

## TABLOUL CLINIC ȘI ASPECTELE CHIRURGICALE ALE LIMFADENITEI MEZENTERICE ACUTE NESPECIFICE

*Prof. Dr. Mátyás M., Hirsch E., Dr. Egető B.*

Deși destul de frecventă, limfadenita mezenterică acută nespecifică este o afecțiune puțin cunoscută la noi. Existența acestui tablou clinic nu este unanim acceptată în literatura mondială. Din momentul în care am reușit să punem diagnosticul la primul caz în clinica noastră, am întâlnit tot mai multe cazuri, în care bolnavii operați cu indicația de apendicită acută, prezentau în mod surprinzător tabloul limfadenitei mezenterică. Ocupându-ne de această problemă, am fixat ca o regulă generală de conduită, ca în toate cazurile operate, când apendicele nu prezintă o leziune gravă, să se examineze mezentereul, pentru a ne da seama dacă nu cumva este vorba de o limfadenită mezenterică acută nespecifică (prescurtat: l. m. a. nespec.). În prealabil bineînțeles vom elimina în aceste cazuri posibilitatea unei ascaridoze sau a unui diverticol intestinal al lui Meckel.

Importanța l. m. a. nespec. constă în faptul că ea interesează atât pe internist cit și pe pediatru și chirurg, deoarece este una din cauzele cele mai frecvente ale durerilor abdominale la copii și totodată creează dificultăți în precizarea diagnosticului și la adulți. Cele mai multe monografii și tratate de chirurgie nu amintesc de această boală. Unii autori afirmă că ganglionii limfatici tumefiați sînt de natură tuberculoasă. În cazul cînd se efectuează o apendectomie în urma unui diagnostic greșit de apendicită acută, cum de altfel s-a întâmplat în multe cazuri de ale noastre, prin aceasta nu pricinuim bolnavului nici-o daună. Putem comite însă erori regretabile, dacă considerăm aceasta hipertrofie a ganglionilor ca fiind de natura tuberculoasă, cauzînd prin aceasta neliniște și cheltuieli inutile atât bolnavilor cit și familiilor acestora.

În ultimii ani, frecvența cazurilor de l. m. a. nespec. a crescut simțitor fapt confirmat și de datele literaturii medicale mondiale. Aceasta se datorește, printre altele faptului că în ultimul timp atenția generală s-a îndreptat tot mai mult în această direcție

### *Anatomia patologică.*

Substratul anatomic-patologic al acestei boli constă în tumefacția ganglionilor mezenterică în urma unei inflamații acute.

Descrierea anatomic-patologică și fiziopatologică a afecțiunii se găsește în lucrările lui Wilensky, Foster și Klein. Localizarea grupelor ganglionare tumefiate în dependență de progresiunea afecțiunii poate fi de 3 feluri: 1. ganglioni așezați juxta-intestinal, în porțiunile cele mai distale ale ileonului; 2. ganglioni situați de-a lungul vaselor nutritive ale acestuia; 3. ganglioni așezați de-a lungul trunchiului vascular

principal mezenteric. Cele trei grupe se pot îmbolnăvi simultan, dar și în aceste cazuri, în stadiile incipiente, se tumefiază la început grupele ganglionare paraintestinale. Limfonodulii ante- și retrocecali se pot îmbolnăvi la fel, simultan sau separat. Uneori ganglionii tumefiați, în caz de acces precoce, au un aspect rozaceu, dar de cele mai multe ori prezintă un aspect alb caracteristic. În stadiile următoare ale bolii, când se tumefiază ultimele două grupe, ganglionii sînt totdeauna foarte albi. Limfonodulii sînt la început moi, suculenți, mai tirziu elastici, devenind apoi de o consistență dură. Ei spre deosebire de ganglionii tuberculosi se calcificiază rareori. De asemenea pot sursura, dar aceasta este consecința unei infecții microbiene supraadăugate. Ambele foițe peritoneale, care acoperă ganglionii mezenterici superiori tumefiați prezintă un aspect hiperemic, mai ales în jurul inserției mezenterului, pe cînd peritoneul parietal anterior este aproape întotdeauna intact, inflamația lui constituind o excepție. Ileonul, uneori cecul, precum și apendicele prezintă un edem ce cuprinde toate straturile lor. Această inflamație a intestinului poate fi găsită numai în stadiile cele mai precoce, dar nu este constantă. Porțiunea terminală a ileonului se poate îmbolnăvi pe o întindere mai scurtă sau mai lungă. Inflamația intestinului este însoțită adesea de un transsudat, în urma căruia putem găsi în cavitatea abdominală o cantitate mică de lichid sero-citrin.

