

0040
UNIVERSITATEA REGELE FERDINAND I., CLUJ
Facultatea de Medicină.

No. 1418.

Aspecte clinice mai des întâlnite în patologia diverticolului Meckel

(Cazuistica Clinicii Chirurgicale din Cluj)



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 11 MAIU 1939.

DE

GHEORGHE OSMUND GAMBER

EXTERN AL CLINICEI CHIRURGICALE DIN CLUJ.

CLUJ

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
Str. Memorandului 22.

Aspecte clinice mai des întâlnite în patologia diverticolului Meckel

(Cazuistica Clinicii Chirurgicale din Cluj)



TEZĂ
PENTRU

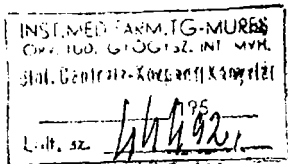
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 11 MAIU 1939.

DE

GHEORGHE OSMUND GAMBER

EXTERN AL CLINICII CHIRURGICALE DIN CLUJ.



CLUJ

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
Str. Memorandului 22.

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I”, DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Domnul Prof. Dr. I. DRĂGOIU.

Profesori:

Clinica stomatologică	Prof. Dr.	Aleman I.
Bacteriologie	" "	Baroni V.
Fiziologia umană	" "	Benetato Gr.
Fizică medicală	conf.	Bărbulescu N.
Istoria medicinei	Prof	Bologa V.
Patologia generală și experimentală	" "	Botez A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	" "	Buzoianu Gh.
Istologie și embriologie umană	" "	Drăgoiu I.
Semiologia medicală	" "	Goia I.
Clinica ginecologică și obstetricală	" "	Grigoriu Cr.
Clinica medicală	" "	Hațieganu I.
Medicina legală	" "	Kernbach M.
Clinica oftalmologică	" "	Michail D.
Clinica neurologică	" "	Minea I.
Igienă și igienă socială	" "	Moldovan I.
Chimia biologică	" "	Agr. M. Zolog
Radiologie medicală	" "	Manta I.
Anatomia descriptivă și topografică	" "	Negru D.
Clinica chirurgicală)	" "	Papilian V.
Medicina operatoare)	" "	Pop A.
Clinica infantilă	" "	Popoviciu Gh.
Farmacologia și farmacognozia	Supl.	Popoviciu Gh.
Balneologie	Prof.	Sturza M.
Chimie	" "	Secăreanu S.
Clinica dermato-venerică	" "	Tătaru C.
Clinica urologică	" "	Țeposu E.
Clinica psihiatrică	" "	Urechia C.
Anatomia patologică	" "	Vasiliiu T.
Biologie generală	" "	Racoviță E.

JURIUL DE PROMOȚIE

Președinte : Domnul Prof. Dr. Al. Pop
) Domnul Prof. Dr. V. Bologa
 Membrii :) " " " I. Drăgoiu
) " " " V. Papilian
) " " " E. Țeposu
 Supleant : Dl Docent Dr. Tr. Popoviciu

INTRODUCERE.

Patologia abdominală din ultima vreme a reușit să scoată în evidență câteva entități patologice bine definite. Unele din acestea sunt încadrate de o simptomatologie patognomonică, altele de o simptomatologie mai confuză, ce dă numai posibilitatea unui diagnostic de presumpție. Toate vin însă să lămurască o serie de sindroame abdominale, ce nu puteau fi diagnosticate până în ultima vreme.

Ocluziile intestinale, legate — ca punct etiologic — de prezența cordonului meckelian rămân încă cu un diagnostic de sindrom; în schimb aspectele patologice abdominale, legate de prezența diverticulitelor cum și a ulcerelor meckeliene, pot fi diagnosticate preoperator, printr'o examinare clinică și anamnezică minuțioasă.

Diagnosticul devine și mai ușor pentru grupa afecțiunilor diverticolului Meckel, cu manifestare ombilicală.

Noțiunile anatomo și histo-patologice, câștigate în ultima vreme, au precizat și au ușurat mult clarificarea patogenică a acestor sindroame. Unele din ele sunt încă în curs de cercetare.

Subiectul acestei teze mi-a fost sugerat de cele câteva cazuri ce am avut fericirea să le văd și să le urmăresc în cursul stagiului meu ca extern benevol la Clinica Chirurgicală din Cluj. Studiul lor, în această teză inaugurală, mi-a fost îngăduit și încredințat de maestrul meu, Dl. Prof. Dr. Al. Pop, pentru care-l rog să primească și pe această cale expresiunea sinceră a admirației și grațitudinii mele.

Lucrarea de față se va ocupa, în raport cu materialul și cazuistica Clinicei Chirurgicale din Cluj, numai de câteva afecțiuni ale diverticolului Meckel, care de altfel se întâlnesc mai frecvent și care se prezintă astăzi bine identificate. Acestea sunt: *Ocluziile prin diverticolul lui Meckel, diverticulitele, ulcerul meckelian, herniile diverticulare și fistula diverticulară ombilicală.*

ISTORIC:

Legată de patologia acestui rest embrionar meckelian se cunoșteau doar ocluziunile, unele chiste și hernii diverticulare, iar prin analogia cu accidentele inflamatorii infecțioase de la nivelul apendicelui, s'a creat așa zisa grupă a diverticulitelor.

Diverticolul Meckel contează în patologia chirurgicală în primul rând ca factor de ocluzie intestinală, de aspectele clinice cele mai diverse; el poate constitui brida de strangulare sau însuși organul strangulat, nod de ligatură al intestinului, agent de cudură sau torsiune, activ sau pasiv, cauza diferitelor volvulusuri ale ileonului sau el însuși organul volvulat și în sfârșit, poate constitui factorul etiologic de invaginație sau organul invaginat. Multă vreme a persistat și persistă încă, analogia cu leziunile inflamatorii apendiculare acute sau cronice, fiind și el cauza diverticulitelor, apoi a peritonitelor diverticulare, localizate sau difuze. Asociația de apendicită și ocluzie își are și în cazul diverticolului asemănare între diverticulită și ocluzie. Cunoștințele clinice și histopatologice din ultima vreme, fac o oarecare lumină în patologia diverticolului Meckel, în sensul că verifică și clarifică patogenia multor cazuri etichetate drept diverticulite și cari în realitate țin de alte procese patogenice.

Hilgenreiner, în 1903, rupe pentru prima oară analogia dintre apendicită și diverticulită, creând noua entitate patologică, a ulcerului meckelian. Acest autor, în fața unui caz clinic de așa zisă „diverticulită“, operat și vindecat, pătruns de un moment de fericită inspirație, a gândit că „**este de altfel dificil de a explica toate diverticulite prin inflamație, de oarece simptomul esențial în istoricul ulcerului meckelian, hemoragia intestinală, se abate foarte mult de la tabloul apendicitei**“.

După zece ani, în 1913, **Hübschmann** descrie un nou caz, care pentru foarte mulți constituie în literatură primul caz de ulcer meckelian, de oarece a fost verificat și histologic, dar care din punct de vedere al simptomatologiei clinice este exact la fel cu cel din 1903 al lui Hilgenreiner. Diverticolul poate constitui în acelaș timp conținutul unei hernii ombilicale, sau inghino-crutale, fiind supus în acelaș timp la accidentele de strangulare ale acesteia.

ANATOMIE ȘI EMBRIOLOGIE.

(Considerațiuni generale).

Numim diverticol o dilatațiune parțială a peretelui intestinal. Din punct de vedere patogenic deosebim două mari varietăți: Unul ce se observă în general la vârsta adultă, constituind așa zisul diverticol câștigat, al doilea reprezentat prin diverticolul ileal al lui Meckel și care este congenital.

Diverticolul lui Meckel este restul canalului care unește la embrion intestinul subțire de sacul vitelin. În mod normal acest conduct se rezoarbe complet cam după luna 3-a a vieții intra-uterine, fără a lăsa nici o urmă a existenței sale. În mod patologic însă, el poate persista în parte sau în totalitate, rămânând mai mult sau mai puțin permeabil. Persistența totală a canalului vitelin, cu păstrarea permeabilității sale, dă naștere unui diverticol deschis, ce se poate manifesta cu aspectul unei fistule fecale. Când acest canal se obturează în întregime, fără a se rezorbi însă, ia naștere un cordon fibros, o bridă, întinsă dela intestinul subțire la ombilic și care din punct de vedere patologic, poate constitui punctul etiologic al anumitor ocluziuni. Persistența parțială a acestui canal, adică felul cum rezidiul acestui conduct persistă înspre porțiunea sa ombilicală sau ileală, într'o măsură mai mare sau mai mică, dă naștere la o serie întreagă de vestigii ca: **chistul intra-parietal al ombilicului (Zummwinkel)**, **chistul sub-peritoneal al ombilicului (Rosser)**, **tumora adenoidă diverticulară**, **entero-chistomul de**

origină vitelină (Forgue și Riche) și în sfârșit, cel mai frecvent vestigiu al acestui canal: **diverticolul lui Meckel propriu zis**, de aspectul unui deget de mânășă, de calibru variabil, în raport cu faza de oprire a procesului normal de regresivitate. Acest diverticol este implantat întotdeauna pe marginea liberă a porțiunii terminale a ileonului, la distanța ce variază între 5 cm.—100 cm. de valvula ileo-cecală. Vestigiile enumerate până acum iau naștere după cum vedem printr-o lipsă de regresivitate, parțială sau totală, a conductului omfalo-mezenteric. Mult mai rare, dar totuși semnalate, sunt așa zisele anomalii prin exces de regresivitate, în sensul că în momentul când canalul vitelin regresează înspre partea sa ileală, la locul său de implantare pe ileon, se produce o regresivitate mai accentuată în dauna peretelui intestinal, dând naștere la stenozări ale intestinului, uneori până la întreruperea permeabilității și continuității sale, sau chiar la o atrezie ileală, corespunzătoare locului de inserțiune a conductului vitelin.

După **Ruge**, persistența resturilor omfalo-mezenterice în corpul noului născut nu este excepțională. Ele s'ar prezenta sub formă de filamente flotante, ce s'ar întâlni fie în vecinătatea mezenterului sau aproape de ombelic; foarte des aceste filamente embrionare au fost etichetate ca bride de origină inflamatorie; din această cauză chiar, au fost mult timp necunoscute ca factori de ocluzie intestinală, mai ales că ele se prezintă sub aspecte clinice diverse. Diverticolul lui Meckel, numit de către unii, prin analogie cu apendicele cecal, apendice al intestinului subțire, este după cum vedem o malformațiune congenitală. El se găsește destul de frecvent, unii socotind după cazurile autopsiate o proporție de 1 la 70. În regulă generală se întâlnește, așa cum au arătat Forgue și Riche în monografia lor, mult mai frecvent la bărbați decât la femei. Acest rudiment embrionar se prezintă sub mai multe aspecte anatomice: poate fi absolut liber în cavitatea abdominală, sau fixat la peretele cavității abdominale sau la diferite organe intra-peritoneale. Având inserția pe intestinul subțire și mai ales spre porțiunea sa terminală, el va avea aceeași mobilitate ca și intestinul subțire, iar ca

situație topografică se va afla mai aproape de fosa iliacă dreaptă. În cazuri cu totul rare, diverticulul lui Meckel poate fi fixat la ombilic; această fixare poate fi: directă, în care caz diverticolul este deschis la exterior, realizând în felul acesta o fistulă entero-ombilicală diverticulară. În alte cazuri, mai frecvente ca primele, extremitatea oarbă a diverticolului se prelungește cu un cordon fibros, care nu este altceva decât regresivitatea incompletă a conductului. În cazuri și mai rare, acest cordon fibros poate lua punctul de fixare la nivelul mezenterului sau alte organe intra-abdominale. Acest cordon fibros terminal reprezintă din punct de vedere embriologic fie partea distală a canalului omfalo-mezenteric obstruat, dar incomplet regresat, fie vasele omfalo-mezenterice permeabile pe o lungime oarecare, sau transformate în întregime într-un cordon fibros.

