mai mult sau mai puțin complete. În timpul fazelor diareice putem avea puține fenomene generale ca ușoare fenomene dipeptice, greață și în unele cazuri vărsături. Dar uneori putem avea și fenomene mai pronunțate; colice intestinale uneori cu caractere destul de dureroase cum e la cazul III. din observațiunile noastre. Febra este excepțională. Scaunele puțin numeroase, 2—4 la zi mai rar 6—7. În unele pusee, numărul lor se poate ridica la 10—12. În general ele sunt păstoase galbene, brune cu aspectul scaunelor putrefacție. Regimul de făinoase aplicat acestor bolnavi favorizează uneori transformarea lor în scaune de fermentație.

Forma cronică e foarte rezistentă la tratament și durează ani de zile. Dar vindecările sunt posibile. Cazul III. din observațiile noastre ne face să credem acest lucru. Cu tratamentul instituit am reușit să facem să dispară atât feno-

menele clinice cât și parazitul. Examenete coprologice și sondajul duodenal făcut în fiecare lună, totdeauna cu rezultat negativ ne îndreptătesc să spunem acest lucru.

FORMA VEZICULARĂ.

Practica sondajului duodenal a pus în evidență — în mod accidental — prezența lambliei în suc duodenal în număr foarte mare. Acest accident a făcut să se întreprindă o serie de cercetări cari au făcut pe mulți autori să stabilească deodenu ca loc de predelecție a lambliei. Intre adevăr prin sondaj duodenal s'au găsit în suc obținut foarte multe lambii chiar și atunci când în materiile fecale nu s'au putut evidenția decât cu foarte mare greutate un număr redus de paraziți.

Analizele amănunțite a celor trei bile obținute cu proba **Meltzer-Lyon**, arată că bila B. conține o cantitate cu mult mai mare de paraziți, de cât bila A. C. Se întâmplă uneori că bila A. nu conține deloc paraziți, dar în bila B. îi găsim în număr considerabil. Acest lucru a făcut pe autori americani să creadă că lamblia nu-și are locul uric și principal în duoden ci ea este vărsată aici de căile biliare în special vezica. Această teză este apărută în America de Nord de **Hollender**, du **Bois** și **Toro**. În Germania de **Felzenreich**, iar în ultimul timp în Franța de **Carnot**, **Libert**, **Gaelhinger**, **Damade**, **Marcel Labbé**, **Nepveux** și **Gavrila**. În România **Goia** și **Gavrila**.

Infecția căilor biliare se face pe cale ascendente din duoden. Parazitul trece în vezica biliară, aci găsește un mediu prielnic de cultură, se înmulțește și poate trăi ani de-a rândul fără să producă decât tulburări foarte mici. **Labbé** citează cazuri a căror infecție veziculară datează de mai mult de 10 și chiar 40 ani. Și între adevăr lamblia trăește în bilă — care pentru ea e un adevărat mediu de cultură — mai mult în stare saprofitică. Leziunile macroscopice și microscopice pe care le produc la nivelul vezicii biliare sunt mici și aproape neînsemnate. Chiar și cazul lui **Westphall** și **Georgi**, care prezinta fenomene nete veziculare nu a arătat la biopsie nici-o leziune anatomică. După operație tulburările au dispărut ceace do-

vedește că ele au fost datorite aecstei vezici infectate. În unele cazuri totuși putem găsi mici fenomene inflamatorii: un exces de polinucleare în bilă, câteva filamente de mucus.

Aoeste constatări arată că vezica servește mai mult de cuib, de rezervor pentru lamblie — cum o face și față de microbii tifici și paratifici — de unde apoi sunt eliminați din când în când dând puseurile acute intestinale. Acest rezervor face ca lambiaza intestinală să fie așa de tenace și rezistentă acțiunii medicamentoase.

