

VALOAREA DIAGNOSTICĂ A SIMPTOMELOR RADIOLOGICE ALE INTESTINULUI SUBȚIRE

(Observații în legătura cu hepatita epidemica)

G. Málnási, P. György, Gy. Bogdán

Suferințele gastro-intestinale ale bolnavilor de hepatită epidemica sînt cunoscute. Inapetența, senzația de plenitudine, balonarea, grețurile, vărsăturile, flatulența, constipația sau diareea apar deseori chiar în faza prodromala, constituind primele și eventual cele mai evidente acuze ale bolnavului. De aceea suferințele dispeptice aparțin simptomelor caracteristice ale hepatitei epidemice. Explicația precisă a instalării acestor simptome nu este complet satisfăcătoare nici chiar pe baza numeroaselor observații clinice și date experimentale de care dispunem. În afară de modificările anatomopatologice caracteristice ale ficatului și de tulburările hepatice funcționale, de obicei cauza simptomelor dispeptice este cauzată în îmbolnăvirile inflamatoare ale căilor biliare, în afecțiunile dischinetice (45), în gastro-duodenite (13, 34, 35), în pancreatite etc. Pina acum s-a acordat o importanță foarte redusă tulburărilor activității intestinului subțire (32, 29, 38), față de interpretarea semnificației clinice a modificărilor și tulburărilor funcționale observate în celelalte organe. Faptul se explică în primul rînd prin aceea că intestinul subțire este greu accesibil unor examinări aprofundate și că cunoștințele noastre referitoare la activitatea acestui organ de importanță vitală sînt încă lacunare în multe privințe.

Afecțiunile și sindroamele propriu-zise ale intestinului subțire (tumori, ileita terminală, sprue, steatoreea, stările de după rezecția de intestin subțire etc.) sînt destul de rare. Observațiile făcute în legătură cu ele furnizează însă numeroase date care arată că datorită activității patologice a intestinului subțire pot să apară tablouri clinice grave. Cauza acestui fapt trebuie căutată nu numai în insuficiența absorbției hidraților de carbon, proteinelor, lipidelor, vitaminelor și electroliților (1) ci și în difuzarea patologică prin peretele intestinului subțire în interiorul acestuia, a proteinelor plasmatice (43) și a altor substanțe macromoleculare din plasmă (11). În aceste cazuri îmbolnăvirea intestinului subțire este confirmată și de modificările macroscopice ca și de cele micro- și ultrastructurale (12, 19). Pentru studierea acestora din urmă, piesele bioptice aspirate prin sondă au furnizat un material bogat.

Fiind un examen care necesită timp, radiologia intestinului subțire nu a devenit un procedeu de uz curent. În cursul examinării pasajului gastro-intestinal, atenția medicului este îndreptată mai ales asupra stomacului. În cele mai multe servicii, la două ore după examenul stomacului se controlează evacuarea acestuia, iar apoi după 5—6 ore se urmărește pasajul inițial al intestinului gros. În felul acesta pasajul jejunal ce se desfășoară în interval de aproximativ două ore apare numai într-o foarte mică măsură pe ecran.

Pentru evitarea pierderii de timp pe care o implică pasajul simplu sau examenul tracționat de tip Pansdorf au fost elaborate unele metode de pasaj accelerat, prin administrare concomitentă de laxative sau apă cu gheață (46). Dezavantajul incontestabil pe care îl prezintă aceste metode, constă în faptul că ele provoacă simptome de iritație, astfel încît pasajul bariului, care și altminteri se deosebește de conținutul intestinal obținut, reflectă și mai puțin relații fiziologice.

Cercetînd activitatea intestinului subțire, am examinat mai mult de 200 de bolnavi în faza acută și cronică de hepatita epidemica, efectuînd un simplu pasaj cu bariu. Am considerat că acest procedeu este indicat din mai multe puncte de vedere: el necesită o singură excitație, spre deosebire de pasajul fracționat și poate fi efectuat cu o cantitate de bariu relativ redusă, ceea ce în faza acută a hepatitei epidemice constituie un fapt demn de luat în considerare, deoarece nu reprezintă pentru bolnav o solicitare deosebită.

Cercetările noastre au fost făcute începînd din anul 1949, mai întîi în Clinica medicală I. și apoi în Clinica de boli contagioase din Tg. Mureș. În majoritatea cazurilor am examinat adulții în a 2—3-a săptămîna de boală, în stadiul cu icter. Nu am examinat persoane la care, în afară de hepatita epidemica au fost prezente și alte afecțiuni digestive (bolnavi de ulcer, cu rezecție de stomac) și nici cazurile grave complicate cu colangita, colecistită etc.