Din punct de vedere anatomo-istologic, configurația diverticolului amintește pe cea a intestinului subțire. Trebuie să reținem atenția noastră, este faptul că s'a dovedit existența frecventă a **heterotopiilor** în constituția sa. Se dă acest nume la insule mai mult sau mai puțin întinse, constituite dintr'o mucoasă complet diferită din punct de vedere histologic de cea a intestinului subțire. În aceste cazuri putem vedea în mucoasa diverticulară insule de mucoasă de tip gastric, duodenal, intestin gros sau insule de țesut pancreatic aberant. Heterotopia gastrică este cea mai des întâlnită și cea mai interesantă din punct de vedere patogenetic pentru afecțiunile diverticolului Meckel. Ea ocupă de regulă porțiunea distală a diverticolului, pe una din fețele sale sau chiar la vârful său. O recunoaștem prin glandele de tip fundic sau de tip piloric. Heterotopia duodenală este mai rară, iar cea de tipul intestinului gros excepțională. În toate cazurile de heterotopie este vorba de o mucoasă anormală, de aspect hiperplazic, adenomatoasă. Insulele pancreatice heterotopice își au de obicei un sediu submucos, intra-mezenteric sau intra-mural.

ASPECTE CLINICE MAI DES ÎNTĂLNITE ÎN PATOLOGIA DIVERTICOLULUI MECKEL.

(Ocluziile, diverticulitele, ulcerul meckelian, herniile diverticulare, fistula entero-ombilicală diverticulară).

În regulă generală, chiar și pentru afecțiunile ce le întâlnim mai des în clinică, și cari formează subiectul acestei teze, cum și pentru restul manifestărilor patologice, patologia diverticolului Meckel se manifestă prin două feluri de accidente:

- I. *Accidente abdominale de o importanță covârșitoare și*
- II. *Accidente ombilicale.*

I. — GRUPA ACCIDENTELOR ABDOMINALE.

A. — OCLUZIUNILE.

Ocluziunile cauzate de diverticolul lui Meckel au în etiologia lor mecanisme foarte variate și complexe, toate însă având la bază prezența acestui rudiment embriologic. Ele au fost bine studiate încă de pe la 1851, de către *Parise* și aproape concomitent de către *Leichenstern*.

Au urmat apoi studii asupra mecanismelor acestui fel de ocluzii, făcute de *Kazin*, *Bérard* și *Délore*, *Halstead*, *Hilgenreiner*; studiul lor culminează cu monografia lui *Forgue* și *Riche*, întemeiată pe aproape 300 observațiuni clinice de ocluziuni datorite diverticolului Meckel.

Ocluziile de origine diverticulară sunt socotite dintre cele mai grave mai ales pentru copil. La acesta ele se pot produce chiar în primele zile ale vieții.

ETIOLOGIE.

Frecvența acestei varietăți de ocluzie este socotită după *Fritz* de 5 pentru 100 a cazurilor de ocluzie intestinală acută.

Ereditatea o putem lua în considerare atribuindu-i un rol indirect, prin producerea malformațiunilor.

Etatea prezintă o mare importanță clinică: am amintit mai sus că ocluzia prin diverticolul lui Meckel poate apărea în primele zile ale vieții; sunt apoi frecvente în prima copi-

lărie, descrescând cu vârsta. Statistica lui Forgue și Riche, care este una din cele mai bogate pentru adult, arată că perioada celei mai mari frecvențe se găsește între 15—25 ani; 76% a cazurilor se cuprinde între aceste limite.

Sexul masculin este întâlnit mult mai des, în proporția de 5 la 1. Diverticolul liber și normal produce cu totul excepțional accidente de ocluzie, mai ales în lipsa fenomenelor inflamatorii, care înlătură posibilitatea aderențelor secundare.

Ocluziile le observăm mai ales când diverticolul este primitiv fixat la un punct oarecare al abdomenului. În această ordine de idei trebuie să accentuăm, după cum am amintit și mai sus, că fixarea diverticolului poate fi — deși mai rar, totuși existentă — datorită unei diverticulite anterioare, prin organizare de aderențe.

PATOGENIE ȘI ANATOMIE PATOLOGICĂ.

Ca și pentru celelalte varietăți de ocluzii, ocluziile diverticulare iau naștere prin:

1. vici de poziție;
2. compresii (stricțiuni ale intestinului).
3. obstrucție;
4. stenozări congenitale.

Ocluzia meckeliană se poate prezenta fie ca o ocluzie mecanică pură, fie ca o ocluzie mixtă prin coexistența factorului inflamator și mecanic.

1. VICII DE POZIȚIE.

a) *Invaginația.*

Diverticolul se resfrânge ca un deget de mână în așa fel încât cavitatea sa va fi delimitată prin suprafața sa peritoneală, pătrunzând astfel în ileon. În ce privește această „în-toarcere pe dos“ a diverticolului, ea se poate manifesta prin diferite grade: într'un prim grad diverticolul singur este invaginat în ileon; în al doilea grad, diverticolul atrage după sine și ansa aferentă, constituind o invaginație ileală prin diverticol. În sfârșit al treilea grad, tumora de invaginație străbate și valvula ileo-cecală, constituind așa zisa invaginație ileo-cecală sau ileo-colică prin diverticol.

b) *Volvulus.*

Volvulusul se caracterizează prin torsiunea diverticolului dealungul axului său longitudinal; această torsiune se poate face odată sau de mai multe ori. Volvulusul se întâlnește mai frecvent în cazul diverticolului liber; în literatură este menționat și pentru diverticolul fixat. În regulă generală este vorba mai des de un volvulus al diverticolului singur și mai rar se poate asocia un volvulus al intestinului, adică un volvulus entero-diverticular, ansa subțire pe care se implantează diverticolul participând și ea la mecanismul de torsiune. Leziunile ce iau naștere în asemenea cazuri sunt precoce și grave, gangrena instalându-se aproape în totdeauna ca o consecință a acestor fenomene; tabloul patologic poate fi secundat și de peritonită fie prin perforație, fie chiar și prin lipsa acesteia.

c) *Torsiunea intestinului.*

Este vorba de o torsiune a intestinului dealungul axului său longitudinal, produsă prin bascularea unui diverticol umplut cu materii fecale sau de lipom, sau heterotopii pancreatice accesorii. În alte cazuri poate fi vorba de o torsiune a intestinului în jurul axului mezenterului.

d) *Cuduri ale intestinului.*

Intestinul se poate cuda pe diverticol. Acest mecanism îl întâlnim mai ales în cazul diverticolului fixat la ombilic, deasupra căruia se așează ansele iliale, fiind frase în jos de propria lor greutate, comprimând astfel lumenul lor. În alte împrejurări cudura poate lua naștere prin tracțiune, în cazul unui diverticol mai greu care trage ansa ileală.

2. COMPRESIUNI ALE INTESTINULUI.

Aceste compresiiuni constituiesc mecanismul cel mai frecvent de producere a ocluziilor. Un diverticol liber se poate răsuci în jurul anselor, formând ceea ce Parise a numit nodul diverticular. Aceste moduri se constituiesc de altfel destul de greu, din care cauză se întâlnesc rar. Cel mai adesea intestinul se angajează sub bride sau mele formate de un diverticol fixat. Tot așa de frecvent diverticolul fixat la mezen-ter, facilitează prin inelul astfel constituit, strangularea intes-

tinului. Trebuie adăugat apoi că accesele de diverticulită, survenite anterior, pot fixa, prin procesul inflamator, diverticolul până atunci liber, constituind astfel elementul de strangulare și compresiune al intestinului.

3. OBSTRUCȚIA. Obstrucția propriu zisă nu acționează decât favorizând viciile de poziție.

4. STENOZARILE INTESTINULUI sunt în majoritate de origine congenitală. Atunci când ele nu cauzează prin prezența lor accidente grave, acționează totuși, favorizând obstrucția, și ca urmare vicii de poziții secundare, prin exagerarea peristaltismului normal.

SIMPTOMATOLOGIE ȘI DIAGNOSTICUL OCLUZIILOR INTESTINALE PRIN DIVERTICOL MECKEL.

Am amintit în introducerea acestei teze că sindromul ocluziei intestinale prin diverticol meckelian rămâne încă obscur în ce privește diagnosticul ca atare. Aceste ocluziuni, care se prezintă în regulă generală cu un aspect acut, nu prezintă din punct de vedere simptomatologic nici un semn patognomic, care să ne desvăluie etiologia. Ca și toate ileusurile, diagnosticul este numai prezumtiv, etiologia făcându-se cunoscută numai pe masa de operație. Se prezintă în marea majoritate a cazurilor cu o evoluție acută și rapidă, care după cum au arătat Roy și Jamain, poate omorî chiar și în zece ore. Debutul este brusc, evoluția rapidă și sfârșitul totdeauna fatal dacă nu se intervine. Singurul lucru în fața unui sindrom abdominal de ocluzie, care ne poate face să bănuim etiologia diverticulară, ar fi etatea, deoarece se prezintă, după cum am mai amintit, cu o frecvență caracteristică la copil sau adultul tânăr. Această bănuială va fi și mai mult întărită, dacă a existat în primii ani ai vieții o fistulă ombilicală stercorală, sau o tumoare adenoidă diverticulară. Importanța practică care se desprinde însă din aspectul acut al acestei ocluzii, cum și gravitatea sa, recer un diagnostic de urgență, fără a temporiza și a încerca precizarea etiologică. Ceea ce trebuie stabilit este diagnosticul de ocluzie. Din această cauză

vom fi cu mare atenție la depistarea simptomelor cari ne-o pot evidenția, ca: durerea bruscă, violentă, la început localizată la locul ocluziei, apoi generalizată în întreg abdomenul, cu caracter continuu dar întreruptă de paroxisme, datorită peristaltismului, care caută să învingă obstacolul, constituie este un simptom inițial de mare importanță și care trebuie evidențiat dela început.

Vărsăturile precoce, cu atât mai abundente și cu atât mai precoce, ou cât obstacolul este mai sus situat, formează un adaus prețios la durerea mai sus amintită.

Oprirea materiilor fecale și a gazelor, vorbește și ea în acelaș sens. Se poate însă întâmpla ca ocluzia diverticulară să fie însoțită uneori de un scaun sau poate mai corect zis de o hemoragie intestinală. Aceasta este în unele cazuri urmarea unei invaginațiuni cu punct de plecare diverticular, sau consecința unui ulcer meckelian evolutiv. Deasemenea posibilitatea unui scaun s'ar mai explica prin obstrucția sus situată, el fiind produsul segmentului intestinal inferior.

