

## INVAGINAŢIE RETROGRADĂ ŞI HEMATEMEZĂ PRODUSĂ DE O TUMOARE JEJUNALĂ

Z. Naftali, F. Nagy, B. Berger, M. Mátyás junior

Cazul pe care-l relatăm este nu numai instructiv, ci reprezintă o adevărată colecţie de tablouri clinice de cea mai mare raritate.

V. A., femeie de 26 de ani, (F. obs. 2386/956) internată în clinica noastră la data de 16. VIII. 1956, prezintă pe lângă alte numeroase localizări ale unui corioepiteliom primar heterotop, o tumoare de aceeaşi natură, situată pe porţiunea incipientă a jejunului. Această tumoare a cauzat invaginaţia retrogradă a jejunului, însoţită de melene şi hematemeze repetate.

În antecedentele: cu 2 ani în urmă sarcină şi naştere normală. Bolnava neagă să fi avut de atunci avort spontan sau provocat. De câteva luni simte adesea dureri post-prandiale estomplate, localizate în epigastru.

Cu 4 săptămâni înainte de internare în clinică ameţeşte brusc şi simte o slăbiciune extremă. Peste câteva ore elimină o cantitate mare de scaune lichide de culoare neagră. Se internează de urgenţă în serviciul de boli interne, unde se constată că prezintă o anemie foarte marcată. Luând în considerare durerile epigastrice din antecedente, pare verosimilă că melena provine dintr-un ulcer gastric sau duodenal. Nu se execută examen radiologic baritat şi se instituie un tratament pentru boala ulceroasă. Melena se repetă însă de mai multe ori şi starea bolnavei se agravează încontinuu, numărul hematiilor scăzând la 1.600.000 şi valoarea hemoglobinei la 20%. Din această cauză bolnava se internează în clinica chirurgicală pentru intervenţie.

În ziua internării în clinica noastră apar puternice dureri cu caracter de crampe, localizate în epigastru. Durerile durează aproximativ o oră, şi imediat după aceea se declară o melena abundentă. Aceste fenomene se repetă zilnic. În timpul crizelor dureroase bolnava prezintă de trei ori o hematemeză abundentă cu sînge proaspăt, ceea ce pare să confirme diagnosticul de hemoragie de origine gastrică.

La 21 VIII, 1956, cu toată starea generală extrem de rea a bolnavei, simtem nevoi să intervenim, forţaţi de o nouă hematemeză care apare în timpul unei crize dureroase.

Cu ocazia intervenţiei pe care o executăm în plină criză, în stomac nu găsim nici venectazii, nici ulcer. Pe suprafaţa ficatului al cărui volum e puţin mărit, se văd mai multe formaţiuni tumorale roşii-violacee, de mărimea unor prune, avînd o consistenţă fermă. Explorînd cavitatea abdominală, palpăm pe una din ansele jejunale o tumoare de mărimea unui pumn, situată cam la 60 cm de flexura duodeno-jejunală. Tumoarea este formată dintr-o porţiune a jejunului lungă cam de 15 cm, invaginată în mod retrograd în segmentul oral al intestinului. Jejunul invaginat se desinvaginează cu uşurinţă şi găsim în el o tumoare de mărimea unei nuci, de consistenţă renitentă, care, proeminînd în lumenul intestinului, retractează în acelaşi timp peretele intestinal.

Rezecăm intestinul pe o distanţă de cca 25 cm, restabilim pasajul cu ajutorul unei anastomozes latero-laterale şi închidem cavitatea abdominală.

La examenul histo-patologic (*Gyergyay—Monoki*) se constată că tumoarea constă din elemente epiteliale cu forme atipice, pe alocuri foarte bizare, care seamănă în cea mai mare parte a lor cu stratul Langhans al epitelului corional, şi pe alocuri cu elementele sincitiale ale acestuia. În tumoare se văd numeroase sinusuri venoase, hemoragii şi cheaguri sanguine. Diagnostic histo-patologic: corioepiteliom al jejunului (vezi fig. 1).