Histologic, ganglionii prezintă fenomene de inflamație nespecifică, hiperemie și hiperplazie celulară. După părerea majorității autorilor, atît limfonodulii extirpați, cît și transsudatul sînt sterile. Adesea în preparatul histologic nu se observă caractere de inflamație, ci numai hiperplazie celulară.

#### *Simptomatologie.*

De obicei se îmbolnăvesc copiii, de gen masculin trecuți de vîrsta de sugăr, dar în literatură se găsesc descrise și cazuri între vîrsta de 10 luni și 70 de ani.

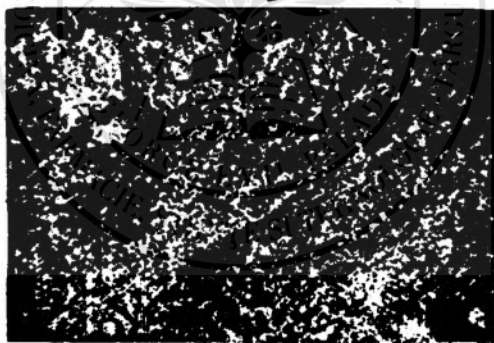
Boala se prezintă sub formă de colici abdominale violente, care sînt mai acute și mai alarmante decît colicile apendiculare din copilărie. Aceste colici violente sînt întrerupte de perioade de completa acalmie și este surprinzător faptul, că în acest timp starea subiectivă a bolnavului este foarte bună. În timpul colicilor copilul se mișcă liber, ceea ce este neobișnuit în caz de apendicită. Bolnavul suferind de apendicită acută, își poate localiza cu precizie punctul maxim al durerii, pe cită vreme bolnavul suferind de l. m. a. nespec. semnalează punctul maxim al durerii în regiunea ileo-cecală pe o întindere neprecis limitată. De obicei cînd chirurgul examinează bolnavul pentru prima oară, acesta îi vorbește despre un acces anterior și de cele mai multe ori prezintă în antecedente chiar mai multe accese. Primul acces poate fi însoțit de greață și vărsături. Diareea survine în mod excepțional. În schimb, anginele și infecțiile căilor respiratorii superioare sînt mai frecvente. Examenul clinic în cele mai multe cazuri nu poate adăuga nimic la cele de mai sus. Starea generală a bolnavului nu este rea, el este doar istovit din cauza durerii, putînd prezenta un facies vultuos sau dimpotrivă avînd o înfățișare palidă. El se mișcă liber în timpul examenului medical. Temperatura se poate ridica la 38—39 °C, sau chiar peste aceasta. În prima zi găsim aproape fără excepție o leucocitoză pronunțată, numărul globulelor albe ridicîndu-se pînă la 15—20.000, cu neutrofilele pînă la 80%, sau chiar mai mult. Leucocitoza scade de obicei începînd din ziua 2-a a îmbolnăvirii. Ea se produce deci mai repede, este mai pronunțată, dar de o durată mai scurtă decît în apendicită. Hiperemia vie a faringelui despre care am mai vorbit, însoțește de regulă l. m. a. nespec.

La examenul abdomenului constatăm prin palpate, sensibilitate în fosa iliacă dreaptă, sensibilitate care este aproape de linia mediană, sub nivelul ombilicului, pînă în dreapta acestuia. În cazul cînd limfonodulii-mezenterici superiori iau parte la procesul patologic, depistăm sensibilitatea prin palpate, în regiunea epigastrică. Dacă procesul se întinde și în partea stîngă, atunci sensibilitatea se găsește și în partea corespunzătoare. Mușchii abdominali din dreapta prezintă aproape întotdeauna un tonus crescut față de cei din partea opusă, fără a fi vorba însă de o contractură, ei relaxîndu-se la o presiune puțin intensă dar susținută.