Intr'o fază mai înaintată, bolnavul capătă aspectul caracteristic al peritonealului, cu ochii excavați, nasul ascuțit, culoarea feței teroasă, cu un cuvânt aspectul unui profund intoxicat.

Temperatura este în general la început vecină celei normale; când accidentele peritoneale încep a se declanșa, temperatura crește și ea, pentru ca în faza de intoxicație profundă, să coboare către hipotermie.

Pulsul este și el un prețios semn al sindromului de ocluzie intestinală. Bine bătut la început, însă rapid, el devine din ce în ce mai tachicardic și mai slab, tinzând, în raport cu temperatura, la o disociație terminală.

Semnele generale ca oliguria sau chiar anuria pot fi des întâlnite ca o consecință a opririi rezorbției lichidelor prin intestin.

Examenul local ne înfățișează și el semnele ce le întâlnim în marele sindrom al ileusurilor, fără a ne indica etiologia lor. Balonarea abdominală este la început localizată, apoi generalizată. În această privință dacă această balonare localizată asupra căreia a insistat mult *von Wahl*, nu constituie un semn patognomic, totuși, atunci când o găsim în fosa iliacă dreaptă, e bine să ne atragă atențiunea și asupra diverticulu-

lui Meckel, care din punct de vedere topografic să găsește mai frecvent la acest nivel. *Laugier* atrage și el atențiunea că un abdomen ascuțit în formă de obuz, indică o ocluzie pe intestinul subțire, iar din contra un abdomen lățit o ocluzie pe intestinul gros.

Bouveret insistă mai mult asupra localizării acestor semne la nivelul cecului, care atunci când este destins, ne arată un obstacol pe intestinul gros, iar când e lățit o ocluzie pe intestinul subțire. Natural că toate aceste semne, care arată o străduință a diferiților autori de a localiza cât mai îndeaproape sediul obstacolul, în cazul diverticolului Meckel, ca agent cauzator, vor trebui interpretate foarte judicios și în cadrele întregii simptomatologii ce ne-o oferă bolnavul. Simptomele funcționale și generale nu au nimic particular care să ne arate o origină diverticulară, ele păstrându-și aceeași manifestare comună ori cărei varietăți de ocluzie.

Examinările radiologice, cari ne evidențiază nivele de lichid, sau acelea, cari se fac prin clismele baritate, ne aduc și ele servicii prețioase de diagnosticare a sindromului, dar nu al cauzei sale.

DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL.

Înainte de a arăta în ce cadru trebuie făcut acest diagnostic diferențial, va trebui să precizăm dacă avem de a face cu o adevărată ocluzie. Pentru aceasta vom elimina în totdeauna apendicita, cholecistita, peritonita, care după cum știm se pot însoți de fenomene de ileus paralytic. Nu vor fi omise niciodată examinările orificiilor herniare.

Entitățile patologice cu care trebuie făcut diagnosticul diferențial sunt: colica hepatică sau nefritică de mare importanță, deoarece ambele recer abstențiunea.

Infarctul intestinal și pancreatita hemoragică, vor trebui luate în considerație. Eroarea de diagnostic, pentru acestea ca și pentru apendicite de altfel, nu are consecințe prea grave, deoarece toate trei cer o intervenție de urgență, cu care ocazie putem clarifica diagnosticul.

Torsiunea pediculară a unui chist ovarian, afecțiunea anexelor sau un fibron uterin complicat, vor fi clarificate prin tușeu.

Torsiunea unui testicol ectopic o amintim ca o raritate, și tot așa cazurile de uremie, de intoxicație prin opiu, morfină sau plumb, cari se pot prezinta cu sindroame abdominale de ocluzie.

Pseudo-ocluzia histerică, foarte adesea a putut fi diferențiată abea pe masa de operație, unde, în urma anesteziei, toate fenomenele locale au dispărut.

Complicații. — Complicațiile ce survin în urma ocluziunilor diverticulare sunt în funcție de forma pe care acestea le prezintă. Gangrena diverticulară duce foarte adesea și în scurt timp la perforațiune și instituirea peritonitei. Odată cu instalarea acestei gangrene, foarte adesea se asociază și factorul inflamator, care aglutinează în bloc ansele ileale, constituind în felul acesta ocluziuni secundare, care întunecă și mai mult prognosticul unei eventuale intervențiuni. Din aceste fenomene patologice, decurg apoi o întreagă gamă de complicațiuni septice, locale și generale, până la sfârșitul letal al cazului.

Tratament. — De un tratament specific al ocluziunilor diverticulare nu poate fi vorba. Totdeauna se impune cât mai precoce laparotomia largă, cu mare acces abdominal, care după o explorare minuțioasă va indica ea însăși tratamentul ce va trebui aplicat. Cu cât intervenția va fi mai precoce, cu atât secționarea bridelor, extirparea diverticolului, în afara accidentelor peritoneale, vor da mai multe șanse de vindecare. Operațiunile tardive, prin complicațiunile locale de aglutinare intestinală și de instituirea frecventelor aderențe pot împiedeca chiar și prin laparotomie, precizarea diagnosticului etiologic și cu atât mai mult terapeutica chirurgicală.

B) DIVERTICULITELE.

Înțelegem prin diverticulită, inflamația acută sau sub-acută a diverticolului Meckel.

Aceste entități considerate multă vreme ca leziunile cele mai frecvente ale diverticolului, prin cercetările din

ultimul timp, ale lui Hilgenreiner și Hübschmann, au pierdut din teren, majoritatea diverticolilor perforați trebuind a fi considerați în realitate ca ulcere meckeliene perforate.

La congresul francez de chirurgie din 1897, **Piquet** și **Guillemont**, în comunicarea lor, au fost primii care au vorbit de „supurația diverticolului Meckel“, simulând apendicita, vrând să denumească astfel diverticulita.

ETIOLOGIE ȘI PATOGENIE.

Ca și pentru apendicită, etiologia și patogenia diverticulitei rămâne încă destul de confuză, fiind legată încă de o serie de ipoteze.

Frecvența diverticulitei, prin însuși faptul că este vorba de un rudiment embriologic, este restrânsă. În comparație cu apendicita, diverticulita este destul de puțin frecventă, lucrul pe care ne place să-l atribuim diferenței de structură histologică care există între apendice și diverticolul lui Meckel.

Pe câtă vreme apendicele, prin prezența abundantă a țesutului limfoid, devine un organ apt pentru recepționarea inflamației, diverticolul lui Meckel, în care țesutul limfoid este slab dezvoltat, trebuie să-l considerăm mai puțin receptiv față de procesele inflamatorii. Diverticolul liber, în situație joasă este mai frecvent atins. Diverticulita se observă mai ales la tineri, fără însă a respecta pe adulți. Au fost incriminate ca puncte etiologice și patologice diferitele traumatisme prin corpi străini, paraziți intestinali, tulburări circulatorii mecanice, etc.

Importanță deosebită trebuie atribuită infecțiunii de origine intestinală. S'a căutat să se aplice și diverticulitei ca și apendicitei, teoria cavității închise, care în comparație cu apendicita, pare mai puțin verosimilă pentru acest rest embrionar.

ANATOMIA PATOLOGICĂ.

Din punct de vedere anatomo-patologic putem avea de a face fie cu o simplă inflamație catarală a organului, fie cu o gangrenă. Perforațiile sunt frecvente în formele acute. În ce privește leziunile microscopice, acestea au mare analogie cu cele din apendicită. Primul element care ia naștere este foliculita, căreia îi urmează perifoliculita și limfangita terebrantă. În evoluția lor, alterațiunile ating stratul glandular, mucosa, stratul muscular precum și vasele. Aceste leziuni se localizează cu predilecție fie la vârful diverticolului, fie la baza sa.

Chauffard și **Galton**, apoi **Halstead**, **Bonnet** și **Delan-glado** au descris perforații tifice; **Antonelli** și **Fitz**, apoi **Dikson** au descris perforațiuni tuberculoase.

În fazele mai avansate ale diverticulitei, leziunile pe care le întâlnim din partea seroasei peritoneale, se rezumă fie la o peritonită localizată, fie la una generalizată. Ceea ce trebuie reținut, din punct de vedere anatomo-patologic în manifestările diverticulitelor, este faptul că diverticolul, fiind situat în mijlocul anselor ileale, ori ce inflamație a lui, însoțită de peridiverticulită, poate da naștere la o aglutinare a acestor anse ileale, urmată de imobilizarea lor; uneori prin același mecanism iau naștere cuduri, bride, cari toate laolaltă pot deveni factori declanșatori de ocluzie asociată. Prin același mecanism, în urma bridelor se pot institui și strangulări intestinale.

În ce privește starea apendicelui în aceste împrejurări, în marea majoritate a cazurilor rămâne indemn, posibilitatea unei apendicite concomitente, fiind însă posibilă.

SIMPTOMATOLOGIE.

Diverticulitele de obicei nu au o simptomatologie cu o fizionomie clinică cu totul specifică. Autori clasici consideră că aspectul clinic, cu care debutează aceste diverticulite, este cel al ocluziilor intestinale sau al peritonitei localizate sau generalizate. Cred că această etichetare de simptomatologie

trebuie făcută într'un stadiu ceva mai avansat al diverticulitelor. Materialul Cliniceii Chirurgicale din Cluj, care în ultimii 18 ani numără un număr de 3 diverticulite, ne arată că debutul acestei afecțiuni are mare analogie cu cel al apendicitei. Din acelaș material putem deduce și câteva mici semne, cari totuși diferențiază tabloul clinic de debut al diverticulitei de apendicită.

Durerea este aproape în totdeauna bruscă, cu debut în fosa iliacă dreaptă, ceva însă mai aproape de ombilic. Evoluția simptomatologiei abdominale este mai rapidă ca în apendicită și însoțită mult mai precoce, — în raport cu debutul, — de pareză intestinală. Dacă suntem obișnuși, ca, în cursul unei apendicite evolutive, să asistăm la declanșarea peritonitei — cu excepția cazurilor supraacute — după 48—60 ore, în cursul diverticulitelor această complicație peritoneală survine foarte adesea mult mai precoce, fără însă a constitui o regulă generală.

Primul simptom care apare în diverticulite este durerea. În majoritatea cazurilor ea este bruscă și survine pe neașteptate, fiind variabilă ca intensitate și localizare. Această variabilitate, în ce privește localizarea durerii, constituie oare cum un semn patognomic pentru diverticulită, ce o diferențiază de apendicită. Dacă în apendicită punctul apendicular este în marea majoritate a cazurilor constant prin sensibilitatea sa, cu totul altfel se prezintă durerea în diverticulită. Ea este mai difuză, localizată mai mult periombilical în ce privește intensitatea maximă; foarte adesea îi lipsește durerea epigastrică în debutul ei, iar semnele lui Rousing, Blomberg și al psoasului lipsesc aproape în totdeauna. În schimb meteorismul abdominal este mai constant și mai precoce în diverticulită decât în apendicită.

Simptomatologia este în funcție și de diferitele forme anatomo-patologice pe cari le prezintă diverticulita. În acest cadru anatomo-clinic distingem:

1. *Diverticulita simplă sau parietală acută.* Această formă este mai rară, sau mai corect spus nu este prea bine cunoscută. Este însoțită de o stare gastrică cu inapetență și vărsături rare, o ușoară stare febrilă cu tachicardie; la examenul local găsim contractură abdominală, iar la presiune o durere cu punct variabil periombilical sau în vecinătatea fosei iliace

drepte. Este o formă de obicei latentă, benignă, supusă de multe ori la recidive.