În perioada postoperatorie crampele, melena şi hematemeza nu se mai repetă şi starea bolnavei se ameliorează sub influenţa transfuziilor.

La 8 zile după intervenţie se declară în mod brusc o hemiplegie dreaptă cu afazie, fără pierderea cunoştinţei. Se ivesc apoi dureri abdominale intense şi difuze însoţite de o

aparare musculară moderată. Apar semnele unei anemii severe, care se agravează rapid și în curând bolnava sucombă din cauza unui șoc hemoragic.

La autopsie (*Monoki*) în cavitatea abdominală se găsește o cantitate de 1,5 l de sînge. Pe suprafața inferioară a ficatului se observă mai multe tumori roșii-vișinii de mărimea unor prune, pline cu cheaguri sanguine. În parenchimul ficatului, în splină, în rinichiul drept, ca și în lobul inferior al plămînilui sîng se găsesc tumori asemănătoare a căror mărime variază între cea a unei alună și a unei castane. În zona temporo-occipitală a hemisferei cerebrale stîngi se găsește o cavitate de mărimea unui ou, plină cu cheaguri de sînge. Uterul, vaginul și ovarele nu prezintă nimic patologic. Diagnostic anatomo-patologic: corioepiteliom cu metastaze cerebrale, pulmonare, lienale, renale, hepatice și jejunale. Moartea a fost cauzată probabil de hemoragia provenită din tumorile de pe suprafața inferioară a ficatului.

### Interpretarea cazului

Corioepiteliomul este o neoplazie de origine fetală, care pornește din epiteliul corional și invadează organismul matern ca o veritabilă tumoră malignă.

Cei mai mulți autori admit că în cazuri patologice epiteliul corional își păstrează capacitatea invazivă care-l caracterizează în stadiul de trofoblast (*Stoeckel*). În cursul gravidației ajung probabil întotdeauna în torrentul sanguin celule epiteliale de origine corională, dar acestea sînt distruse de către fermenții de protecție materni (*Abderhalden, J. Scott*). Se presupune că transformarea malignă a celulelor corionale se datorește, nu atît activității exagerate a elementelor epiteliale corionale, ci mai mult deficienței fermenților protectori ai organismului matern (*Horn*).

Tumoarea se ivește în mod obișnuit la 1 — 4 luni după naștere sau avort. *Schuster, Feiner, Horn* și alți autori admit că apariția ei poate avea loc și după o perioadă de latență lungă de 1 — 20 de ani. În schimb *Pick, Marchand, Risel* și *Nanke* consideră că atunci cînd tumoarea apare la ani de zile după o sarcină, nu mai poate fi vorba decît de un corioepiteliom primar. *Stoeckel* crede că în aceste cazuri, ca și atunci cînd tumoarea apare la copii sau la bărbați, ea provine din incluziuni de origine fetală (teratom).

Dat fiind că în cazul nostru corioepiteliomul a apărut la doi ani după o naștere normală și în organele genitale nu s-au găsit urme de tumoare, considerăm că avem de a face cu un corioepiteliom primar heterotop cu numeroase metastaze, al cărui loc de origine nu a putut fi precizat nici la autopsie.

În cadrul acestei lucrări intenționăm să acordăm atenție nu relațiilor ginecologice, de altfel foarte interesante ale cazului, ci în primul rînd celor chirurgicale.

Invaginația retrogradă a jejunului observată în cazul nostru constituie o raritate în literatura chirurgicală. Primele invaginații de acest fel au fost relatate de *Fabricius* în anul 1682 și de *Bonetus* în anul 1700, observate și descrise cu ocazia autopsiei unor bolnavi al căror deces a fost cauzat de ocluzii intestinale.

Primul caz de invaginație retrogradă operat și vindecat a fost publicat de *Korte* în anul 1897. În anul 1954 *A. C. Akehurst*, relatînd un caz personal, a adunat din literatura mondială 103 cazuri de invaginații retrograde, cunoscute pînă atunci.