Semnul lui Blumberg este adesea pozitiv, mai ales atunci cînd foița peritoneală mezenterică sau scroasa intestinului sînt inflamate. Uneori palparca fosei iliace stingi



*Fig. 1. Tabloul histologic al celui de al 3-lea caz. Centrul germinativ mărit cu celule reticulare în proliferație. Oc. 15x, obs. 25x.*



*Fig. 2. Tabloul histologic al celui de al 3-lea caz: Sinusuri medulare lărgite cu înmulțirea celulelor reticulare și a leucocitelor. (Catar sinusal). Oc. 15x. obs. 25x.*

provoacă dureri în partea centrolaterală. Unii autori susțin că așa numita sensibilitate migrantă este un semn patognomic pentru aceasta afecțiune. Pentru a provoca sensibilitatea migrantă, stăbilim punctul maxim al durerii, în timp ce bolnavul se află în decubit dorsal. Culcînd bolnavul pe partea stînga punctul maxim al sensibilității se deplasează după cîteva minute în spre linia mediană, sau chiar dincolo de aceasta. Uneori, acest simptom poate fi pozitiv și în caz de apendicită acută, dacă ceul este mobil.

Ganglionii tumefiați, de cele mai multe ori, nu pot fi palpați, nici chiar aceia care se găsesc la rădăcina mezenterului fixați de peretele abdominal posterior. Diagnosticarea lor prin percuție nu este de asemenea posibilă, dat fiind volumul lor mic.

Uneori se pot întîlni forme cronice ale bolii. În aceste cazuri accesele revin, dar numai după o perioadă asimptomatică de cîteva luni. În cazul cînd avem o stare prelungită de prostrație cît și reapariția frecventă a febrei și a durerii, acestea pledează mai mult pentru tuberculoză, decît pentru o adenită nespecifică. Afirmația de mai sus a fost confirmată și de biopsiile executate cu ocazia laparotomiilor.

### *Diagnosticul diferențial.*

Acesta se face în primul rînd cu apendicita acută și cu tuberculoza.

Colicile acute urmate de perioade de acalmie completă, faptul că micii bolnavi se agită și dau din picioare în timpul acceselor, localizarea sensibilității mai sus și median, sensibilitatea migrantă cît și dispariția apărării musculare sub apăsarea uniformă și susținută a mîinii examinatorului, toate la un loc ne arată că nu este vorba de o apendicită. Între anii 1943—44, Aird a executat numai de trei ori apendectomii pe bază de diagnostic greșit. Nici un caz de l. m. a. nespec. diagnosticat de el nu s-a dovedit ulterior a fi o apendicită. La noi aceste erori sînt cu mult mai dese, deoarece nu dispunem nici noi, nici pediatrii de experiența suficientă în stabilirea diagnosticului.

Nu este totdeauna ușor a pune diagnosticul diferențial dintre l. m. a. nespec. și tuberculoză. În cazurile de tbc. leucocitoza lipsește, abdomenul este aproape suplu, pachetul de ganglioni măriți și aderenți, se palpează aproape totdeauna, durerea este constantă și în intervalul dintre accese. Este recomandat să nu ne grăbim a pune diagnosticul de tuberculoză la bolnavii ce nu se operează, în afară de cazul cînd la aceștia găsim și alte semne de tuberculoza (gît, pulmon, etc.). Dacă problema se ivește în decursul operației, diagnosticul de tbc. este confirmat numai în cazul cînd se observă tuberculi superficiali, sau dacă ganglionii sînt aderenți formînd pachete, sau biopsia confirmă diagnosticul de tuberculoză.

Alte forme de hipertrofia ganglionilor mezenterici produc rar simptome abdominale. Ganglionii prinși într-un proces malign se pot recunoaște intraoperator după caracteristicile lor specifice. În caz de mononucleoza infecțioasă și limfadenoză, se găsesc ganglioni tumefiați și în celelalte părți ale organismului. Numărul de globule albe și reacția Paul-Bunell furnizează date prețioase în diagnosticul mononucleozei.

Ascaridoza produce de asemenea în unele cazuri hipertrofia limfonodulilor mezenterici. Zylka (Zentralbl. f. Chir. 1952. No. 50) caută o corelație etiologică între hipertrofia ganglionilor limfatici și ascaridoză. După el, hipertrofia ganglionară, este produsă de larvele și toxinele ascarizilor. După cîteva ore de la infestație, larvele se găsesc deja în limfonoduli (Fulehora), producînd mai tîrziu scleroza acestora. Prezența lor în căile limfatice mezenterice duce la mezenterită. În afară de acțiunea lor mecanică, ascarizii dacă pătrund în peretele intestinal pot produce așa numitele abcese parietale. Aceiași lucru se întîmplă și în cazurile de pentastomium, trichină, amoebă, etc. Welker, care s-a ocupat foarte mult de această problemă, consideră reacțiile petrecute în ganglioni ca o toxicoză de rezorbtie. În cazurile de helmintiază găsim și o eozinofilie, ca o expresie a stării de alergje. Tot Welker studiînd un număr mare de bolnavi, a creat noțiunea de limfadenită mezenterică ascardiană, în mod analog cu limfadenita mezenterică oxidurică. Histologic autorul găsește o reacție inflamatorie nespecifică, mergînd de la catarul sinusal pînă la calcifierea lui Ganglionii calcificați sau calcificați fără structură, se deosebesc foarte greu de ganglionii tuberculoși.