2. *Diverticulita cu peritonită închistată.* Este o formă mai bine cunoscută, în care simptomele funcționale și generale sunt mai persistente, iar simptomele locale mai mult sau mai puțin clare, fără a avea însă un caracter patognomonic. Prin prezența peritonitei închistate, durerea tinde oarecum să se localizeze; tot din acest motiv apar și fenomenele de ileus-paralitic.

Vărsăturile sunt frecvente și pot dura uneori câteva zile. Starea generală este serios atinsă, bolnavul prezentând o stare de intoxicație, cu febră înaltă și tachicardie. Examenul local în această formă ne arată semnele peritonitei închistate, a cărei localizare o putem depista în regiunea periombilicală, hipogastrică, fosa iliacă dreaptă, uneori chiar și în fosa iliacă stângă, lucru ușor de înțeles, luând în considerare mobilitatea și variabilitatea topografică a diverticolului.

Abcedarea acestei peritonite închistate poate avea loc sub forma unui abcès, ce să evolueze către pereții abdominali, ca în cazul lui *Krammer*; se poate deschide în vezică, ca în cazul lui *Beach*, sau în intestin (*Carrière*).

Rezorbția poate avea și ea loc, lăsând însă pe urma ei aderențe cu prognostic destul de serios în ce privește complicațiunile ocluzive.

Un stadiu mai înaintat al acestei peritonite închistate îl constituie generalizarea peritonitei.

3. *Diverticulita cu peritonită generalizată.* Această formă survine mai ales după perforațiile diverticolului. *Keefe* a arătat însă că nu există o constanță riguroasă între perforația diverticulară și peritonită generalizată, în sensul că, aceasta din urmă, nu succede ca o regulă generală în toate perforațiunile.

4. *Diverticulita cu peritonită septică.* Ține la infecțiuni peritoneale supra-acute, cari se pot declanșa chiar și în lipsa perforației diverticulare, fiind propagate probabil pe cale limfatică. Hipotermia și colapsul o caracterizează.

5. *Diverticulita cronică,* este forma care prezintă marea analogie cu apendicita cronică.

Prognosticul diverticulitelor este totdeauna grav prin influența ce o exercită asupra peritoneului și anșelor vecine.

Complicații. În această grupă ținem să amintim doar una din complicațiile, care se desprinde ca entitate patologică abia în ultima vreme. Este vorba de procesul de ileită terminală, care dacă poate apărea și ca o afecțiune izolată, cu un cadru simptomatologic relativ bine definit, foarte adesea precede sau apare simultan cu procesul de diverticulită. Atribuim un rol important patogeniei ileitei terminale secundare, strânsei vecinătăți a ileonului terminal cu diverticolul Meckel bolnav, care în marea majoritate a cazurilor dă naștere procesului inflamator peridiverticular.

TRATAMENTUL

În cazul diverticulitelor putem vorbi de un *tratament profilactic* în sensul că, în cursul operațiilor abdominale, când ne apare un diverticol, chiar sănătos fiind, să facem extirparea sa. Aceasta se recomandă și se recere cu atât mai mult cu cât diverticolul Meckel, considerat azi din punct de vedere patologic, prezintă pericole cu mult mai mari decât apendicele. Aceste pericole sunt reprezentate prin afecțiunile grave la cari poate da naștere, (ocluzii, diverticulite, perforații etc.) și prin posibilitatea producerii unui ileus postoperator, atunci când în cursul unei intervenții pe abdomen, diverticolul a trecut neobservat și nu a fost extirpat.

Tratamentul curativ în cazurile confirmate și unde starea locală ne-o permite, va consta din extirparea diverticolului, exact ca și al apendicelui, cu înfundarea bontului în bursă, atunci când calibrul său este redus, sau resecția diverticolului, urmată de sutura în trei straturi, așa cum o cere chirurgia intestinală.

Față de complicațiunile peritoneale adese, vom acționa prin secționarea bridelor și desfacerea aderențelor, iar față de cele supurative printr'un drenaj larg, asociat cu seroterapia antiperitonitică, care în practica din ultima vreme în cazurile Clinicii Chirurgicale din Cluj s'a dovedit foarte eficace.

C) ULCERUL DIVERTICOLULUI LUI MECKEL.

Ulcerul diverticolului lui Meckel a fost izolat ca entitate patologică abia în ultima vreme. Cazurile clinice, legate de diverticolul Meckel au fost foarte frecvente, dar nici unul din ele nu amintea de această afecțiune ulceroasă, poate mult mai interesantă și mult mai frecventă decât celelalte manifestări patologice de la nivelul diverticolului. Este vorba de ulcere, cari se dezvoltă pe diverticolul meckelian, cu toate caracterile ulcerelor gastro-duodenale și cu o asemănare izbâtoare, care le apropie foarte mult de caracterele ulcerelor peptice, ce survin pe gurile gastro-anastomotice.

ETIOLOGIE ȘI PATOGENIE.

Aceste ulcere sunt localizate cu o remarcabilă constanță la nivelul unui punct al peretelui diverticular, unde mucoasa intestinală se continuă brusc, fără nici o tranziție, printr'o mucoasă gastrică evidentă. Prin prezența acestei mucoase gastrice, care și-ar păstra întreaga sa activitate, exact ca cea de la nivelul stomacului, s'a căutat să se atribue gena ulcerelor meckeliene, prin activitatea sa peptică, care ar provoca autodigestia mucoasei intestinale și consecutiv ulcerajia.

Diverticolul nu posedă factorii fiziologici de inhibiție, pe care îi conține stomacul sănătos, pentru a acționa în contra producerii ulcerului peptic. În plus predispoziția diverticolului și a segmentului ileal corespunzător la spasme, nu fac decât să scadă și mai mult mecanismul de apărare față de acțiunea corosivă a sucului gastric, elaborat de mucoasa gastrică heterotopă a diverticolului, permițând și favorizând chiar producerea ulcerului meckelian. Nu s'a putut pune în evidență însă datorită cărei influențe această mucoasă gastrică heterotopică și-ar începe brusc activitatea sa, la nivelul diverticolului. Din aceste motive, această ipoteză a ulcerului peptic nu rămâne încă dominantă în patogenie, iar termenul de „ulcer peptic“ al diverticolului Meckel este încă convențional și prevăzut cu un semn de întrebare.

Primul care descrie afecțiunea în 1902 și 1903 este *Hil-*

genreiner, iar după el *Hübschmann*, care confirmă diagnosticul și pe cale histopatologică.

Noțiunile etiologice, care au putut fi evidențiate de la descoperirea primului caz de ulcer diverticular și până astăzi sunt, după cum urmează:

Afecțiunea lovește mai ales bolnavii tineri, în regulă generală copiii, și cu o remarcabilă frecvență sexul masculin. *Mondor și Lamy*, în monografia lor, pe 91 de cazuri bine studiate clinic, au găsit de 77 de ori prezența sexului masculin, iar pe alte 98 observațiuni, 79 din ele aveau mai puțin de 20 de ani. Frecvența este și mai pregnantă între 2—15 ani.

SIMPTOMATOLOGIE.

Tabloul simptomatologic al ulcerului diverticular cuprinde două mari grupe de simptome: Simptomele de bază, prin care noi înțelegem pe acelea cari nu lipsesc nici odată, și care ar putea avea o interpretare patognomonică, și apoi grupa simptomelor accesorii, caracteristice sindroamelor abdominale.

Între simptomele de bază distingem hemoragia intestinală și durerea.

Hemoragia intestinală. Hemoragia intestinală este simptomul primordial în sensul că el nu scapă nici odată, nici bolnavului în acuzele pe cari ni-le expune și nici medicului. În ce privește constanța acestui simptom, *Karelitz* afirmă că în cele 33 observațiuni ale sale, hemoragia nu a putut fi pusă în evidență decât în 5 cazuri. Studii minuțioase asupra tablourilor clinice de manifestare a afecțiunii, stabilite de *Greenwald* și *Steiner*, arată că pentru ulcerile perforate, hemoragia prealabilă a existat de 29 ori din cele 34 de cazuri, iar pentru ulcerile neperforate, hemoragia a fost prezentă de 15 ori în cele 15 cazuri studiate adică în 100% a cazurilor. De multe ori în cazurile, unde acest simptom nu a fost expus, aceasta se datorește faptului că nu s'a căutat să se evidențieze, bolnavii prezentând o indicație operatorie de extremă urgență, iar medicul neinsistând prea mult cu interogatoriul. În singurul caz pe care *Clinica Chirurgicală din Cluj* îl prezintă, hemoragia a fost prezentă.

Care este mecanismul de declanșare al acestei hemoragii? Uneori un traumatism, așa cum a arătat Hübschmann, alteori o indigestie (*Jakson, Mayo*) pare să fie cauza care o declanșează. În marea majoritate a cazurilor însă, nu se pot depista cauzele adjuvante de producere a hemoragiei.

Debutul acestei hemoragii poate să fie grav, așa cum arată *Cobb* pentru cazul său, care în plină activitate fizică este cuprins de o stare de adinamie, cu tulburări oculare, ce au mers până la cecitate, cu un cuvânt cu cortegiul simptomatologic al hemoragiei grave.

Sângele poate fi de culoare roșie deschisă, neamestecat cu materii fecale, sau amestecat cu conținutul intestinal și de o culoare negricioasă.

Abundența lui poate să fie atât de mare, încât să producă moartea, ca în cazurile lui *Callander* și *Tisdall*, cecitate (*Cobb*), sau să receară imediat o transfuzie de sânge, ca în cazul lui *Schreuder, Mayo* și *Johnson* au evaluat-o în cazurile lor la doi litri, *von Haberer* la un litru. Natural că în această stare de anemie secundară, hemoragia este însoțită de fenomene de anemie gravă. Uneori însă hemoragia este abia vizibilă, câteva grame de sânge roșu, ca în cazurile lui *Winkelbauer*. În majoritatea cazurilor hemoragia este frecventă și repetată. Această repetiție poate fi fără intervale, adică zilnică sau întreruptă de intervale de luni sau chiar ani. *Klein-schmidt, Pascale, Abt* și *Strauss, Vernejoule*, nu au putut pune în evidență, în cazurile lor, decât o singură hemoragie în evoluția ulcerului. *Guibal* vorbește de *crize hemoragice*, cu drept cuvânt, căci în cele peste o sută de cazuri, pe care literatura le posedă astăzi, hemoragia s'a prezentat în repetiție, sub formă de crize. În unele cazuri aceste crize hemoragice își au și mai mult justificată denumirea lor, prin faptul că survin în timpul sau după crizele dureroase, pe care le prezintă bolnavul.

Abt și *Strauss* spun că sângerarea sub formă de criză și sub forma repetată sunt caracteristice. Intervalele la cari se repetă pot fi scurte, de 2—3 zile (*Haberer, Griffith*), alte ori la intervale variabile. În câteva cazuri, pe cari le enumeră literatura, hemoragia a avut o durată de câțiva ani, fără tulburări apreciabile, în altele din contră a fost urmată de o anemie gravă.

Alături de hemoragia intestinală trebuie notat o altă sângerare, care trebuie să ne pună totdeauna pe calea diagnosticului: este sângerarea prin ombilic, ca în cazurile lui *Denece, Tavernier și Pouset, Aschner și Karelitz, Goetsch, Stone, Hutinel și Fèvre, Lindau și Wulff*.