Observînd bolnavii, am constatat că pasajul intestinal în perioada acută a hepatitei epidemice se deosebește considerabil de cel al oamenilor sănătoși. În această fază se observă simptome care la oamenii sănătoși nu există, sau dacă există, prezența lor este rară și pasajeră. Astfel de simptome sînt: pasaj intestinal extrem de rapid sau lent în comparație cu cel al persoanelor sănătoase, secreție crescută în intestinul subțire, anse intestinale dilatate ca niște caltabosi, atonice (deseori avînd dimensiunile stomacului) sau dimpotrivă fiind spastice prezentînd segmentări cu aspect de mărgele, precipitarea sub formă de bulgări a substanței de contrast, lărgirea pliiurilor mucoase, ajungînd deseori pînă la dimensiunile pliiurilor stomacului, autoplastica pronunțată a reliefului mucoasei, colecții de gaze și imagini hidroaeriene. La același bolnav se pot observa concomitent mai multe simptome. În cursul pasajului, simptomele prezente în ansele intestinale se schimbă repede. Acest fenomen se constată mai ales în duoden și jejun, cu toate că un tablou radiologic asemănător poate fi observat deseori și în ileon.

Interpretarea clinică a acestor simptome radiologice întîmpină dificultăți, la fel ca și ale altor semne radiologice, care indică tulburări funcționale ale altor organe ale aparatului digestiv sau tractului gastro-intestinal.

În fond simptomele radiologice înșirate mai sus pun în evidență modificările tonusului, peristalticii, secreției intestinului subțire, și ale autoplăsticii mucoasei precum și cele de pasaj (17, 25, 47). Toate acestea nu sînt decît manifestări momentane ale activității reflexe cortico-viscerale, atît în condiții normale cît și patologice (2, 3, 30, 36, 39, 42, 44).

Pe baza simptomelor clinice și radiologice, se poate stabili ca gastrita și duodenita sînt foarte frecvente în faza acută a hepatitei epidemice (9, 14, 23, 27, 32, 34, 35).

În decursul bolii însă, numeroase simptome clinice indică de asemenea îmbolnăvirea intestinului subțire, ca senzația de durere, balonarea și presiunea ce apar în regiunea ombilicală sau în apropierea ei (în punctele mezenterice) fie spontan, fie la apă-sare, chiorătură și diaree instalate după mîncare, acestea aparținînd împreună cu gastrita sindromului dispeptic bine cunoscut al bolii. În bolile infecțioase manifestate prin enterită (febra tifoidă, dizenteria, difteria, septicemia etc.), ca și în cursul diareelor de fermentație, helmintiazelor etc. simptomele radiologice observate în pasajul intestinului subțire sînt identice cu cele întîlnite în hepatita epidemică (15, 20, 24). Astfel, simptomele radiologice indică (cel puțin în sens clinic) că în faza acută a hepatitei epidemice, pe lângă gastrită și duodenită, un rol important în instalarea sindromului dispeptic îl are și enterita, ba mai mult, în unele cazuri aceasta domină tabloul clinic.

Observațiile noastre ilustrează faptul că simptomele clinice și radiologice, care indică o tulburare a activității intestinului subțire, pot persista timp îndelungat (lun-sau ani de zile) și după perioada acută a hepatitei epidemice, puțind fi găsite într-o mare proporție a bolnavilor, atît în cursul sindromului posthepatitic, cît și în hepatitele cronice. Tocmai de aceea în prezența simptomelor clinice și radiologice care pun în evidență o enterită, trebuie să suspectăm, după părerea noastră, și eventualitatea unei hepatite cronice (14, 16).

Enterita, la fel ca și gastrita (5), a devenit o noțiune clinică cu un conținut tot mai extins și din ce în ce mai puțin o noțiune anatomico-patologică, în sensul vechi al expresiei. Cu această denumire se desemnează de obicei sindroamele însoțite de dispepsia intestinului subțire, independent de faptul dacă acest sindrom este însoțit sau nu de diaree (37). În aceste tablouri clinice examenul histologic al fragmentelor de mucoasă extirpate în cursul operației sau prelevate fie sub controlul examenului gastroscopic, fie prin sondaj intestinal, confirmă numai într-o mică proporție a cazurilor prezența, atît în stomac cît și în intestinul subțire, a procesului presupus milamator pe baza simptomelor clinice. În îmbolnăvirile manifestate prin dispepsii enterale grave (sprue, steatoree) au fost observate de cele mai multe ori mîșorarea numărului și dimensiunilor vilozităților, o lipsă de continuitate celulară extinsă asupra suprafeței mucoasei (decî mîșorarea suprafeței de absorbție) precum și modificări histochimice și ultrastructurale, tulburări în activitatea enzimelor etc. (12, 19).