## Patogeneza.

L. m. a. nespec. trebuie considerată ca o afecțiune a cărei cauze pot fi numeroase, dar simptomele ei clinice sînt așa de caracteristice încît în stadiul actual al cunoștințelor noastre trebuie să o considerăm ca o entitate morbidă aparte. *Foster, Adams și Olney* consideră boala drept o infecție cu poartă de intrare apendiculară. Într-adevăr, în cîteva cazuri apendicele și părțile învecinate ale ileonului, prezintă aceeași hiperemie și inflamație seroasă. Originea apendiculară a adenitei nespecifice poate fi cu greu acceptată, dacă ținem seamă de faptul că limfonodulii paraileali se tumefiază în stadiile precoce ale adenitei, în timp ce în apendicită această tumefiere are loc numai în cazul cînd între timp a survenit perforația sau peritonita. Vasele limfatice ale apendicelui se varsă în ganglionii ileo-colici și de acolo direct în grupul mezenteric superior, prin urmare calea propagării infecției este comună.

După părerea lui *Felsen* agenții patogeni din grupul dizenteriei pot fi responsabili de această afecțiune, dar izolarea lor din scaun nu a reușit *Klein* a găsit probe pozitive de aglutinare numai la 3 dintre cei 30 de bolnavi ai săi.

Rolul tuberculozei în declanșarea afecțiunii poate fi exclus pe următoarele considerente: lipsa tuberculelor macroscopici, lipsa conglomeratelor și a cazeificărilor, negativitatea analizelor histologice și bacteriologice, negativitatea culturilor și a inoculărilor la animale. *Rosenburg* a găsit reacția la tuberculină pozitivă într-un procentaj mai mic în cazuri de adenită nespecifică, decît în alte îmbolnăviri abdominale acute nespecifice.

Unii autori considera afecțiunea de natură virotică. Virusul ajunge prin mucoasa intestinală în vasele limfatice din submucoasă și de acolo în ganglionii mezenterici. Această ipoteză este susținută de faptul, că din ganglionii inflamați nu au putut fi izolați niciodată microbi.

*Adams și Olney* consideră afecțiunea drept o infecție virotică generalizată. După observațiile lor, în căile respiratorii superioare se petrec fenomene de inflamație catarrală și nu se poate nega, că virusul ar fi pătruns în organism prin aceste căi. Alți autori nu au putut confirma observațiile de mai sus. Se poate bănui o oarecare corelație, în înțelesul mai larg al cuvîntului, între l. m. a. nespec. și ileita regională descrisă de *Crohn*, pe care noi o numim ileită terminală. În caz de ileită terminală tumeficația ganglionară mezenterică este identică cu aceea întîlnită în caz de adenită nespecifică. Aceste două afecțiuni vor putea fi diferențiate din punct de vedere etiologic numai atunci cînd se va cunoaște factorul etiologic al uneia sau a ambelor îmbolnăviri respectiv cînd se va putea clarifica mecanismul patogeniei lor.

## Tratamentul.

În ceea ce privește tratamentul nu sînt prea multe de spus. Unii recomandă apendectomia. *Foster* afirmă că bolnavii apendectomizați se plîng rareori de reapariția durerilor, în opoziție cu bolnavii tratați în mod conservativ, care revin de obicei cu aceleași acuze. Afirmările lui nu sînt convingătoare deoarece părinții copiilor nu se alarmează decît atunci cînd copiii lor prezintă colici abdominale puternice, iar micii bolnavi numai atunci sînt aduși la medic. *Rosenburg* studiind în mod atent decursul afecțiunii, ajunge la aceeași concluzie ca și *Olney* și *Adams* și anume la aceea că apendectomia nu influențează în fond evoluția bolii. Din cele expuse autorii trag concluzia că intervenția operatorie nu prezintă avantaje dacă diagnosticul este cert, iar tratamentul conservator, expectativ ar fi de preferat. După părerea noastră intervenția chirurgicală contribuie fără îndoială și la liniștea sufletească a chirurgului, deoarece numai puțini dintre aceștia dispun de o experiență atît de bogată încît să poată pune diagnosticul diferențial cit mai aproape de adevăr.