În numeroase cazuri pe care le posedăm în literatură, hemoragia intestinală a precedat perforația fără însă să se conchidă că ar exista o relație de cauză la efect.

Ca o concluzie pentru acest simptom deducem că, atunci când la un copil, care a avut hemoragii intestinale rămase inexplicabile, apare într-o zi o peritonită prin perforație, trebuie să ne gândim și la posibilitatea unui ulcer perforant, și cum este vorba de copil, mai ales la un ulcer meckelian. Este o concluzie la care Clinica Chirurgicală din Cluj se alăturază întru totul, deși ea nu posedă decât un singur caz, unde simptomatologia a fost bine verificată; este vorba de o fetiță de 13 ani, care prezenta încă din copilărie crize hemoragice. La vârsta de 6 ani aceste crize s'au repetat zilnic, aproximativ timp de 7 săptămâni, pentru care medicii curanți aplică seroterapia antizenterică, fără nici un rezultat. La 13 ani hemoragia se repetă din nou după care urmează și perforațiunea ulcerului meckelian, urmată de o peritonită generalizată.

O altă concluzie de ordin practic, la care ajunge *Mondor și Lamy* cu privire la hemoragie, este aceea că, în fața unui copil atins de peritonită prin perforație, chirurgul trebuie să ancheteze în direcția enteroragiei, recentă sau îndepărtată de accidentul prezent. În caz de răspuns pozitiv, căutarea diverticolului Meckel și examenul său va fi o conduită strictă pentru operator.

Natural că enteroragia survenită la copii tineri, trebuie diferențiată de hemofilie, în care găsim antecedente familiare pozitive, și de purpură hemoragică, care este însoțită de petechii.

Durerea, este primul semn în cadrul simptomatologic al ulcerului meckelian. Sub ce formă și cu ce localizare se prezintă această durere pentru ca ea să poată fi utilizată ca semn patognomonic pentru ulcerul diverticular?

Astăzi nu posedăm încă semnele clinice suficiente cu care să putem creia un sindrom diverticular așa cum avem de exemplu: sindromul piloric, apendicular, etc. Poate că acest

sindrom suferă dificultăți în identificarea lui, pentru faptul că, în marea majoritate a cazurilor, se prezintă la copii, de la cari nu putem avea pretențiunea unei expunerii anamnestice prea corecte. Natural că, atunci când durerea este precedată și de o hemoragie intestinală, așa cum am descris-o mai sus, presupunerile clinice sunt ceva mai ușurate. Atunci însă când durerea se prezintă solitar, ce interpretare trebuie să-i dăm?

Sediul durerii nu contribuie în prea mare măsură la precizare. Cazurile existente ne arată o variabilitate foarte mare asupra sediului durerii. *Von Haberer, Aschner și Clinica Chirurgicală din Cluj* insistă mai mult asupra durerii para-ombilicale, mai ales ceva în dreapta liniei mediane. S-ar explica lucrul acesta prin localizarea topografică a „apendicelui ileal” care după cum am văzut își are localizarea mai frecventă către fosa iliacă dreaptă. Alții, printre cari *Mayo, Fuss, Müller, Schreuder*, accentuează asupra durerii epigastrice. În sfârșit o serie întregă de alte localizări, dintre cari: durerea hipogastrică, inghinală stângă, iliacă stângă, iliacă dreaptă, în flancul drept, sacrată, și uneori cu iradiațiuni dorsale, au fost semnalate. Caracterul acestor dureri este cel de criză, care obligă pe bolnav la repaus absolut și care îi dă aspectul unui gastro-intestinal. De multe ori durerea survine sub formă de crize paroxistice, de mare intensitate și care obligă pe micii bolnavi la atitudini forțate. Uneori durerea apare sub formă de crampă sau colică, legată de alimentație, alte ori din contră calmată de aceasta.

Repet că, acolo unde există un sincronism între durere și hemoragie sau vice-versa, diagnosticul este ceva mai ușurat, astăzi când cunoaștem manifestarea clinică a ulcerului meckelian. Acest sincronism însă este rar întâlnit. Poate ceea ce face din această durere un simptom de supoziție pentru ulcer meckelian, ar fi tocmai variabilitatea localizării, lipsa unui orar precis, lipsa în intensități constante și încadrarea tuturor acestora în celelalte date clinice și mai ales ale etății bolnavului.

Simptome accesorii. În afara simptomelor de bază, hemoragia și durerea, care domină totdeauna tabloul ulcerului meckelian, găsim asociate o serie de alte simptome, care însă nu desvăluie nimic din caracteristica simptomatologiei, ele

fiind date de reacțiunea locală și generală a peritoneului. Înre aceste simptome accesorii enumerăm:

Vărsăturile, cari, în afara declarării reacțiunii peritoneale acute, se întâlnesc destul de rar. Cam în 12—15 cazuri semnalate până în prezent. Aceste vărsături nu sunt legate de un orar fix, putând apărea în afara perioadelor de alăptare sau alimentare, acompaniând uneori durerea sau hemoragia.

Într'un număr de 16—20 cazuri s'a remarcat și o iregularitate a funcțiunii intestinale, reprezentată fie prin diaree, fie prin constipație.

Hübschmann și Mayo amintesc 2 cazuri de turburări gastro-intestinale manifestate prin hematemeză.

Un simptom asociat, care în ultima vreme capătă o mare importanță și pe care în prima fază a bolii, adică înainte de instalarea peritonitei, și pe care l-am găsit și în cazul Clinicei Chirurgicale din Cluj, este *apirexia*. Acest simptom ajută mult presupunerea diagnosticului diferențial față de apendicită, mai ales când este vorba de un copil. Și aci remarcăm analogia dintre ulcerele gastro-duodenale și cel meckelian, în manifestarea lor clinică sub raportul temperaturii.

Complicații. Complicațiile ce pot surveni în ulcerul meckelian sunt: hemoragia gravă, care după cum am amintit poate fi mortală, atunci când depășește limitele obișnuite. Mulți acordă hemoragiei o altă gravitate în sensul că prevestește perforația ulcerului pentru care fapt unii au și numit-o „*semnalul perforației*“.

Perforația și, ca o consecință deci peritonita, constituiesc complicațiile cele mai grave. Perforațiile ulcerelor meckeliene par a avea o constanță cu mult mai mare decât cele gastro-duodenale, constituind, am putea spune, o regulă în evoluția ulcerului. Această perforație poate surveni fie în cursul unei hemoragii, fie în cursul unei perioade libere de hemoragie. Tabloul, cu care se prezintă, este cel obișnuit al perforațiilor organelor cavitare, în peritoneul liber: durerea acută de pumnal, vărsăturile precoce, dispneea frenică, sunt printre cele dintâi semne subiective. Din punct de vedere obiectiv fenomenele sunt acelea ale manifestărilor peritoniale acute: imobilitatea peretelui abdominal la mișcările respiratorii, contractura musculară generalizată, hiperestezia cutanată, și o durere profundă, al cărui punct maxim este greu de stabilit.

Ne vom strădui a evidenția, pe cât posibil, sediul durerii și a contracturii maxime inițiale, cari pot ajuta presupunerea diagnosticului. Uneori perforațiunile ulcerelor meckelene pot da naștere unei peritonite localizate, pe care o vom găsi în raport cu situația topografică a diverticolului. Foarte frecvent regiunea para-ombilicală și a fosei ilace drepte este interesată, diferențierea de blocul apendicular și peritonită apendiculară localizată fiind destul de grea.

Diagnosticul. Ca o concluzie a simptomelor enumerate mai sus, încerc să desprind o importanță practică, de precizare a diagnosticului, în raport cu simptomele date. Tabloul simptomatologic este, după cum am văzut, destul de puțin caracteristic, prezentând confuziunea sa cu majoritatea sindroamelor abdominale. Accentuez totuși asupra faptului că, trebuie să ne gândim la diverticol, în fața ori cărei peritonite prin perforație sau în fața enteroragiei, cu atât mai mult, cu cât putem înlătura presupunerile perforațiilor gastro-duodenale sau veziculare, cari pot fi, în oare care măsură, diagnosticate. Ajungem deci în felul acesta la un diagnostic prin excludere, care trebuie să fie în totdeauna prezent în mintea chirurgului. Repet apoi că, în majoritatea cazurilor, este vorba de un copil, mai ales de un băiat, ce a prezentat crize dureroase abdominale, fără febră, fără orar fix, cu repercusiuni asupra transitului intestinal și mai ales cu enteroragii de aspectul cel mai capricios. De multe ori acest ultim simptom, care este foarte rebel la tratamentele obișnuite ne îndreptățește la executarea unui act operator, putându-i depista cauza.

Tratament. Tratamentul ulcerului meckelian se încadrează în terapeutică chirurgicală obișnuită. Ulcerul, odată depistat prin laparatomie, va presupune tratamentul diverticolului prin rezecția sa. Când baza de implantare al acestui apendice ileal nu este prea largă, tehnica extirpării se aseamănă cu aceea a apendicetomiei. Suprafața largă de implantare a diverticolului recere o rezecție, urmată de o sutură a bazei sale în 3 straturi, foarte minuțioasă și executată în sensul transversal al axului ileal, spre a evita stenozerile. Datorită gravității mari, care s'a constatat că pezintă peritonita diverticulară, vom utiliza totdeauna un drenaj cât mai larg al cavității abdominale. Atenție vom da în deosebi Douglasului și spațiului latero-colic drept.

D) HERNIA DIVERTICOLULUI MECKEL.

Aceasta se poate prezenta sau ca o hernie ombilicală sau ca una inghino-crurală. Aceasta din urmă, poartă încă denumirea de hernia lui Littre, atunci când diverticolul singur se prezintă într'un sac herniar, așa cum am găsit și în cazul Clinicii Chirurgicale din Cluj. Diverticolul se poate găsi uneori în conținutul unui sac herniar, alături de celelalte viscere abdominale, ce se pot hernia și ele. Această hernie a fost semnalată de către *Ruisch* și interpretată apoi de *Littre* și studiată mai bine în ultima vreme de către *Tedenat*, *Ekehorn*, *Payr* și *Forgue*. Se observă la toate vârstele, cu deosebire la omul adult. Are o predilecție mai mare pentru herniile inghinale drepte, diverticolul putându-se însă afla și într'o hernie inghinală stângă. *Berger* și *Payr* citează hernii diverticulare obturatrice. Strangularea diverticulară este mai frecventă pentru herniile crurale și, după *Brocca*, este precedată în totdeauna de un proces de diverticulită herniară, pe care îl confirmă și cazul Clinicii Chirurgicale din Cluj. Un diverticol strangulat, spre deosebire de herniile strangulate obișnuite, nu dă fenomenele generale pe cari suntem obișnuți să le întâlnim; predomină însă semnele locale, unde vedem institundu-se, în afară de fenomenele generale, flegmonul stercoral, urmat de fistula stercorală.

Herniile ombilicale diverticulare sunt rare și de obicei congenitale. Diverticolul este în regulă generală aderent la sac sau deschis la exterior sub forma unei fistule stercorale ombilicale.

II. GRUPA ACCIDENTELOR OMBILICALE ALE DIVERTICOLULUI MECKEL.

Fistula entero-ombilicală diverticulară.