Altă dată însă fenomenele veziculare sunt mai accentuate: bila este turbure, conține mult mucus — pe filamentele căruia sunt lipite foarte multe lamblii — și multe polinucleare; cum e și cazul nostru. La alții se pot prezenta și fenomene hepatobiliare mai mult sau mai puțin pronunțate, cari pot fi reprezentate prin micile semne de insuficiență hepatică: o stare de dispensie cronică perzistentă, rebelă la ori ce tratament. Bolnavii se simt astenici, debilitați. Debilitatea merge uneori așa de departe că ne face să bănuim existența unui cancer ascuns. S'au poate prezenta fenomene de colecistită cronică, cum e cazul lui **Westphall, Georgi** și altele la cari după extirparea vezicii dispar și fenomenele. Cazul nostru încă se prezintă ca o colecistită. Aici deși nu putem exclude definitiv celelalte etiologii, totuși având în vedere vârsta, starea generală a bolnavei și mai ales perzistența fenomenelor după toate tratamentele aplicate — ceea ce nu se întâmplă la colicistitele de altă natură decât în faza complicațiilor — precum și cantitatea de abondentă de lamblii obținute în mod constant după proba **Meltzer-Lyon**, ne îndreptătesc să spunem că avem de-a face cu o colicistită parazitara.

Dar în ultimul timp forma veziculară a lamblei este negată de unii autori. În special **Chiray** și **Lebon** ridică foarte multe obiecțiuni și trag la îndoială existența ei. Autorii se bazează pe observația unui caz confirmat la operație. Este vorba de un medic care se prezintă crizei veziculare și unde examenul clinic, radiologic, și tubajur duodenal au permis punerea dianosticului de calculoză cu obliterația canalului cistic. Lucru care s'a confirmat la autopsie. La acest bolnav proba **Meltzer-Lyon** făcute înainte de operație a dat întotdeauna

una o bilă clară, săracă în pigmenți, care după aspect se vedea că nu vine din vezică. Examenul microscopic al sedimentului obținut în această bilă arată o cantitate considerabilă de lamblii. Dar aici nu poate fi vorba de o origine veziculară a lor, căci canalul cistic e obstruat. Aici e vorba numai de infecție doudenală. Lucrul confirmat de altfel prin examenul veziceii biliare, căci în lichidul sero-purulent din vezică nu s'a putut pune în evidență niciun parazit. Această observație, spune **Chiray** arată existența unei infecțiuni intestinale în afară oricărei lambliaze veziculare. Tubajul duodenal nu arată decât infecția duodenală. Acest lucru ar fi concordantă cu observațiile **Moritz Hölztl** și **Dofflein**. Acești autori, pe autopsiile făcute imediat după moarte arată că locul de predelecție a lambliei este segmentul duodeno-jejunal. Cum se explică însă mărirea numărului lambliei după proba **Meltzer-Lyon**? Chiray spune că sulfatul de magneziu are o acțiune iritativă asupra mucoasei duodenale. Această deslipește parazitii, în mod normal întinși fixați de mucoasă și ei se vor găsi liberi în sucul duodenal.

În contra acestor obiecțiuni avem două argumente puternice. Primul și principalul este controlul operator. Sunt multe cazuri (**Westphall**, **Georgi** și alții) cu fenomene veziculare la cari la autopsie s'au găsit cantități mari de lamblii în bila din vezică, chiar și printre vilozitățile mucoasei vezicale. Acestea sunt dovezi incontestabile. Cât despre acțiunea iritativă a sulfatului de magneziu ea e mai mult de ordin teoretic. În fața obiecțiunelor lui **Chiray** noi am modificat tubajul duodenal în sensul că am înlocuit sulfatul de magneziu cu peptonă. Și am obținut același lucru la bolnavul dela observația III: bila A. cu foarte puține lamblii, bila B. lamblii în număr foarte mare. Tot la acel bolnav am aplicat hipofizina în injecții care produce contracția veziceii prin acțiunea ei asupra musculaturii netede. Această substanță nu are nici-o acțiune asupra mucoasei duodenale. Ori rezultatul obținut e același bila B. conține cu mult mai multe lamblii ca bila A.

DIAGNOSTICUL.