## Cazuri observate și operate în clinica noastră.

Trebuie să menționăm că sîntem printre primii care am întreprins studiul acestei afecțiuni puțin cunoscute la noi și ca numărul cazurilor noastre este destul de mic, în total 11. O deficiență a lucrării noastre este aceea că observațiile noastre numai în parte sînt confirmate prin examene anatomo-patologice

**Cazul Nr. 1.** C. R. fetiță de 6 ani. Internată în clinică la 25 V 1953. La vârsta ei un an prezenta o enterită. Cu 48 de ore înainte de internare prezintă colici severe în etajul inferior al abdomenului cu predominanță în partea dreaptă. Colicile alternează cu perioade asimptomatice. După afirmația mamei, la domiciliu a avut 3 accese. Vărsături n-a avut. Examenul fizic arată că fetița este slab dezvoltată și nu prezintă semne care să pledeze pentru tbc. (radioscopia toracică este negativă, limfadenită tuberculoasă nu se observă). Se constată o sensibilitate difuză a întregului abdomen, mai accentuată în punctul Mac Burney. Semnele psoasului, Rovsing și Blumberg sînt pozitive. Numărul leucocitelor este de: 10.200. Temperatura 37,5 C°. Se pune diagnosticul de apendicită acută. La intervenție găsim un cec relativ fixat, vedem și palpăm un număr mare de ganglioni mezenterici variind de la dimensiunea unei alune, pînă la aceea a unei nuci mici. Partea terminală a ileonului ceva mai tumefiată, prezintă semne de inflamație. Operatorul necunoscînd tabloul clinic al l. m. a nespec. pune diagnosticul de ileită terminală cu semnul întrebării și execută apendectomia Vindecarea per primam, fără complicații. Biopsia unui limfonodul extirpat: limfadenită (infiltrație leucocitară și hiperplazie).

În acest caz, fără să cunoască tabloul clinic al adenitei nespecifice, medicul operator a descris aspectul găsit la operație atît de exact, încît cititorul foi de observație, mai experimentat în aceste chestiuni, a putut face îndată diagnosticul real. În sprijinul diagnosticului pledează faptul că bolnava a avut acasă mai multe accese dar mai ales aspectul sănătos al apendicelui extirpat și tumefierea generală a ganglionilor limfatici mezenterici. Faptul că afecțiunea a fost confundată cu ileita terminală confirmă diagnosticul așa cum am arătat mai sus. Aspectul histologic a fost foarte apropiat de cel tipic.

**Cazul Nr. 2.** M. N. fetiță de 7 ani. Internată în clinică la 20 XI. 1953. Debut acut, cu fenomene apendiculare. Numărul leucocitelor este de 12.000. La intervenția chirurgicală găsim intestinale hiperemiate, dar apendicele, în opoziție cu simptomele grave dinainte de operație, abia prezintă oarecare modificări. În mezențer se află un număr mare de limfonoduli măriți. Nu găsim ascariți, diverticulul lui Meckel și nici lichid în cavitatea abdominală. Intestinele sînt dilatate.

**Cazul Nr. 3.** T. M. fetiță de 9 ani internată la 1 XII. 1953. Debut în urmă cu 24 de ore. Părinții relatează că fetița a avut mai multe accese însoțite de vărsături. Între accese a prezentat perioade de acalmie. Scaunul și emisiunile de gaze au fost în cantitate redusă. Bolnava este inapetentă. La examenul clinic se constată o sensibilitate difuză a întregului abdomen, fără apărare musculară. Se presupune o invaginație ileo-cecală, dar aceasta nu se confirmă în timpul intervenției. Din cauza hiperemiei vechului și a apendicelui se execută apendectomie. Între foiele mezenterului se găsesc limfonoduli măriți, dintre care unul este extirpat și trimis pentru examen anatomicopatologic. Rezultatul examenului histologic: limfadenită cronică hiperplazică.