Aceste manifestări sunt date mai frecvent de fistula entero-diverticulară ombilicală. Această fistulă se realizează atunci când există o permeabilitate pe tot traectul cordonului vitelin, sau și atunci când acest conduct este obstruat în porțiunea sa mijlocie.

Etiologie. Se întâlnește mai des la sexul masculin, și în cursul primului an. Poate persista însă și la adult.

Fistula, în marea majoritate a cazurilor, apare în momentul căderii cordonului ombilical și mult mai rar mai târziu.

Anatomie patologică. Din punct de vedere anatomo-patologic, distingem două forme de fistulă diverticulară ombilicală, după cum este conservată sau nu, comunicarea cu intestinul. Din aceste două forme, cea mai frecventă este cea care păstrează încă permeabilitatea entero-ombilicală.

Patogenie. Unii au încercat să explice fistula entero-ombilicală prin pensarea diverticolului în ligaturai cordonului ombilical. Pentru Barth însă, aderența diverticolului la inelul ombilical și deschiderea sa sunt două fapte contimporane și se explică prin necroza bontului ombilical, în care este cuprins și diverticolul.

Simptomatologie. Simptomul capital în fistuiele entero-ombilicale diverticulare, este scurgerea conținutului intestinal sau al unei secrețiuni sero-mucoase prin ombilic, în majoritatea cazurilor de reacțiune acidă.

Tratament. Omfalectomia, urmată de extirparea diverticolului constituie tratamentul radical al afecțiunii, așa cum s'a făcut cu succes și în cazul clinicei noastre.

PROGNOSTICUL POST-OPERATOR ȘI MORTALITATEA IN AFECȚIUNILE DIVERTICOLULUI MECKEL.

Prognosticul post-operator pentru afecțiunile diverticolului Meckel este în linii generale grav. Aceasta se datorește, cel puțin pentru cazistica existentă astăzi în literatură, polymorfismului simptomatologic, cu care ele se prezintă pre-operator, și în al doilea rând faptului că, majoritatea cazurilor le formează afecțiunile ocluzive (volvulus, strangulare, etc.) care ele singure prezintă încă, pentru chirurgia abdominală, un prognostic serios.

Wellington, în studiul său asupra 326 cazuri dă o mortalitate de 40%, atribuind acest procent relativ mare al mortalității, în raport cu cel al apendicitei, faptului că diverticolul în stările patologice și mai ales în procesele inflamatorii acute, prezintă o mare tendință și posibilitate la perforație precoce, cu o capacitate mai redusă de localizare a procesului infecțios, cât și din cauza frecvențelor complicații, cari survin din partea anșelor ileale, cu toate consecințele grave pentru bolnav. Mai adăugăm apoi flora microbiană, mult mai abundentă și mai virulentă pentru diverticol decât pentru apendice. În plus procesul inflamator de la nivelul diverticolului se poate propaga și asupra vecinătății, dând pe lângă procesele de peridiverticulită propriu zisă și localizări nete la nivelul intestinului subțire, care de multe ori se manifestă prin procese de ileită terminală, o afecțiune prin ea însăși destul de gravă. Toate aceste procese morbide asociate, în plus afecțiunea concomitentă a apendicelului, pe care o putem întâlni une ori, nu fac decât să întuece prognosticul și să mărească mortalitatea afecțiunilor diverticulare.

Pe materialul Cliniceii Chirurgicale din Cluj se verifică deasemenea acest prognostic relativ grav al afecțiunilor meckeliene.

Luete în bloc, cazurile Clinicei Chirurgicale din Cluj, dau o mortalitate de 44%, pe care o repartizăm după cum urmează:

Afecțiunea	Totalul cazurilor operate	Vindecate	Sucombate	% Proc. Mort.	
Ileus	Volvulus	3 cazuri	2	1	28%
	Ileus prin bridă	8	4	4	50 "
	Ileus prin stenoză	1	0	1	100 "
Diverticulite	3	2	1	25 "	
Hernie diverticulară	1	0	1	100 "	
Ulcer diverticular	1	1	0	0 "	
Fistula entero-ombilicală	1	1	0	0 "	
Totalul cazurilor	18	10	8	44 "	

După cum vedem deci, mortalitatea Clinicei Chirurgicale din Cluj, pentru afecțiunile diverticulare este foarte sensibilă față de celelalte servicii, în speță cu cele engleze și americane.

OBSERVAȚIUNI CLINICE.

Obs. No. 1. Bolnavul H. A. de 34 ani vine în clinică cu fenomene abdominale acute.

Antecedente colaterale și personale fără importanță. *Istoric:* De două luni, dureri în flancul drept, cu iradieri în epigastriu, cari alternau cu perioade de acalmie. De 3 zile, dureri mari în întreg abdomenul, febră, constipație, vărsături.

La ex. general: starea generală alterată, temp. 37^o,6 puls 86. La ex. local: Abdomenul ușor balonat, mișcări peristaltice periombilicale, ghiorăituri. Sensibilitate difuză generalizată, mai accentuată în fosa iliacă dreaptă. Dgs. pre-op.: ileus. Intervenție de urgență, incizie pararectală subombilicală dreaptă. Se constată un diverticol Meckel gangrenos, care prezintă o bridă, ce se inseră pe peretele abdominal, strangulând o ansă ileală. Rezecția diverticolului și al bridei, sutură, drenaj.

Mersul post-operator fără complicații. Vindecat.

Obs. No. 2. Bolnavul L. A. 19 ani vine în clinică cu fenomene abdominale acute. Ant. colaterale fără importanță. Ant. personale: Helmintiază și apendicectomie cu 3 ani în urmă.

Istoric. De 2 ani, dureri abdominale intermitente, difuze, vărsături, constipație. Cu 2 luni în urmă, dureri abdominale violente, scaune cu sânge. De 2 zile suprimarea scaunelor și a gazelor.

Ex. gen.: Starea generală gravă, temp. 37^o,4 puls 90. Ex. local: abdomen balonat mai ales periombilical. Sensibilitate difuză mai accentuată în jurul cicatricei post-apendicectomiei. La percuție timpanism.

Dgs. Pre-op.: Ileus. Intervenție de urgență. laparotomie mediană supra și sub-ombilicală. La 30 cm. de valvula ileocecală, un diverticol lung de 6 cm. cu baza largă de implantare în ileon; prezintă un mezenter bine dezvoltat ce-l fixează

de ansa corespunzătoare. Din vârful diverticolului pleacă o bandă fibroasă ce trece peste mai multe anse, se inseră la nivelul mezenterului diverticular. În jurul acestui mezenter, ansa ileală terminală prezintă un volvulus tipic.

Rezecția diverticolului, secționarea bridei, detorsionarea ansei, sutură. Vindecat.

Obs. No. 3. Bolnavul M. S. 24 ani vine în clinică cu fenomene abdominale acute. Ant. col. fără importanță. Ant. personale: Febră tifoidă la 7 ani, Tbc. pulmonar?, cu doi ani înainte i s'a făcut o laparotomie exploratorie pentru peritonită Tbc. miliară generalizată, cu stenoze intestinale multiple.

Istoric. Ameliorat după prima intervenție, prezintă recidive la intervale de câteva luni cu dureri abdominale, vărsături, suprimarea scaunelor. Aceste fenomene apar în urma alimentării cu mâncări indigeste (porumb fiert, varză etc.). A fost tratat cu clisme, după care fenomenele au cedat. De două zile prezintă dureri violente abdominale vărsături, suprimarea scaunelor, fenomenele necedând în urma tratamentului obișnuit.

Ex. gen.: Starea generală alterată, temp. 37,8° puls 96. Local, abdomenul balonat, mișcări peristaltice paraombilicale.

Dgs. pre-op. Ilcus. Intervenție de urgență, laparotomie mediană, supra și sub-ombilicală. La 70 cm. de valvula iliocecală, un diverticol Meckel, prelungit printr'o bridă, fixată de ombilic. În jurul acestei bride, o ansă răsucită. Extirparea diverticolului și al bridei, sutură, vindecat.

Obs. No. 4. Bolnavul M. N. 16 ani vine în clinică cu fenomene acute abdominale.

Antecedente fără importanță.

Istoric: De un an, dureri difuze paraombilicale periodice, constipație și ghiorăituri. De două zile dureri violente abdominale, difuze, exagerate prin paroxisme. De o zi nu are scaun.

Ex. gen. starea generală alterată, temp. 37,2° pulsul 96.

Ex. local: abdomenul balonat, mai ales paraombilical, sensibil la palpație.

Intervenție de urgență, laparotomie mediană sub-ombili-

cală. Se constată un diverticol puternic inflammat, în jurul căruia este torsională o ansă ileală.

Extirparea diverticolului. Sutura plăgii.

Mersul post op. normal, vindecat.

Obs. No. 5 și 6 se aseamănă întru toate cu: obs. No. 4. atât din punct de vedere clinic, cât și anatomo-patologic. Desebirea între aceste două cazuri este, că primul survine la un bărbat de 54 de ani, care a prezentat în istoricul lui dureri vagi abdominale, periodice timp de 3 ani, iar cel de al doilea, survine la un bărbat de 19 ani, cu antecedente numai de trei zile. În ambele cazuri s'a făcut extirparea diverticolului și detorsionarea ansei. Ambele cazuri vindecate.

Obs. No. VII. Bolnavul P. V. 19 ani, vine în Clinică cu fenomene abdominale acute.

Antecedente colaterale și personale fără importanță.

Istoric. Bolnav de 2 zile, debut brusc, dureri violente, în fosa iliacă dreaptă și irradiațiuni periombilicale. Vărsături, grețuri, ascensiuni febrile, cefalee.

Ex. general: starea generală relativ bună, temp. 38°,2 pulsul 110. Leococitoza 14.000.

Ex. local: abdomenul normal conformat. Sensibilitate și defensă netă la nivelul punctului apendicular. În rest, regiunea paraobilicară dreaptă sensibilă la palpate profundă. Semnul psoasului pozitiv.

Dgs. preoperator: apendicită acută.

Intervenție de urgență. Apendicectomie. (Apendicită gangrenoasă). La 6 zile după intervenție, starea generală gravă, balonarea abdomenului, lipsa scaunelor și a vânturilor, sensibilitate para-ombilicală. Se intervine din nou, pentru ileus postoperator. Laparotomie mediană subombilicală. La 40 cm. de valvula ileo-cecală un diverticol gangrenos, fixat la peritoneal parietal. În jurul lui, o ansă torsională. Extirparea diverticolului, detorsionarea ansei.

Postoperator: pneumonie, sfârșit letal.

Obs. No. VIII. Bolnavul N. A. 19 ani, vine în Clinica cu fenomene abdominale acute.

Antecedente fără importanță.

Istoric: de 2 zile dureri brusce abdominale, extrem de violente, suprimarea scaunelor, vărsături.

Ex. general: starea generală gravă, temp. 39°, pulsul 120.

Ex. local: abdomenul balonat, sensibil pe întreagă suprafață, la percuție timpanism.

Intervenție de urgență, laparotomie mediană sub-ombilicală. Ansele dilatate, se constată un diverticol Meckel, din care pleacă un cordon fibros, care înconjoară mezenterul ileonului, ca într'un laț, se inseră pe unghiul ileocecal superior. Diverticolul și ansa ileală sunt gangrenați. Rezecția bridei și a diverticolului, enterostomie.