După semnele clinice — foarte asemănătoare, cu altor infecțiuni intestinale și vezicale — nu vom putea pune niciodată diagnosticul de lambliază. Totuș prezintă anumite caractere care trebuie să ne facă să bănuim existența ei. Aceste sunt diareele de o rezistență tenace, dezasperantă și evoluția lor în formă de puseuri, cu faze de exacerbare și fază de acalmie. Ori de câte ori ne aflăm în fața unei diarei cronice cu aceste caractere se suspectăm etiologia parazitară, și să facem examinări coprologice foarte precise și repetate căci numai ele ne dau indicații precise. Examenul coprologic trebuie făcut pe scaune proaspete, căci după cum am văzut, în 2—4 ore în mediul ambiant, paraziții dispar și nu-i mai putem pune în evidență. În scaunele mai vechi trebuie să căutăm formele chistice care sunt mai rezistente. Ele se recunosc ușor după formele lor. Dacă nu avem laborator în apropiere, atunci pregătim fecalele pentru a preveni alterația formelor chistice. O bună formulă e aceea recomandată de Senevet și Béguet: La 5—6 cc. fecale se adaugă un l. cc. formol 40°. În fecalele astfel preparate, formele chistice se pot recunoaște și după 5—6 zile.

Examenul microscopic se poate face cu preparate native sau colorate. Native pe o lamă se pune o picătură de fecale, luată din partea mai lichidă unde parazitul se găsește în forma vegetativă și mai abundent, lamele deasupra și vom examina la microscop cu No. 3 și 7. Lamblia se recunoaște ușor după mișcările vii, corpul în formă de pară cu cei doi sămburi ca o pereche de ochilari. Chistele apar cu forma lor caracteristică asemenea ușor de recunoscut.

Preparatele colorate se fac cu soluția lui Lugol. Pe o picătură de fecală punem 3—4 picături din soluție amestecată intim cu latura unei lamele. Lăsăm 3—5 minute, punem lamela și examinăm. Lambliile și chistele lor apar colorate în brun cu elementele constitutive foarte distincte.

La formele vegetative avem colorația cu hematoxină-eosină sau cu hematoxină ferică. Pentru

flagеле, trebuie să fixăm mai dintâi preparatele cu reactivul Tilden. Flagelele astfel colorate dau parazitului, aspectul — după comparația plastică a lui **Morerras** — unui balon sferic, care și-a pierdut nacela și ale cărui coarde sbuură în vânt.

Diagnosticul formei veziculare se face numai prin tubajul duodenal care trebuie făcut ori de câte ori avem cazuri de colecistită sau icter și prezintă în acelaș timp și tulburări intestinale. Bila obținută se va centrifuga numai 2—3 minute și sedimentul se va examina imediat la microscop, căci ea nu conține decât forme vegetative, cu vitalitatea foarte redusă.

Nu trebuie să uităm însă că boala evoluiază în puseuri. Vom avea faze de acalmie, în timpul cărora paraziții sunt așa de rari, că nici nu-i putem observa. Într'un caz dat nu trebuie să ne mulțumim cu 1 sau 2 rezultate negative, mai ales când nu găsim nici-o explicație a fenomenelor clinice, și trebuie să repetăm examenul dela laborator cât mai des cu deosebire în perioadele acute, diareice. Bazati pe teoria lui **Chiray** — că sulfatul de magneziu prin iritația mucoasei intestinale deslipește lamblile — noi administrăm în scop de provocare această substanță ca purgativ în fazele de remisiune a boalei și în scaunele astfel căpătate punem mai ușor în evidență parazitul.

Deasemenea trebuie să ținem cont de fazele de remisiune și în declararea de sănătos a unuia care a suferit de lambliază. Nu'l vom declara de sănătos de cât atunci când pe lângă lipsa fenomenelor clinice, examenul fecalelor repetate timp de luni și chiar ani, rămân negative. Tot așa și sondajul duodenal repetat să fie negativ.

PROGNOSTICUL

În general lambliaza se prezintă ca o afecțiune benignă. Totuși în cazurile de enterită lambliană tenace, pronosticul trebuie să fie mai rezervat. Aceste forme pot duce la o cașoxie foarte gravă, chiar mortală, (**Deschiens**). Chiar și în cazurile mai ușoare această boală obosește individul și-l face mai puțin rezistent în fața altor agenți patogeni, și ei pot sucomba în afecțiuni intercurente.