Simptomele clinice și radiologice ale enteritei, considerate în acest sens, se întîlnesc de asemenea în cele mai variate îmbolnăviri de absorbție, în tulburările metabolice și neuroendocrine sau în bolile carentiale (sprue, steatoree, hipoproteinemie, asideroze, avitaminoze B, diabet, mixedem etc.). Tocmai pe baza acestor observații, unii autori consideră că simptomele radiologice care indică tulburări ale activității intestinale ar fi consecința bolilor carentiale (42). Această părere este confirmată printre altele și de observația că o dată cu vindecarea bolii carentiale, tabloul radiologic al intestinului subțire se normalizează. Major și colab. au publicat, studiind materialul clinic nostru, rezultate asemănătoare în asideroze (28). Rezultă prin urmare că simptomele intestinului subțire nu pot fi explicate întotdeauna prin modificări anatomice. Tabloul radiologic normal, observat la ocazia pasajului de bariu, se modifică foarte repede în cele mai multe cazuri după cîștigarea sumarea citorva decilitrî de lapte, îmbrăcînd un aspect enteritic. Atunci cînd este vorba de o sensibilitate la fa de lapte, originea alergică a acestui fenomen nu mai poate fi pusă la îndoială, cu atît mai mult cu cît și intestinul subțire participă în reacțiile de imunitate și în producerea anticorpilor (22). În afecțiunile și tablourile clinice alergice, ca

orticaria, boala serului, helmintiaze, tabloul radiologic al intestinului subțire are un caracter enteritic. Tabloul radiologic anormal provocat de lapte, poate fi însă observat la mai multe persoane, decât cele la care se pune în evidență alerggia față de lapte. Aceasta constatare ne atrage din nou atenția asupra importanței mecanismelor reflexe.

Observațiile noastre arată ca tabloul radiologic anormal, observat atât în hepatita epidemică cât și în alte îmbolnăviri, nu este consecința evacuării rapide a stomacului. Evacuarea rapidă a stomacului am observat-o numai la 12—15% a bolnavilor de hepatita, în timp ce la 50% dintre ei, evacuarea a fost surprinzător de lentă, iar la mai mult de o treime s-a desfășurat într-un ritm normal. Examinând pasajul intestinal la mai multe sute de bolnavi cu rezecție de stomac nu am găsit nici o corelație între ritmul de evacuare a stomacului și incidența tabloului radiologic enteritic. Pasajul patologic al intestinului subțire a fost observat cu aceeași frecvență, atât în prezența evacuării rapide cât și a evacuării lente a bontului gastric. Pe baza observațiilor noastre credem că pasajul intestinal patologic al bolnavilor cu rezecție de stomac și al celor suferind de hepatita epidemică nu este consecința evacuării rapide a stomacului.

Se iese însă problema dacă simptomele radiologice amintite pot fi interpretate din capul locului ca având un caracter patologic, dat fiind faptul ca tabloul patologic, așa cum am menționat, se compune din elementele unui tablou radiologic normal (tonusul, peristaltica, pasajul, secreția și autoplastica mucoasei (8, 31). Încă mai de mult, în cursul observațiilor noastre privind simptomele enterale ale bolnavilor cu rezecție de stomac, am descoperit o strînsă legătură între sindromul dumping și intensitatea simptomelor de pasaj intestinal patologic (6, 7, 30). În caz de sindrom dumping tabloul radiologic al pasajului intestinal la bolnavii cu bont stomacal este în esență același cu tabloul observat în hepatita epidemică. Se poate presupune de asemenea că și suferințele dispeptice ale bolnavilor de hepatita epidemică sînt în multe privințe de origine enterala, deoarece modificările funcționale manifestate prin simptome radiologice, atunci cînd au o anumită intensitate, pot să cauzeze tulburări obiective (de digestie) și diferite acuze subiective.

La persoanele sănatoase ca și în cazurile de stomac rezecat asimptomatic, simptomele enterale patologice lipsesc sau sînt rare și fără importanță.