**Cazul Nr. 4.** S. M. băiat de 5 ani. Internat în ziua de 7 XII 1953. În antecedente a avut hepatită și gastrită. În ziua internării bolnavul prezintă dureri abdominale și greață. La examenul fizic se constată o sensibilitate difuză a întregului abdomen, cu o ușoară apărare musculară. Leucocitele sînt în număr de 15.000. Temperatura este de 38,9 C°. Se pune diagnosticul de apendicită acută. Peritonită? Se execută laparotomie mediană inferioară, cu care ocazie se găsesc numeroși ascariți în intestinul subțire. Apendicele lung de cca 12 cm. prezintă o inflamație catarală. În mezențer se constată un număr mare de limfonoduli consistenți, de mărimea boabelor de mazăre sau de fasole. Se execută o apendectomie. Diagnosticul postoperator este: ascarioză, l. m. a. nespec. apendicită catarală. Chirurgul care a executat intervenția, a găsit un apendice ușor inflammat, dar asistînd și noi la operație am pus diagnosticul de l. m. a. nespec. pe baza celor constatate. Aspectul intraoperator a fost foarte caracteristic. Mezențerul era plin în porțiunea sa cranială și chiar și în partea sa stînga cu limfonoduli de culoare albă și de consistență fermă așezați strîns unul lîngă altul. Tabloul găsit amintea de imaginea unei străzi pavate sau de aspectul caracteristic al conjuncției primăvăratică. Autorii au stabilit diagnosticul de l. m. a. nespec. cu toate că

au găsit și ascarizi, deoarece aspectul macroscopic al ganglionilor mezenterici pleda pentru aceasta. Intervenția chirurgicală, după cum am amintit, s-a executat prin laparotomie mediană inf. având în vedere dg. preoperator dubios. Această incizie largă ne-a permis să examinăm mezenterul aproape în întregime. În general credem că este recomandabil, în cazul cînd diagnosticul este nesigur, să se creeze o cale largă de acces în timpul intervenției pentru a putea examina mezenterul. Cazul nostru demonstrează îndeajuns această afirmație.

*Cazul Nr. 5.* F. I. fetița de 10 ani. Internată la 20 IV. 1954. În antecedente prezintă rușeolă, tuse convulsivă și pleurezie exudativă dreaptă. Boala debutează cu 24 de ore înainte de internare cu vărsături, greață și dureri apendiculare. Temperatura bolnavei acasă era de 41 C°. Leucocitoza este de 14.300. La examenul fizic observăm meteorism, sensibilitate difuză în etajul inf. al abdomenului, mai pronunțată în regiunea apendiculară. La intervenția operatorie se găsește un apendice lung de 12 cm. cu semne de inflamație catarală, iar în mezenter foarte mulți limfonoduli de mărimea boabelor de mazăre sau de fasole. Dg. postoperator: l. m. a. nespec. Apendicită acută catarală.

*Cazul Nr. 6.* R. P. băiat de 4 ani. Internat la 13 VI. 1954. Boala debutează brusc, cu 48 de ore înainte de internare, cu colici în fosa iliacă dreaptă însoțite de vărsături. Radioscopia toracică este negativă. Pulsul este de 80/m. Temperatura se ridică pînă la 38,6 C°. Leucocitele sînt în număr de 14.600. La examenul clinic, se constată o sensibilitate în fosa iliacă dreaptă. Cu ocazia intervenției chirurgicale se găsește în abdomen o mică cantitate de lichid seros. Cecul este mobil, apendicele prezintă semne de inflamație catarală. În mezenter se găsesc foarte mulți limfonoduli de mărimea boabelor de mazăre sau de fasole. Dg. postoperator este de apendicită catarală, l. m. a. nespec. Examenul anatomo-patologic arată limfadenită acută. Operatorul cu toate că observase două cazuri de l. m. a. nespec. nu a putut stabili diagnosticul preoperator. Cu ocazia intervenției însă, confruntînd modificările patologice cu datele anamnestice, a putut stabili ușor diagnosticul corect. Examenul histologic a confirmat diagnosticul pus.