TRATAMENTUL.

Ca în ori ce maladie infecțioasă tratamentul va fi preventiv și curativ. Ce-l preventiv este indicat la indivizii care trăesc în regiunile unde boala e endemică, sau la cei care s'au expus la infecțiuni. El constă din măsuri igienice, dizenfecția obiectelor și a lucrurilor infectate, igiena corpului și mai ales a gurii.

Tratamentul curativ se adresează boalei. El va fi diferit după perioada în care îl aplicăm. Dacă se pune diagnosticul precoce printr'un tratament abortiv putem opri evoluția boalei. Rezultatele pe care trebuie să contăm cu acest tratament sunt mici, totuși el trebuie încercat, căci în unele cazuri mai rare — putem obține vindecări surprinzătoare. El constă une ori numai dintr'o purgație drastică, care elimină și distruge toate lamblilele. În primul nostru caz **Goia și Gavrilă** au aplicat tratamentul preconizat de **Hausmann** pentru cazurile de dizenterie care a dat rezultat strălucit. Dimineața se administrează la intervalul de 2 ore, de două ori câte 0.20 ctg. calomel. După alte două ore bolnavul primește 30 gr. ricină, iar după 6 ore i se administrează 25 gr. sulfat de sodiu, dizolvat în jum. pahar de apă. În tot timpul tratamentului bolnavul nu primește decât ceaiuri. Acest tratament se repetă tot la 2 zile până obținem scaune feculente. În cazul acesta în decurs de câteva zile s'a ajuns la dispariția completă a parazitului din scaun.

Când diagnosticul se face mai târziu parazitul are timp să-se instaleze și să se întărească pe poziție. În acest caz lupta e mai puternică ea trebuie metodic urmată, rigoros aplicată și prelungită pe tot timpul prezenței parazitului și chiar după dispariția lui câteva luni. Aici trebuie să aplicăm o serie de cure de atac prin care să scădem virolența.

parazitului, să-l reducem la tăcere, ceea ce aduce și dispariția manifestărilor clinice.

Curele de atac se fac prin injecții și medicamente aplicate pe cale bucală. În injecție aplicăm: coleval, și săruri arsenicale foarte eficiente în toate bolile parazitale și emetina care încă pare a avea acțiune bună.

Iată cum se formulează o cură de atac completă:

Injecții de novarsenobenzol tot la 4 zile, în total 10.

sau la 2—3 zile primele doze de neosalvarzan
în total 4—5 gr.

sau 6—8 injecții sulfarsenol date tot la 2—3 zile.

În același timp administrăm pe cale bucală, Bismut stovarsol, timol sau alți dizinfecțanți intestinali. Ravaut recomandă o metodă care nouă ne-a dat rezultate bune. După el, în perioada injecțiilor bolnavul să facă următorul tratament.

a) Tot la 2 zile se ia 3 ori câte una sași 2 lingurițe de cafea din pasta:

Pudră de cărbune vegetal.

Subnitrat de Bismut.

Sirop simplu

Glicerină 100.0 gr.

Pudră de ipecă 4.0 gr.

b) În zilele intermediare se ia de 3 ori:

fie I până la 4 tablete stovarsol

fie I până la 3 tablete Treparsol

sau 2—8 tablete Narsenol.

La injecții după o cură, facem pauza scurte de 4—6 săptămâni. Medicamentele pe cale bucală le putem administra tot timpul.