Bolnavul sucombă cu fenomene de peritonită toxică după 48 ore.

Obs. No. IX. Bolnava B. C. 35 de ani, vine în Clinică cu fenomene abdominale acute.

Antecedente colaterale fără importanță.

Antecedente personale: apendicectomie cu 10 ani în urmă. Gravidă luna V.

Istoric: boala actuală datează de 3 săptămâni, dureri difuze abdominale, vărsături, grețuri. De 3 zile dureri violente în regiunea paraombilicală, cu irradiațiuni spre fosa ileacă dreaptă, suprimarea scaunelor și a gazelor.

Ex. general: starea generală alterată, temp. 38°, pulsul 110.

Examenul local: abdomenul balonat, uterul palpabil până la nivelul ombilicului. Sensibilitate pronunțată în jurul ombilicului, cu defensă la palpare profundă.

Intervenție de urgență, laparotomie mediană supra și sub-ombilicală; se constată prezența unui diverticol Meckel, care strangulează în înregime o ansă ileală. Rezecția diverticolului. Sutura.

Sucombă cu fenomene de peritonită generalizată.

Obs. No. X. Bolnavul S. V. 10 ani, este adus în Clinică cu fenomene abdominale acute.

Antecedente fără importanță.

Istoric: bolnav de 4 zile, debut brusc cu dureri mari abdominale, vărsături. Starea generală alterată, suprimarea gazelor și a scaunelor, balonarea abdomenului.

Ex. general: starea generală rea, temp. 37°,2, puls 120. În regiunea inghinală stângă, o hernie scrotală reductibilă. Local: abdomenul balonat, cu apărare musculară, sensibilitate pronunțată mai ales în regiunea para-ombilicală dreaptă, unde se constată și defenestrarea maximă. Tușeul rectal negativ.

Intervenție de urgență, incizie pararectală dreaptă. Se constată o bridă ce pleacă dela ombilic, ocolește de două ori intestinul gros și se fixează la nivelul feței externe a cecului. Această bridă strangulează într-un orificiu colonul ascendent și o porțiune a colonului transvers. În plus se constată un volvulus al unghiului hepatic, pe axa sa mezenterică. Extirparea bridei, delorsionare, fixarea intestinului gangrenat la plagă (anus colic drept).

Mersul postop. normal.

După 2 luni se face ileosigmoidostomie; în cursul operației, constatându-se un diverticol Meckel, ce pleacă dela ileon și se fixează pe fața externă a cecului, unde era fixată și bridă, extirpată la prima intervenție.

Extirparea diverticolului.

Mersul postoperator: peritonită, exitus.

Obs. No. XI. Bolnoavul D. I. 38 ani, este bolnav de 4 zile, prezentând fenomene abdominale acute.

Antecedente fără importanță.

Istoric: debut brusc cu dureri abdominale periombilicale, cu iradieri spre fosa iliacă dreaptă. Grețuri, vărsături, sughiți. De o zi, suprimarea scaunelor și a vânturilor.

Ex. general: Starea generală alterată, temp. 36°,8, pul. 54. Resp. 24, leocitoza 10.000.

Ex. local: abdomenul ușor balonat, sensibilitate difuză, mai pronunțată în jurul ombilicului și flancul drept.

Dgs. preop.: apendicită acută.

Intervenție de urgență, incizie Jalaguier. Se constată un apendice normal. Se explorează mai departe, se constată un D. M., la 30 cm. de valvulă ileocecală, și care se fixează printr-o plică de peritoneu parietal la nivelul ombilicului. Acest diverticol strangulează intestinul subțire.

Rezecția diverticolului, cu sutură intestinală. Sutura plăgii.

Postoperator: fenomene de intoxicație intestinală, ileus-paralitic. Exitus.

Obs. No. XII. Bolnava U. E. 24 ani, vine în Clinică cu fenomene abdominale acute.

Antecedente fără importanță.

Istoric: Bolnavă de 7 zile, dureri abdominale difuze, vărsături postalimentare. Durerile se accentuează tot mai mult, starea generală alterată, suprimarea emisiunilor de gaze și a materiilor fecale.

Ex. general: starea generală alterată, temp. 38° puls 104.

Local, abdomenul ușor balonat, sensibilitate generalizată. Apărare în regiunea paraumbilicală.

Intervenție de urgență laparotomie mediană subombilicală. La 30 cm. de valvula ileocecală un D. M. congestionat cu un mezo bine exprimat, care prezintă aderențe puternice cu ansa ileală corespunzătoare, stenozându-o.

Rezecție de intestin, entero-enteroanastomoză latero-laterală, drenaj.

Mersul postoperator: peritonită generalizată, exitus.

Obs. No. XIII. Bolnavul R. T. 54 ani, vine în Clinică cu fenomene abdominale acute.

Antecedente fără importanță.

Istoric: bolnav de 2 zile, debut brusc cu dureri abdominale generalizate, vărsături. Abdomenul se balonează, suprimarea scaunelor și a gazelor, starea generală alterată.

Ex. general, starea generală gravă, temp. 37°,5 puls 100.

Local: abdomenul balonat, timpanism generalizat și sensibilitate vie la palpare.

Intervenție de urgență, laparotomie mediană subombilicală. Se constată un D. M. dilatat, cu o bridă ce pleacă spre ombilic. În jurul acestei bride, torsiunea mezenterului. Secțiunea bridelor și detorsiunea mezenterului. Mersul postoperator: sucombă cu fenomene de insuficiență cardiacă.

Obs. No. XIV. Bolnava A. J.: 28 ani, vine la Clinică cu fenomene abdominale acute.

Antecedente colaterale fără importanță.

Antecedente personale: febră tifoidă la 14 ani; 2 nașteri normale, un avort provocat.

Istoric: de 4 săpt. dureri abdominale difuze, vărsături și grețuri. De 4 zile dureri mai accentuate în fosa ileacă dreaptă și regiunea periumbilicală dreaptă. Vărsături, ascensiuni febrile.

Ex. general: starea generală bună, temp. 37°2, puls 96.

Local sensibilitatea difuză generalizată. Punctul Mc Burney sensibil; sensibilitate pronunțată aproape de omblic, ceva în dreapta și dedesubtul lui.

Dgs. preoperator: apendicită acută.

Incizie Roux. Apendicectomie (apendicită cronică) se explorează mai departe și se constată la 30 cm. de valvula ileocecală, un D. M. seroasa injectată și câțiva noduli inflamatori în grosimea lui.

Rezecția diverticolului. Sătură. Vindecat.

Obs. No. XV. Bolnavul H. St. 19 ani, vine la Clinică cu fenomene abdominale acute.

Antecedente fără importanță.

Istoric: de 2 zile grețuri și vărsături, ascensiuni febrile, cefalee. De o zi dureri abdominale, cu iradieri înspre fosa iliacă dreaptă. Constipație.

Ex. general: starea generală relativ bună, temp. 38°, puls 100.

Ex. local: abdomenul normal conformat, la palpare sensibilitate cu defensă în fosa iliacă dreaptă. Sensibilitate pronunțată paraumbilicală. Semnul psoasului pozitiv.

Apendicectomie de urgență (apend. gangrenoasă). În plus se constată un D. M. la 25 cm. de valvula ileocecală, cu baza largă de implantare. Diverticolul îngroșat, congestionat pe întreaga suprafață.

Rezecția diverticolului. Sătură. Vindecat.

Obs. No. XVI. Bolnavul St. B. 5 ani, intră în Clinică în 3. XI. 1921. Antecedente heredo-colaterale și personale fără importanță.

Istoric: Vine în Clinică pentru o afecțiune care datează de la naștere. Părinții copilului au remarcat în regiunea ombilicală o tumoretă, care nu i-a cauzat nici un rău.

Ex. general: nu se constată nimic particular.

Local, se constată în regiunea ombilicală o tumoretă ci-

lindrică, care în vârf prezintă o lipsă de epiteliu, care face ca tumoreta să prezinte o fistulă, din care se scurge un lichid sero-mucos. Tumora este ireponibilă, dură, indoloră.

Diagnostic: diverticol al ductului omfalomezenteric (fistulă ombilicală).

Intervenție: omfalectomie, rezecția diverticulară. Sufură. Vindecat.

Obs. No. XVII. Bolnavă R. E. 13 ani, vine în Clinică cu fenomene abdominale acute, cari datează de 24 ore. Antecedente colaterale fără importanță.

Antecedente personale: difterie în copilărie. La 6 ani dizenterie? Cu 3 ani în urmă icter.

Istoric. Boala actuală a debutat brusc cu o zi înainte de venirea în Clinică, cu dureri în fosa iliacă stângă, dureri sub forma de colice, cari alternau cu perioade de acalmie. I s'a administrat un purgativ, fără efect, bolnava având vărsături. Durerile continuă, fiind însoțite de greață, vărsături alimentare, bilioase. A 2-a zi durerile sunt localizate în fosa iliacă stângă și dreaptă. Constipație. N'a observat scaune sanghinolente în ultima vreme.

Ex. general: starea generală gravă, temp. 38°,6 puls 140.

Ex. local: abdomenul ușor balonat, sensibilitate pe întreaga suprafață, mai accentuată în fosa iliacă stângă, dreaptă și periombilical. Diagnostic preparator: apendicita gangrenoasă.

Intervenție de urgență pentru apendicectomie. Se constată un apendice normal, care nu poate explica fenomenele grave ale tabloului clinic și peritonita, care se constată local. Se explorează mai departe, se constată la 50 cm. de valvula ileocecală, un D. M. cu bază mare de implantare, perforat în apropierea bazei.

Rezecția diverticolului, drenaj al Douglasului și laterocolic. Sufură.

Postoperator: ser antiperitonitic, decurs normal, vindecat.

Obs. No. XVIII. Bolnavul M. P. 61 ani, vine în Clinică cu fenomene abdominale grave.

Antecedente colaterale și personale fără importanță.

Istoric: Bolnav de 12 zile, debut brusc, cu dureri mari

abdominale, difuze, vărsături abdominale. Constipat de 3 zile.

Ex. general: Starea gen. alterată, temp. 38° puls 90.

Examen local: în fosa iliacă dreaptă, o tumefacție de mărimea unui pumn, dureroasă la presiune, ireductibilă, tegumentele de aspect normal. Tușeul rectal negativ.

Intervenție: hernio-laparotomie dreaptă, se deschide canalul inghinal, se deschide un sac herniar, din care se scurge o cantitate considerabilă de puroi. Conținutul sacului este format de un diverticol Meckel, aderent de sac, gangrenos și perforat, din care se scurg materii fecale.

Extirparea diverticolului, anus iliac drept.

Post. op.: peritonită generalizată, sucombă.



INCHEERE.

Studiind cazuistica afecțiunilor diverticulare din Clinica Chirurgicală din Cluj și comparând-o la literatura existentă, se poate vedea că diverticulitele propriu zise sunt rare, în sensul că nu sunt diagnosticate și tratate în clinică în baza de debut, pe când fenomenele ocluzive prin diverticolul Meckel sunt mult mai frecvente.

Aceasta s'ar putea explica întâi prin faptul că afecțiunea are un debut cu fenomene atenuate, sub forma de dureri abdominale vagi, periombilicale, cari apar periodic și cari îngreuiază foarte mult diagnosticul. Un asemenea caz, văzut de medic de obicei este etichetat ca un drenaj gastro-intestinal, neputându-se face un diagnostic de apendicită cu absolută certitudine.