*Cazul Nr. 7.* R. J. fetița de 6 ani. Internată la 11 X. 1954. În antecedente prezintă scarlatină. În ziua internării prezintă colici difuze abdominale. Pulsul este de 80/m. Leucocitele sînt în număr de 11.000. La examenul clinic se constată sensibilitate difuză, mai pronunțată în regiunea apendiculară. La intervenția operatorie în cavitatea abdominală se găsește o mică cantitate de lichid sero-citrin. Apendicele este de 12 cm lungime, de grosimea unui creion, prezentînd un aspect de inflamație catarală. În mezenter se observă o mulțime de limfonoduli de mărimea boabelor de mazăre sau de fasole. Diverticolul intestinal al lui Meckel este absent. Se execută apendectomie. Dg. postoperator este l. m. a. nespec.

*Cazul Nr. 8.* K. E. fetița de 14 ani. Internată la 30 VIII. 1954. În ziua prezentării are dureri difuze abdominale și greață. La palpare se constată o sensibilitate difuză a abdomenului, ceva mai pronunțată în partea stîngă. Bolnava are meteorism. P. este de 120/m. Temperatura este de 39,1 C°. Leucocitele sînt în număr de 16.000. Se execută o laparotomie mediană inferioară. În cavitatea abdominală găsim o mică cantitate de lichid sero-citrin. Colonul sigmoidian este alungit, dilatat, de grosimea antebrațului, în timp ce intestinul subțire apare spastic. În mezenter găsim mulți limfonoduli. Apendicele este ușor hiperemiat. Dg. postoperator este: megacolon, apendicită cronică. În acest caz simptomele tipice ca: leucocitoză mare, temperatură înaltă, lichidul din cavitatea abdominală, dar mai ales numărul mare de ganglioni mezenterici, pledează pentru l. m. a. nespec. Singurul simptom pe care nu-l găsim amintit în literatură este dilatația colonului sigmoidian. În schimb am găsit însă descrise diataziile intestinului subțire.

*Cazul Nr. 9.* I. S. băiat de un an și jumătate. Internat la 9 IX. 1954. În ziua internării prezintă colici în regiunea ombilicală. La examenul fizic se constată o sensibilitate pronunțată în epigastru și în jurul ombilicului. Abdomenul este meteoristic. Emisiunile de materii și gaze se fac în cantitate minimă. În mezenter se găsește mulți ganglioni limfatici foarte tumefacți, de o culoare rozacee. Intestinele sînt atone, pasa-

Jul intestinal este liber. Apendicele este nemodificat. Se execută apendectomie. Dg. postoperator este l. m. a. nespec.

*Cazul Nr. 10.* S. A. fetiță de 8 ani. Internată la 3 III. 1955. În antecedente nu constatăm nimic patologic. De 10 zile are coriză. Cu 48 de ore înainte de internare apar dureri în regiunea ombilicală, însoțite de greață fără vărsături. Scaunul este normal. La examenul fizic găsim un copil slab dezvoltat, cu semne de faringită ușoară: abdomenul este meteoristic. Sensibilitatea abdominală este moderată și difuză, fără apărare musculară. Fetița localizează durerile în jurul ombilicului. Temperatura este de: 39,3 C°. Leucocitele sînt în număr de 16.000. În cursul examinării, mișcările fetiței sînt libere, ea prezentînd aspect viii fără a părea grav bolnavă. La internare se pune diagnosticul de l. m. a. nespec. Peritonită pneumococică? Din cauza peritonitei prezumptive, medicii curanți administrează penicilină în doze de 200.000 U. zilnic. În curs de trei zile survine defervescența, acuzele și simptomele obiective dispar. Bolnava nu a fost operată, de aceea diagnosticul cert nu se poate stabili, dar toate simptomele ca și anamneza pledează pentru l. m. a. nespec.

Progresele făcute de noi în diagnosticarea acestei afecțiuni sînt confirmate de observația celui de al 11-lea caz:

N. E. fetiță de 12 ani, internată în clinică la 8 IV. 1955. Ia care diagnosticul preoperator a fost confirmat precis de cel intraoperator.

Trebuie să remarcăm că în statistica noastră, spre deosebire de datele din literatură, prevalează sexul feminin. Cauza acestui fapt nu ne este cunoscută.

În concluzie, l. m. a. nespec. este o boală a cărei etiologie nu este clarificată și care apare sub formă de tumefieri ganglionare între foițele mezenterului, de cele mai multe ori în regiunea apendiculară, de-a lungul ileonului. Din punct de vedere anatomo-patologic în limfonoduli se observă mai ales modificări hiperplazice, pe lângă inflamație moderată. În diferențierea diagnosticului rolul principal îl joacă apendicita acută și tuberculoza.