Modificările de tonus, peristaltica, secreție, pasaj și relief pot fi înfrînute în cele mai variate afecțiuni (în bolile infecto-contagioase virotice și bacteriene, în stările carențiale; în îmbolnăvirile endocrine (26), în procesele alergice, în stările de după vagotomie (41) etc. și survin în ultima instanță ca urmare a activității reflexe viscerocortico-viscerale (2). Considerăm ca aceasta activitate reflexa îmbracă un caracter patologic în diferite afecțiuni. Pasajul intestinal patologic în hepatita epidemică poate fi atribuit acestui fapt (10, 18, 33, 40).

În hepatita epidemică și în alte afecțiuni, activitatea patologică a intestinului subțire se prezintă radiologic ca o dischinezie enterala. Totuși denumirea de dischinezie ar fi tot atât de improprie pentru exprimarea esenței acestui proces complex, ca și gastrita, duodenita sau enterita, în sensul lor original și literal. Conținutul clinic al acestor noțiuni este astăzi mult mai amplu decât semnificația lor etimologică (catar, inflamație) care în unele cazuri pot să lipsească. Pentru desemnarea sindromului intestinului subțire, observat în hepatita epidemică acută și cronică noi întrebuițăm în clinica noastră termenul de sindrom enteritic, în sensul clinic larg al cuvîntului.

Noi credem ca sindroamele în hepatita epidemică, cunoscute pe baza a numeroase date din literatură și a practicii zilnice, considerate gastrite și duodenite, sînt în majoritatea lor aceleași fenomene parțiale ale distoniei vegetative ca și simptomele intestinului subțire, numite enterite. În cursul examinărilor noastre, în hepatita epidemică în stomac și în duoden am observat de fapt aceleași simptome radiologice ca și în intestinul subțire. În posesia simptomelor de laborator și clinice caracteristice, gastrita și duodenita, denumiri unanim



Fig. nr. 1. - Aspect radiologic caracteristic al pasajului intestinal în hepatita epidemică. Anze intestinale spastice, peristaltism intestinal pronunțat, pluri largi ale mucoasei, precipitații masive ale emulsiei de bariu. Pasaj rapid. Evacuare normală a stomacului.



Fig. nr. 2. - Evacuare a stomacului și pasaj intestinal rapid. Umplere neuniformă a intestinului subțire, anze intestinale spastice și atonice.



Fig. nr. 3. - Evacuare gastrică rapidă. Pașaj intestinal lent. Pe lângă anzele aronice suspendate se observă numeroase porțiuni intestinale spastice în formă de vierme. Substanța de contrast precipită sub formă de granulații măruite. Tabloul polimorf.

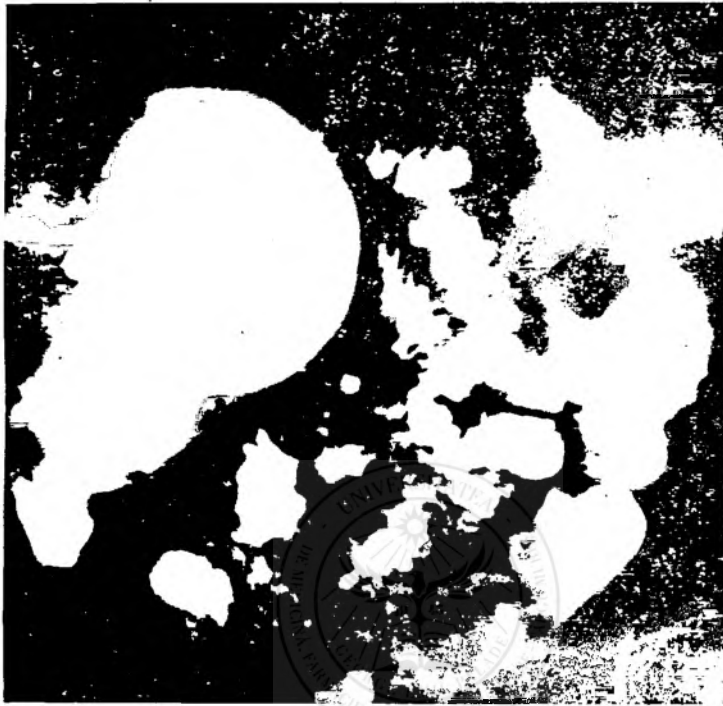


Fig. nr. 4. - Stomac atonic cu evacuare lentă-trenantă. Anze intestinale segmentate de dimensiuni variabile. Umplerea intestinului este disconținută, prezentând pe alocuri precipitații masive ale substanței de contrast.