Rezultatele terapeutice obținute cu aplicarea, chiar foarte riguroasă, sunt în majoritatea cazurilor mediocre. Parazitul încuibat în vezica biliară e foarte puțin atins de medicamente. De aci infectează intestinul în mod periodic dând o enterită în repetiție care nu se vindecă de loc, sau numai cu mare greutate. În unele cazuri mai rare, cu preparatele arsenicale — care se elimină prin ficat și bilă — putem obține o dizinfecție a vizecei biliare a cărei consecință este dispariția diareelor,

starea generală se ameliorează și bolnavul câștigă în greutate. În aceste cazuri de vindecări clinice, nu trebuie să uităm evoluția în puseuri a lambliazei și deci posibilitatea de a ne afla numai în fața unei remisiuni. Deaceia vom continua tratamentul — făcând ceea ce se cheamă cură de întreținere — câteva luni încă chiar dacă examenele coprologice repetate vor fi negative. Să fim foarte scrupuloși în declararea de sănătos a unui lambliotic căci s'a văzut cazuri de revenire după vindecări aparente de 6—8 luni.

În concluzie vedem că tratamentul este o problemă dintre cele mai grele. Puținele rezultate obținute au făcut pe diferiți autori să susțină că nu avem un medicament cu care să putem debarasa organismul de acești paraziți. Totuș cu un tratament bine condus putem obține vindecări clinice și în cazuri mai rare chiar vindecări totale.



CAZUISTICA.

În acest capitol voi descrie cazurile observate în serviciul Clinicii Medicale.

Cazul I. — S. Gheorghe de 21 ani, de meserie tăbăcar e adus la clinica de Salvarea în stare de inconștiență. Boala ar fi debutat brusc înainte cu o zi cu vărsături incoercibile, diaree rebele și dureri foarte mari în gambe. La intrarea în Clinică bolnavul e inconștient, cianotic are ochii excavați, nasul proeminent, extermitățile reci, pulsul abia perceptibil. Temperatura 39. La nivelul gambelor prezintă contracțiuni musculare. În această stare i se administrează tonicecardiace, camfor și cofeină. După 2 ore bolnavul își revine, are scaune tot la 10—20 minute de aspect riziform. Din când în când vărsături.

Întrebat asupra antecedentilor spune că înainte cu o zi a consumat cârnați. În fața acestei stări grave cu scaune riziforme și cu vărsături ne-am gândit la posibilitatea unei intoxicații cu arsen, ori a unei cholera. Culturile de vibrion negative. Iar în scaun se pun în evidență lamblii în număr colosal.

I-se aplică metoda Hausmann cu calomel, ricină și cu sulfat de sodiu. Scaunele devin feculente. La 3 zile consistența lor e normală iar examenul microscopic e negativ pentru lamblie. După 5 zile starea generală e foarte bună. Lamblia negativă în scaun în repețite rânduri.

În rezumat bolnavul prezintă timp de 2 zile simptome coleriforme, alarmante cari nu pot fi explicate de cât prin numărul excesiv de mare a lambliei în materiile fecale.

Cazul II. — D. Margareta fată de 28 ani. Intră în serviciul Clinicii Medicale în 13 IX. 1928. Pentru dureri în hipochondrul drept. În antecedente, difterie, pojar și înainte cu 10 ani pneumonie.

Boala actuală a debutat înainte cu 7 luni cu dureri în hipocondrul drept, de unde iriază difuz în nîtrez abdomenul, în spate și uni ori merg și în umărul stîng. Cîteodată sunt așa de mari că o silesc să ea atitudini forțate. Consultă un medic care prescrie un tratament dietetic și medicamentos de colecistită. Inșă fenomenele nu se ameliorează. Durerile devin mai accentuate aproape zilnice și sunt difuze în întreg hipocondrul drept. Apariția lor este foarte neregulată și nu este în legătură cu alimentația. N'a avut icter niciodată. Apetitul variabil. A pierdut 4 kl. în greutate. Scaun uneori regulat, alte ori constipată. Diaree n'ar fi avut.