Potrivit localizării invaginației, situația se prezintă astfel:

Localizare	gastro-esofagiană . . . . .	1 caz
„	duodeno-gastrică . . . . .	1 caz
„	în intestinul subțire . . . . .	38 de cazuri
„	ceco-iliacală . . . . .	6 cazuri
„	în colice . . . . .	51 de cazuri
„	cu sediul neprecizat . . . . .	6 cazuri
	Total	103 cazuri



Fig. nr. 1

Cele 38 de cazuri de invaginații retrograde ale intestinului subțire au fost produse de următoarele cauze:

Ascarizi . . . . .	1 caz
Corp străin . . . . .	1 caz
Hernie incarcerată . . . . .	1 caz
Diverticul Meckel . . . . .	8 cazuri
Traumatism . . . . .	3 cazuri
Intoxicație cu arsen . . . . .	1 caz
Tumori . . . . .	5 cazuri și anume:
Limfosarcom . . . . .	1 caz
Hemangiom . . . . .	1 caz
Polip . . . . .	2 cazuri
Melanom . . . . .	1 caz
Cauza nu este specificată	18 cazuri
Total	38 de cazuri

Prin urmare, sînt cunoscute în total 5 cazuri de invaginații retrograde ale intestinului subțire produse de tumori, iar corioepiteliomul nu figurează printre aceste cauze.

Mecanismul producerii invaginației retrograde nu este elucidat. Ca în general în orice caz de invaginație, trebuie să existe mai întîi o modificare a peretelui intestinal. Se admite că celălalt factor este o mișcare antiperistaltică puternică.

Studiind cazul observat de noi, precum și alte cazuri publicate, ne punem întrebarea dacă invaginațiile retrograde sînt provocate numai de mișcările antiperistaltice, sau în unele cazuri, chiar mișcările peristaltice puternice sînt în măsură să le producă? În cazurile publicate de *Goupil*, *Kauntze*, *Podyo* și *Popescu-Urlueni* ansa invaginată retrograd era fixată prin aderențe puternice, deci deplasarea într-un sens sau altul a porțiunii intestinale fixate nu era posibilă. Se poate admite în aceste cazuri că segmentul intestinal proximal dilatat în urma subocluziei a fost împins de mișcările peristaltice mai puternice deasupra segmentului afectat, și acesta, invaginîndu-se, a prezentat aspectul de invaginație retrogradă.

În aceste cazuri invaginația retrogradă ar fi produsă nu de mișcările antiperistaltice, ci dimpotrivă de mișcări peristaltice intense.

Așa cum rezultă din cazul operat de noi în plină criză dureroasă, crampele abdominale repetate,acompaniate de hematemeză și urmate de melenă au fost cauzate de invaginații retrograde repetate, care s-au rezolvat însă în mod spontan. Credem că invaginațiile retrograde survin mai des decît se crede în general, dar ele pot fi desinvaginate cu ușurință de mișcările peristaltice și de aceea ajung pe masa de operație sau la autopsie numai în mod cu totul excepțional.

În sfîrșit, în legătură cu acest caz mai dorim să atragem atenția asupra faptului că o tumoare jejunală hemoragică invaginată în sens retrograd, poate produce hematemeze, deținînd uneori la stabilirea unui diagnostic eronat.

*Sosit la redacție: 13 aprilie 1963.*

#### *Bibliografie*

1. ABRICOSOV A. I.: Anatomia patologică. Partea Specială, București (1952), 267;
2. ABUREL E. și colab.: Ginecologia, București, Ed. Medic. (1959);
3. AKEHURST A. C.: British Journ. of Surgery (1955), 43, 207;
4. CVETKOV A. P.: Hirurgia (1952), 4, 67;
5. HORN B., IMRE Z.: A szülészet tankönyve, Budapest (1958);
6. KEN KOJIMA: Zbl. f. Chirurgie (1939), 38, 2116;
7. POPESCU-URLUENI M., CARP S.: Rev. de Chirurgie (1940), 43, 695;
8. STOECKEL W.: Lehrbuch der Geburtshilfe, 581.