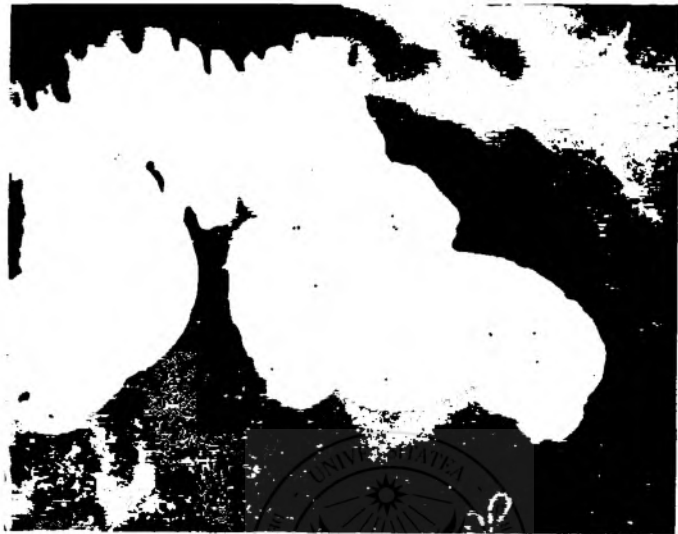


Fig. nr. 6. - Anză intestinală atonică dilatăată pînă la dimensiunile stomacului, în jejun, cu stază persistentă. Pasaj foarte lent.



Fig. nr. 5. - Pasaj gastric și intestinal lent. Stază de aproape o jumătate de oră în stomac, în duoden și în porțiunea inițială a jejunului.

acceptate astăzi, pot fi socotite în lumina noilor concepții, noțiuni care își îmbogățesc mereu conținutul, la fel ca și enterita.

Observațiile făcute în clinica noastră arată că simptomele enterale patologice din hepatita epidemică pot fi întâlnite chiar după luni de zile, după perioada acută. În hepatita cronică simptomele clinice și radiologice, indicând o activitate patologică a intestinului subțire, sînt aceleași ca și în hepatita acută. Numeroase observații ilustrează că consecințele activității patologice a intestinului subțire, infecțiile de origine enterală și tulburările de absorbție, au o acțiune nocivă asupra parenchimului hepatic și astfel survine un cerc vicios care împiedică în anumite privințe vindecarea bolii (4, 14, 16, 21).

Concluzii:

La marea majoritate a bolnavilor de hepatită epidemică am observat în faza acută a afecțiunii simptome radiologice, indicînd o activitate patologică a intestinului subțire, ca de exemplu spasmul persistent sau dilatarea anselor intestinale, pasaj intestinal rapid sau lent, secreție intestinală crescută, precipitarea în bulgări a emulsiei de bariu, pliuri intestinale îngroșate. Pe baza simptomelor clinice și radiologice credem că o parte a simptomelor dispeptice, observate în faza acută a hepatitei epidemice, pot fi atribuite activității patologice a intestinului subțire. Aceasta indică alături în hepatita epidemică cît și în alte boli, o activitate reflexă cortico-viscerală patologică. Consecințele activității patologice a intestinului subțire, deci ale enteritei (infecții, tulburări de absorbție) agravează leziunile parenchimului hepatic, împiedicînd vindecarea afecțiunii

Sosit la redacție: 31 octombrie 1961.