Un al doilea fapt, care face ca afecțiunea să fie rar întâlnită în clinică, ar putea fi un factor de ordin social, educativ, din cauza durerilor abdominale vagi, mai mult periombilicale, bolnavii singuri își pun diagnosticul de „indispoziție gastrică“, neputând atribui acestor dureri alte cauze, ignorând existența diverticulitei.

Tot din aceasta cauză ei nu se prezintă la medic în fazele de debut ale diverticulitei.

Cu totul altfel se prezintă cazurile de debut ale apendicitei. O durere cât de puțină intensă, localizată net în fosa ileacă dreaptă, însoțită și de vărsături, înseamnă pentru public: apendicită, și în spiritul de azi „operație“, bolnavii solicitând imediat ajutorul medicului.

În schimb, bolnavii cari prezintă o diverticulită ignorată, vin în clinică atunci când se instalează fenomenele abdominale acute și grave, manifestate prin ocluzii diverticulare. Se poate spune că majoritatea ocluziilor diverticulare au la bază o diverticulită anterioară, ce a trecut neobservată și care a facilitat prin dese accesese instituirea bridelor și aderențelor.

Aceasta s'ar putea deduce și din faptul că majoritatea bolnavilor cu ileus diverticular, prezintă în istoricul lor fenomene abdominale vagi, cari în dela 3 săptămâni la 3 ani; iar atunci când, în decursul operației, se adeverește existența diverticolului, suntem îndreptățiți să facem legătura de cauzalitate între fenomenele abdominale din antecedente și diverticol.

Mortalitatea din Clinică Chirurgicală din Cluj pentru afecțiunile diverticulare mai ales pentru cele cu manifestări abdominale acute, este mare tot din pricina factorului social și educativ, deja amintit: bolnavii (pătura socială care solicită îngrijire în clinică) vin la clinică numai după declanșarea fenomenelor abdominale supra-acute, și încă după un interval, care variază pentru cazurile expuse între 24 ore — 7 zile, dela instalarea lor. Aceasta întârziere și neglijență din partea bolnavilor, nu fac decât să întunece prognosticul și să mărescă mortalitatea acestor afecțiuni.

Din cele 17 cazuri cu manifestări abdominale acute, 3 sunt în vârsta de peste 50 ani (cazurile V—XIII—XVI) un caz (X) la vârsta de 10 ani, unul (XVII) la vârsta de 13 ani. Restul (12 cazuri) este repartizat între 16—38 ani, predominând etatea de 19 ani, (de cinci ori din 12).

Din totalul cazurilor (18), 15 sunt bărbați, 3 femei.

În toate cazurile cu manifestări abdominale acute s'au făcut intervenții de urgență.

În 7 cazuri găsim un istoric ce datează de 3 săpt. — 3 luni — 3 ani. Timpul trecut dela instalarea fenomenelor acute și până la intervenție variază pentru aceste 7 cazuri între 2—4 zile. În aceste 7 cazuri s'a practicat extirparea diverticolului, urmată de 6 vindecări, 1 exitus.

În 10 cazuri nu putem găsi în antecedentele mai îndepărtate, fenomene cari să fie în legătură cu fenomenele abdominale acute actuale. În aceste 10 cazuri, manifestările abdominale acute se instalează mai brusc ca în celelalte 7 cazuri, iar timpul trecut până la venirea în clinică variază între 24 ore și 7 zile. În toate aceste cazuri s'au constatat leziuni mai grave ca în celelalte 7 deja amintite, necesitând intervenții mai complexe: enterostomii, entero-anastomoze, etc., urmate de trei vindecări și 7 sucombări.

SI BUCURESTI



[The text in this section is extremely faint and illegible due to the quality of the scan. It appears to be several paragraphs of a document.]

CONCLUZIUNI.

1. Diverticolul Meckel este un rest congenital asemănător din punct de vedere histologic cu intestinul subțire. Cercetările mai noi adaugă acestei histologii normale, țesuturi heterotopice (mucoasă gastrică, duodenală, intestin gros, țesut pancreatic aberant), cari pot da naștere la afecțiuni bine determinate ale diverticolului.

2. Afecțiunile diverticolului Meckel, îndeosebi cele cu manifestări abdominale prezintă încă dificultăți de diagnostic precis, datorită unei lipse de simptomatologie patognomonică, care nu s'a putut grupa încă sub formă de sindroame.

3. Ulcerul meckelian, izolat abea în ultima vreme, pare aș păstra o oarecare independență simptomatologică. Îi sunt caracteristice crizele dureroase și crizele hemoragice, în cadrul vârstei copilăriei.

4. Diverticulitele păstrează încă în debutul lor, tabloul abdominal apendicular, care poate sugera uneori diagnosticul, prin confuzia tabloului, în ce privește debutul și localizarea durerii.

5. Ileusurile produse de prezența diverticolului Meckel, nu pot fi diagnosticate preoperator, încadrându-se și ele în complexul sindrom al ocluziilor.

6. Diagnosticul preoperator al acestor afecțiuni diverticulare, în marea majoritate a cazurilor, nu se poate face cu certitudine. Aceasta nu prezintă însă o importanță prea mare, fiind în genere vorba de afecțiuni cari necesită o intervenție de urgență. Ceeace trebuie însă reținut, este faptul că, ori de câte ori, în decursul unei operațiuni pe abdomen, mai ales pentru apendicită, tabloul local nu explică suficient de bine fenomenele clinice, chirurgul trebuie să se gândească și la posibilitatea existenței unui diverticol bolnav și să exploreze în această direcție.

7. Manifestările ombilicale ale diverticolului Meckel atrag totdeauna atenția și dau posibilitatea unui diagnostic preoperator.

8. Prognosticul și mortalitatea afecțiunilor diverticulare, cu deosebire a celor cu manifestări abdominale, rămâne serios. Acest prognostic și mortalitate își păstrează gravitatea lui datorită complicațiilor din vecinătate, cari dau naștere la asociațiuni patologice foarte grave.

Văzută și bună de imprimat:

Decanul Facultății:

ss. Prof. Dr. I. DRĂGOIU.

Președintele tezei:

ss. Prof. Dr. AL. POP:



BIBLIOGRAFIE.

Aschner et Karelitz. Ulcère peptique du diverticule de Meckel et de l'iléon. *Annals of Surgery*, Avril 1930, No. 4, p. 573.

Blanc. Contribution à la pathologie du diverticule de Meckel. Thèse de Paris, 1898—1899.

Brasser. Ulcère peptique perforant du diverticule de Meckel. *Centralbl. f. Chir.* 1924, t. LI 2423.

Burger, (W). Ueber das Meckel'sche Divertikel mit Magenschleimhaut, Inaug. Dissert., Heidelberg, J. Hörning, 1932.

Bianchetti. Un nouveau caz d'iléus aigu par diverticule de Meckel. (*Ospedale Maggiore di Novara*, an. IX, No. 5, Mai 1932 p. 223—230).

Bégouis (P.)—Bougeois. (H.) etc., etc. Précis de pathologie chirurgicale. V. T—VI. Ed. Masson Comp. Paris 1937. 8^o (in special vol. IV.).

Callender. Glandes gastriques dans le diverticule de Meckel. *Ann. J. Med. Sc.*, 1915, p. 69.

Cazin. Étude anatomique et pathologique des diverticules de l'intestin. Thèse Paris, 1862.

Cobb (D. B.). Ulcère peptique perforé du diverticule de Meckel. *Annals of Surgery*, 1931, No. 2, p. 256.

Denecke. Inflammation et gangrène du diverticule de Meckel. *Deutsche Zeits. f. Chir.*, 1902, t. LXII, p. 523.

Fèvre. Hernie étranglée incomplètement réductible par persistance dans le sac d'un diverticule de Meckel. *Soc. de Pédiatrie*, 20 Oct. 1930.

Fèvre. Manifestation clinique du diverticule de Meckel. *Gaz. Méd. de France*, 1-er Avril 1932.

Forgue. Pathologie externe. t. I—II. Doin, Paris 1935.

Forgue et Riche. Le Diverticule de Meckel (Doin, Paris 1907).

Gheorghiu. (C.). Ulcer al diverticolului Meckel perforat, peritonită. *Com. făcută la Soc. Med. Cluj*, 4 VI. 1938. (*Clujul Medical* No. 11, p. 694).

Goodman (B. A.). Meckel's Diverticulum; Its incidence and significance etc. *Archives of Surgery*, vol. 36, No. I, Jan. 1938, p. 144—162.

Guibal. Ulcère peptique d'un diverticule de Meckel provoquant des hémorragies intestinales profuses. Operation, guérison. *Soc. Nationale de Chir.* 1924 p. 349.

Haberer (Von). Remarques sur les complications causées par le diverticule de Meckel. *Deutsch. Zeits. f. Chir.* t. CCXXV, Juillet 1930, p. 131.

Hilgenreiner. Occlusion intestinale par diverticule de Meckel. *Beitr. z. Klin. Chir.* 1903, t. XL, p. 99.

Hutinel (J.), Fèvre et Fraisse. Ulcérations et hémorragies ombilicales dues à un diverticule de Meckel. *Soc. de Pédiatrie*, Déc. 1930.

Lenormant. (Ch.). Précis de Diagnostic Chirurgical, vol. I—IV. 8^o. Ed. Masson comp. Paris, 1937.

Lauwers (E. E.). Introduction à la Chirurgie digestive. 8^o. Ed. Masson. Comp. Paris 1937, p. 4—102—148.

Meyer. Contribution à l'étude de l'inflammation du diverticule de Meckel. Deutsche Zeitsch. f. Chir. 1918, t. CXII, p. 346.

Mondor (H.). Diagnostics urgents. Abdomen. Vol. I—II. Ed. Masson Comp. Paris 1937. (vol. I. p. 267—306).

Mondor (H.). Ulcères dits peptiques du diverticule de Meckel. Soc. Nat. de Chir. 4 Juin 1930.

Mondor et Lamy. Ulcères du diverticule de Meckel. J. de Chir. t. XLI p. 553—580.

Mica (B.). Occlusion intestinale par diverticule de Meckel. (Minerva medica, au XXIII, No. 34, 25 Août 1932, p. 247—253).

Onaca et Saffa. Tetanie grave dans un cas d'occlusion intestinale par diverticule de Meckel. (Zentrblt. f. Chir. t. LIX, No. 33, 13 Août 1932, p. 1981—1983).

Ombredanne (L.). Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile 8^o. Masson comp. Paris 1932. (p. 663—665).

Rosthorn. Contribution à l'étude des fistules ombilicales congénitales. W. Klin. Wochen. 1889, No. 7.

Salzer. Des diverticules de Meckel ouverts. W. Klin. Wochen. 1904 No. 21.

Stern (W.). Traité de diagnostic chirurgical. 9-e Ed. Doin Paris 937.

Testut (L.). Traité d'anatomie humaine, vol. I—V. 8^o. Ed. Doin Comp. Paris 1931. (Vol. IV, p. 312.).

Winkelbauer. Maladies chirurgicales du diverticule de Meckel. W. Klin. Wochen 1929. No. 30, p. 989.

Womack (N. A.) Eiegert (R. B.). (Ann. of. Surgery, v. 108, No. 2, p. 221—236, 1938.