La întrarea în Clinică bolnava are o greutate de 57,8 klg. și-o talie de 164 cm. La examen din partea pulmonului și sistemului cardiovascular nu se constată nimic deosebit. La abdomen în hipocondrul drept se constată o sensibilitate dureroasă, mai accentuată la nivelul vezicii biliare. Ficatul nu se palpează nici vezica. Sub ficat se palpează polul inferior al rinichiului. Reacția Wassermann în sânge negativă. Colesterina 1,80 gr. la ‰. La examenul radiologic stomacul, duodenul se arată normale. Urina normală. Aciditățile gastrice: după dejunul de probă HCl liber 18 cc. HO. Na. n/10. Scaun normal digestie bună, nu conține niciun fel de paraziți. La 7 zile după întrarea în Clinică i se face tubaj duodenal. Se obține o bilă A. galbenă aurie limpede, după injectarea de sulfat de magneziu 30‰ se obține bila B. (veziculară) de culoare cu mult mai închisă, brună puțin tulbure cu filamente mucoase. Examenul sedimentului arată în bila A. câteva cristale de colesterină. În bila B. se constată o cantitate enormă de lamblii vii, cari se mișcau în câmpul microscopic. În bila B. s'au mai găsit câteva leucocite și celule epiteliale. Această probă se repetă de 4 ori și în mod constant găsim o cantitate mare de lamblii în bila B. În bila A. nu s'au găsit niciodată. Odată s'a făcut proba **Meltzer-Lyon** cu modificare adusă de Prof. **Hațiegan-Halița**. În seara premergătoare tubajului se injectează două pastile de indigocarmină dizolvată în 20 cc. apă, intramuscular. Rezultatul a fost acelaș: în bila B. veziculară, care este colorată cu indigocarmină am găsit lamblii, în bila A. negativ.

În urma acestor date se pune diagnosticul de lambliază veziculară, și se începe tratamentul cu stovarsol la început 2 tablete, mai târziu 3 la zi. În timpul cât stă în Clinică fenomenele se atenuază, durerile spontane sunt mai rare, dar persistă sensibilitate permanentă în hipocondrul drept. Starea generală bună. Câștigă 2,200 gr. în greutate. Scaunele în repetate rânduri negative pentru lamblie. Cu o zi înainte de părăsirea serviciului se face din nou tubajul duodenal și la fel se constată în bila B. lambliei vii, numărul pare a fi mai redus. La 6 X. părăsește serviciul prescrindu-se stovarsol.

Cazul III. B. Mauriciu, bărbat de 37 ani, de religie mozaică. În anul 1925 merge în Palestina unde la o săptămână începe să aibă scaune din ce în ce mai frecvente și de consistență mai moi. N'a observat nici sânge nici mucozități. În acelaș timp are și vărsături destul de dese (mai multe pe zi). Bolnavul le atribuie căldurii și schimbările regimului de aceea se tratează singur. Însă fenomenele nu cedează, starea generală se agravează, bolnavul scade mult în greutate. Intră într'un spital unde-i se constată un catar intestinal și achilie. Se prescrie în tratament a cărei aplicare nu aduce nici-o ameliorare. Pentru acelaș fenomen intră în Noembrie 1925 într'un alt spital unde spune că i se-ar fi găsit niște paraziți în scaun. După tratamentul prescris simte o ameliorare care nu ține de cât 3 săptămâni. Timp de 2 ani aceste fenomene se mențin cu faze de acalmie, și de exarcerbare. Într'un timp bolnavul are dureri și în hipocondrul drept iar un medic îi pune diagnosticul de colecistită și lienterie. După 2 ani din cauza acestor tulburări se repatriază. La Cluj consultă mai mulți medici însă cu tratamentul lor nu simte de cât ameliorări trecătoare. În August 1927 vine în serviciul nostru pentru dureri în regiunea epigastrică și scaune diareice. În antecedentă o bleonoragie înainte cu 5 ani și în 1915 icter.

La examenul general din partea cordului, pulmonului nimic deosebit. La nivelul abdomenului senzibilitate dureroasă în punctul epigastric și sub falsele coaste drepte. Reacția Wassermann negativă. Aciditățile gastrice: Ajeune HCl liber. O aciditatea totală 6 cc. Acidul lactic pozitiv în suc. Urina normală. Examenul radiologic arată o ușoară ptoză a trans-