Bibliografie

1. BEIUL E. A.: *Terapevticeschi arhiv*, (1952) 1, 2. BIKOV K. M.: *Scoarța cerebrală și organele interne* (1949); 3. BCLBRING E.: *Smooth muscle of the alimentary tract*; Avery Jones; *Modern trends in gastro-enterology*. London (1958) 1—11; 4. CAMARRI E., VERME G., GIOVANNI P.: *Gastroenterologia* (Basel) (1961) 93, 6; 5. DOCZY P., MALNÁSI G.: *Rev. Med.* (1959) 5, 1; 6. FODOR O.: *Viața Medicală* (1955) 2, 2; 7. FODOR O., GAVRILESCU S., LUPEA V.: *Medicina Internă* (1954) 6, 3; 8. FRAZER A., FRENCH J. M., THOMPSON M. D.: *Brit. J. Radiol* (1949); 9. FRIEDRICH L.: *Gastroskopia*. Budapest (1960); 10. GLIGORE V., MARINCA E., HERSCHIKOVITS T., MARIN FL.: *Viața Medicală* (1956) 3, 11; 11. GORDON JR. R. S.: *Lancet* (1959) 1; 12. HARTMAN R. S., BUTTERWORTH C. E., HARTMAN R. E., CROSBY W. H., SHIRAI A.: *Gastro-enterology* (1960) 38, 4; 13. HAȚIEGANU I.: *Medicina internă*, București, Vol. II (1956); 14. HERMANN J., GYERGYAY F., HIRSCH A., RONA L.: *Hepatita cronică*. București (1957); 15. HODGES PH., KEEFER G. P.: *Am. J. Roentg.* (1945); 16. HORNYÁK S., HERMANN J., MALNÁSI G.: *Modificări gastrointestinale la bolnavii cu hepatita cronică*. Lucrările conferinței de hepatită epidemică din Tg. Mureș (1957); 17. HOTZ W.: *Gastroenterologia* (Basel, 1945) 70; 18. IOTA C. G., RUNCAN V., CHIȚESCU E., ȘUTEANU Ș. T., ERNEST I.: *Studii și cercetări de medicina internă* (1961) 2, 2; 19. JACOBSON E. D., PRIOR J. T., FALON W. W.: *J. Lab. Clin. Med.* (1960) 65/2; 20. KEEFER G. P.: *Am. J. Roentg.* (1959); 21. KING M. J., JOSKE R. A.: *Brit. Med. J.* (1960); 22. KIRSCHNER J. B., GOLDGRABER M. B.: *Gastro-enterologii* (1960) 38, 4; 23. KÖPPICH FR.: *Hepatita epidemică*. București (1953); 24. KRAUSE C. R., GRILLY J. A.: *Am. J. Roentg.* (1943); 25. LENZ H.: *Rtgstr.* (1960) 92, 3; 26. LUSINSIN: *Acțiunea cortisonului asupra intestinului*. Lucr. de cand. București (1961); 27. MÁGYAR I., FISCHER A.: *A máj- és az epeutak*. Budapest (1956); 28. MAJOR B., DOCZY P., MALNÁSI G., LAX I.: *Deutsch. Ztschr. f. Verd. u. Stoffw.* (1957) 17; 29. MALNÁSI G., GYORGY P., HORNYÁK S.: *Aspectul radiologic al intestinului subțire la bolnavii cu hepatită cronică*. Lucr. conf. de hepatită epidemică din Tg. Mureș (1957); 30. MALNÁSI G., GOZNER E., GYORGY P.: *Rev. Med.* (1955); 31. MARGOT VANJURA: *Deutsch. Ztschr. f. Verd. u. Stoffw.* (1955); 32. MARKOFF N.: *Gastroenterologia* (Basel), (1945) 70, 1; 33. PAUN R., MARCUȘ N., GEORGESCU M.: *Studii și cercetări de medicina internă* (1961) 2, 1; 34. PAVEL I.: *Presse Médicale* (1943) 10; 35. POPA M., MEDREA

B., PANKIEWICZ F., NANU F.: *Deutsch. Ztschr. f. Verd. Stoffw.* (1958), 1—2, 18: 36.
PORCHER P., BUFFARD P., SAUVEGRAIN J.: *Radiologie clinique de l'intestin grêle.*
Paris (1954); 37. PORGES O.: *Bolile intestinului.* București (1946); 38. PÖSCHL M.:
Röntgen-Praxis (1960), 14, 11; 39. PROTOPOPOV I. I.: *Clinicescaia medicina* (1951) 3;
40. RATING B., VOEGT H.: *Deutsch. Ztschr. f. Verd. u. Stoffw.* (1951); 41. RORTH H. P.,
BEAMS A. J.: *Gastro-enterologii* (1959) 36, 4; 42. ROSS GOLDEN: *Radiologic examina-*
tion of the small intestine (1945); 43. SCHWARTZ M., JARNUM S.: *Lancet* (1959);
44. STÜHLFAUT K.: *Ztschr. f. klin. Med.* (1954); 45. TAREEV E. M.: *Sovietscaia me-*
dicina (1959) 12; 46. WEINTRAUB S., WILLIAMS R. G.: *Am. J. Roentg.* (1949); 47.
ZIMMER E. A.: *Gastroenterologia* (Basel) (1945) 70, 1—4.