

Clinica chirurgicală (cond.: conf. Z. Pápay) și Catedra de anatomie patologică (cond.:  
conf. F. Gyergyay) ale I.M.F. Tg. Mureș

## PNEUMATOZA CHISTICĂ INTESTINALĂ

S. Darkó, Fr. Gyergyay, I. Konczvald

Pneumatoza chistica intestinală este o boală rară a cărei patogenie nu este încă elucidată.

Un bărbat de 26 ani, se afla de trei ani în tratament medical pentru dureri epigastrice care sînt frecvente pe stomacul gol și dispar după mîncare. A vomitat des. Cu o săptămîină înainte de internare, după o masă abundentă și consum de must dulce, a apărut o diaree puternică cu melena, iar mai tîrziu o constipație. De trei zile are dureri abdominale violente, nu vomitează, nu are scaune, și nici vînturi.

La internare, bolnavul prezintă tegumente și mucoase palide. Temperatura: 37,4°; puls: 100/min. Din partea organelor toracice nu se constată nimic patologic. Abdomenul

\* Lucrare susținută la ședința plenară a S. S. M. filială Tg. Mureș la 17. VI. 1960.



Fig. nr. 1: Piesă operatorie.



Fig. nr. 2: Aspectul histologic al unei bule cu celule gigante de tip corp străin. Col. hematoxilina-eozină, ob: 20 x, Oc. 15 x.

este bombat; în regiunea epigastrică și peritombicală are dureri puternice la palpare, însă apărarea musculară lipsește. Matitatea hepatică a dispărut, la radioscopie găsim aer liber de 2 laturi de deget între diafragi și ficat.

Diagnosticul prezumptiv fiind de perforație gastrică, intervenim prin laparotomie mediană superioară. Explorînd stomacul găsim pe pilor un ulcer calos de mărimea unei pulpe de deget și stenoză pilorică; semnele perforației lipsesc. Pe ultima ansă a intestinului subțire observăm leziuni caracteristice pentru pneumatoza chistică intestinală (pn. ch. i.). După rezecția fragmentului de intestin afectat, și anastomoză latero-laterală vindecarea se produce fără complicații. După ce a părăsit clinica, bolnavul se simte bine, încă refuză rezecția stomacului propusă din cauza ulcerului și stenozei pilorice.

Piesa operatorie este o porțiune de 18 cm lungime a intestinului subțire. Subseros găsim multe bule umplute cu gaze, de la mărimea unei gămăli de ac pînă la cea a unei alune, cu pereții subțiri, lucioși și transparenți, din formații de ciorchini multipli. Mucoasa intestinală este subțire și intactă, în submucoasă vedem multe bule de aer de mărimea unui bob de mazăre, iar lumenul intestinal este stenozat din cauza acestora.

La examenul histologic constatăm că mucoasa este subțire dar intactă. Glandele intestinale prezintă semne de hipersecție. În mucoasă găsim grupuri de limfocite și foliculi, dar în într-o măsură nenormală. Stratul submucos e intact, la fel ca și cel muscular. Între musculatura mucoasei și stratul muscular găsim bule de aer în formă de teritori goale. Peretele acestor bule este format din țesut conjunctiv subțire și fără leziuni inflamatorii. Peretele bulelor subseroase este format tot din țesut conjunctiv, cu vase pline de sînge. Pe alocuri observăm o infiltrație histiocitară, uneori cu pigmenți siderotici. Suprafața interioară a bulelor este căpușită cu celule histiocitare cubice, celule simțiale și gigante de tip corp străin.

*Epicriza:* bolnavul în vîrsta de 26 ani cu antecedente caracteristice pentru ulcer gastric și stenoză pilorică, prezintă un sindrom de abdomen acut cu pneumoperitoneu. La intervenție se constată prezența ulcerului și a stenozei pilorice, însă fără perforație. Ultima ansă a intestinului subțire prezintă aspectul tipic de pneumatoza chistică intestinală cu bule gazoase subseroase și intramurale. În unele bule constatăm reacție histiocitară cu celule gigante de tip corp străin. După rezecția intestinului bolnavul pleacă vindecat.

Pneumatoza chistică intestinală este o boala frecventă la animale, mai ales la porci; la om a fost publicată pînă în prezent aproximativ 250—300 de cazuri. Survine la orice vîrstă. *Róna* și *Molnár* de la institutul nostru au prezentat un caz de pn. ch. i. la un nou născut, asociată cu ulcere gastrice. Leziunea a fost observată în diferite porțiuni ale tractului digestiv.

Simptomatologia clinică este variată. În unele cazuri nu provoacă nici un semn, în altele se observă simptome corespunzătoare unei apendicite, peritonite sau ileus. De multe ori prezența pneumoperitoneului arată posibilitatea unei perforații intestinale. Majoritatea cazurilor sînt diagnosticate cu ocazia intervenției chirurgicale sau la autopsie. În ultimul timp au fost semnalate mai multe cazuri, cînd stabilirea diagnosticului a fost posibilă la examenul clinic sau radioscopic. Rezecția intestinului afectat dă rezultate bune, unii autori au observat vindecări numai prin deschiderea bulelor de aer. În unele cazuri a fost suficientă rezolvarea stenozei pilorice sau intestinale pentru ca pneumatoza să dispară de la sine, lăsînd cicatrici mici albicioase (*Cehanovski*).

Aspectul morfologic al afecțiunii este foarte caracteristic: bule de gaze subseroase și submucoase în forma de ciorchine; ca boboțele de poamă (*Tănăsescu*); la examenul histologic se constată lipsa reacției inflamatorii și numai acumularea celulelor histiocitare și a celulelor gigante de tip corp străin, observată și de noi. Analiza chimică a gazelor arată o compoziție asemănătoare aerului atmosferic (azot și oxigen, mai rar bioxid de carbon și hidrogen).

Nu cunoaștem încă mecanismul de formare a pn. ch. i. Prima teorie numită neoplazică, astăzi neacceptată, susține că este vorba de o tumoră producătoare

de gaze. (*Bang, Finney*). O alta teorie presupune că formarea gazelor se datorește fermentației patologice a conținutului intestinal (*Turnure*).

*Abrikosov* și alții susțin că este vorba de o infecție cu bacterii producătoare de gaze. *T. Vasiliu* a observat inflamația cronică a vaselor limfatice și a mucoasei. Totuși supoziția ca fermentația sau bacteriile ar putea forma gaze cu compoziție asemănătoare aerului nu este verosimilă. Majoritatea autorilor pledează pentru originea mecanică a acestei boli. (*Miasnikov, Cehanovski, Buftureanu, Verebely* etc.)

Sub influența presiunii abdominale crescute, gazele ar ajunge în țesutul interstițial prin leziunile mici ale mucoasei. Această presupunere pare a fi confirmată de observația că în 90% a cazurilor pn. ch. i. este asociată cu alte leziuni, ca ulcer gastric, stenoza pilorică, tumori gastrice sau intestinale, apendicită, peritonită bacilară etc. Dar nici această teorie nu poate da o explicație valabilă pentru toate cazurile, astfel încât rămâne neclarificată originea pneumatozei din peretele vezicii urinare sau a vaginului.

*Sosit la redacție: 27 octombrie 1960.*