versului și o retardare în evacuarea intestinelor gros. Are 4—5 scaune la zi, de consistență lichidă cu porțiuni formate, reacția acidă, cu resturi alimentare macroscopice. Microscopic se constată fibre musculare, grăsimi neutre, acizi grași, amidon liber și intra-celular, o floră iodofilă bogată. Paraziți negativi. Transitul gastro-intestinal 48 ore. Stercobilina pozitivă. Într'un cuvânt avem o lienterie macro și microscopică. În urma acestora se pune diagnosticul de entero-colită cronică cu achilie. Se prescrie un regim alimentar și tratament medicamentos cu acidolpepsină, tanalbină, injecții tonice cu cacodilat. Cu acest tratament starea generală se ameliorează, el câștigă 1,5 klg. în greutate. Scaunele se reduc la 2 pe zi de consistență păstoasă. La 26 XI. 1927 părăsește Clinica, prescriindu-se continuarea acestui tratament. Se face și un auto-vaccin din scaune pe care îl ia în injecții zilnice. Bolnavul se simte bine până în Iunie 1928, are 2 scaune la zi de consistența aproape normală. El s'a îngrășat cu 6,50 klg. La această dată se instalează o perioadă de agravare are 4—7 scaune diareece la zi, cu resturi alimentare macro- și microscopice și cu mucozități. În câteva rânduri a avut și vărsături. În decurs de vre-o 6 luni scade 10 klg.

La 9 I. 1929 intră din nou în Clinică. Are greutate de 57,90 klg. La examenul general se constată și acum o ușoară senzibilitate dureroasă la presiunea regiunii veziculare și bolnavul acuză din când în când și dureri spontane la acest nivel. Adeseori are dureri abdominale în formă de colice. Scaunele în număr de 4—5 la zi, sunt de consistență semi-lichidă culoare galbenă reacție alcalină. La examenul microscopic fibre musculare nedigerate, amidon și un număr foarte mare de lamblii cu mișcări vii în câmpul microscopic. În ziua următoare se face un tubaj duodenal cu proba Meltzer-Lyon, se obține o bilă veziculară cu foarte multe lamblii. Bila A. încă conține câteva lamblii. În zilele următoare am făcut proba Meltzer-Lyon odată cu peptonă și altădată cu hipofizină având în vedere obiecțiunile lui Chiray aduse sulfatului de magneziu. Rezultatul a fost acelaș: bila A. puține lamblii bila B. lamblii în cantitate foarte mare.

Se instituie o cură de inaniție pentru paraziți: 2 zile purgative și regim hidric. După această i-se administrează stovarsol de 3 ori câte 2 tablete la zi, acidol pepsină, și la 3 zile câte o injecție cu neosalvarsan dozele I., II., III. Regim lactat vegetarian. După 7 zile nu se mai pot evindeția nici forme vegetative nici chiste de lamblia în scaune. La 27 I. părăsește serviciul. Se recomandă continuarea tratamentului cu Neosalvarsan, Stovarsol și carbo-acid-pepsină.

Revine la Clinică după 10 zile, pentru colice intestinale și scaune frecvente cu miros foarte acru, din când în când vărsături, fenomene care au debutat în mod brusc înainte cu 5 zile. Starea prezentă aceeași ca mai înainte. Scaunul sunt de consistență păstoasă, de culoare galbenă, cu foarte multe bule de gaze, miros acru, reacția acidă, mucus abundent întim amestecat cu materiile fecale. Microscopic: amidon intracelular, folră iodofilă foarte abundentă. Paraziți negativi. Deci bolnavul face din cauza regimului ocolită de fermentație. Contra ei prescrie un regim cu carne și carbonat de Calciu cu Carbonat de Bismut, după care fenomenele de colită dispar în 8 zile, bolnavul are 1—2 scaune la zi de aspect și de consistență normală. În acest timp se face în 3 rânduri proba Meltzer-Lyon totdeauna cu rezultat negativ pentru paraziți. Părăsește serviciul prescriindu-se tratamentul recomandat de Ravaut cu Neosalvarsan, Stovarsol și pasta care îi poartă numele. Dela părăsirea serviciului bolnavul vine în fiecare lună pentru control; când i-se examinează scaunele și se face proba Meltzer-Lyon, dar nu a mai reușit să punem în evidență paraziți. În două rânduri am făcut provocația de eliminare cu sulfat de Magneziu. Examenul microscopic însă tot negativ. Bolnavul se simte foarte bine își vede de ocupația lui destul de obositoare (negustor de vite) continuând tot timpul tratamentul medicamentos prescris.

În rezumat aveam de-a face cu o lambliază forma enterocolitică cronică cu determinarea veziculară, unde în urma tratamentului fenomenele, clinice au dispărut și examenele repetate au rămas negative pentru paraziți.

CONCLUZII.

Lambliia intestinală e un parazit, ce survine la om și unele animale.

Ea e una și aceeași specie cu mici diferențe morfologice, datorită adaptării la regimuri diferite după animale.

Are 2 forme: una vegetativă cu vitalitatea redusă în mediul exterior și alta chistică foarte rezistentă.

Infestația se face mai frecvent pe cale indirectă dar și infestația directă e posibilă.

Patogenia parazitului pentru om și animale e dovedită prin experiențe, constatări anatomo-patologice și clinice.

Din punct de vedere clinic lambliaza se prezintă sub 3 forme: 1. forma intestinală acută, 2. forma de entero-colită cronică și 3. forma veziculară (vezica biliară).

Din semnele clinice o putem bănuși, dar numai examenul microscopic al scaunelor și al lichidului duodenal pune diagnosticul de certitudine.

Boala evoluează în puseori ani de zile, cu un prognostic în general benign. Excepțional duce la casexie și moarte.

Ca tratament se administrază sărurile de Arsen intravenos și pe cale bucală, bismutul, timolul și pasta lui Ravaut. Rezultatele terapeutice sunt mediocre.

Cluj, 10 Iunie 1929.

Văzută și bună de imprimat.

Presedinte:
(ss) Prof. Dr. **I. Hațiegan**

Decanul Facultății:
(ss) Prof. Dr. **C. Tătaru.**

BIBLIOGRAFIE.

- Carnot-Libert-Gaehlinger-La giardios vezicularie. Paris Med. 16, V. 925.
Chiray-Soc Med. des Hopitaux Oct. 1925.
Chiray & Pavel-La vezicule biliaire. Paris Ed. Masson.
Collet-Precis de Pathologie Humaine Collect Testut.
Chiray & Lebon A propos de la lambliaze veziculaire.
Deschiens-Le role Pathogene de Giarda (lamblia) intestinalis. Arch. des mal.
de l'app dig. 1923.
Dopter La lambliaze. Etude etilogic. Paris Med. 1925. No. 15.
Damade A propos de la lambliaze veziculaire. Paris Med. 1926.
Doflein : *Lerbuch der protozoen Kunde.*
Goia-Gavrilă-Revista Științelor Medicale No. 12. 1928.
Goia-Societatea Științelor Medicale din Cluj Februarie 1929.
Goiffon-Coprologie Humaine.
Labbé : Presse Medical III. 1919.
Labbé-Nepveux-Gavrilă : La lambliaze biliaire. Anal. de Med. 1915.
Labbé-Nepveux-Gavrilă : La lambliaze veziculair. Soc. Med. des Hop. 1925.
Labbé-Nepveux : Le sejour de lamblia intestinalis, dans les voies biliaire
Arch. des. mal. de L'app. dig. VI. 1925.
Loeber : Wiener Klin. Wochen. 1917.
Múritz-Hültzl : Müncher. Med. Wochen. 1892.
Poenaru-Căplescu : Parazitologie umană. București.
Prowazek ; *Handbuch der pathogonen protozoen.*
Roux & Goiffon ; Les enterites a lamblia. Arch. des. Mal. dig. 1918.
Rerhen : Berliner Klin. Wochen. VI. 1924.
Ravaut & Krolunitsky-Les etats dizenteriformes et les dizenteries au cours de
la guerre. Rev. Ger. de patt. Gu.
Sevenet. Beguet & Witas : Les affections intestinal causees par la Giardia
intestinalis Algerie Med. VI. 1928.
Westphal-Georgi Müncher Med. Wochen No. 33 1923.

