

TULBURĂRI GASTRO-INTESTINALE ÎN BOLILE ASIDEROTICE

Major B., Dóczy P., Málnási G., Lax I.

În patogenia diferitelor forme de anemii este bine cunoscut rolul secreției gastrice. În literatura de specialitate, găsim în schimb, prea puține date privind modificările organice gastro-intestinale în anemiile asiderotice. În general, autorii își concentrează atenția doar asupra relațiilor acidității gastrice. Din această cauză găsim prea puține date despre tulburările funcției motrice a tubului gastro-intestinal, despre frecvența gastritelor etc. Este de remarcă faptul că datele privitoare la modificările duodenului și jejunului sînt cele mai rare, ori se știe că absorbția fierului se face tocmai la acest nivel al tractului gastro-intestinal.

După parerea lui *Alexejev* majoritatea anemiilor se datorează tulburărilor gastro-intestinale și totuși aceste probleme sînt foarte puțin studiate.

Kandelaki se numără printre acei puțini autori care amintesc importanța gastritelor și enteritelor, arătînd că organismul se poate anemiza și în cazul cînd prezintă valori de aciditate normală, în cazul unei gastrite. În manualul său *Heilmeyer* amintește două cazuri de cloroză, la care a observat atonie și ptoză gastrică și care s-au ameliorat apoi în urma tratamentului cu fier. După părerea lui *Katsch* și *Pickert* maladiile intestinale cronice duc la tulburări de absorbție și prin acestea pot provoca anemii.

Scopul lucrării noastre este de a arăta frecvența mare a modificărilor gastro-intestinale și importanța lor etiologică.

Am examinat în total 85 de bolnavi pe care i-am împărțit în următoarele grupe: a) 49 de cazuri de anemii asiderotice clasice (cloroză, cloranemie achilică etc.), b) 14 cazuri de carență de fier, unde numărul de hematii și Hgb au arătat valori normale, deci care din punct de vedere hematologic nu au fost anemici și care numai pe baza celorlalte simptome (modificări ale unghiilor, mucoaselor, oboseală, amețeli etc.) a avidității pentru fier (hipersideremia provocată exprimată) au fost considerate ca „anemici tisulari“ (*Vanotti*). Pe lângă cele două grupe ale anemicilor hematologici și tisulari cea de a treia grupă o formează persoanele suferinde de anemii instalate în urma microhemoragiilor repetate. Numărul bolnavilor noștri de acest fel se ridică la 22. (epistaxe repetate, hemoragii hemoroidale, avorturi, donatorii cronici de sînge și două cazuri de teleangiectazie hemoragică tip Osler). Primele două grupe sînt reprezentate numai de femei, în timp ce în a treia grupă pe lângă 17 femei, întîlnim și 5 bărbați.

În toate cazurile am executat următoarele examinări: radioscopie gastro-intestinală, urmarind cu deosebită atenție mai ales tulburările motrice ale stomacului, duodenului și jejunului, precum și semnele referitoare la modificările organice ale jejunului. Aceste examinări le-am repetat des și în timpul și după terminarea tratamentului cu fier. Dejunul de proba iracționat, ne-a furnizat date privind valorile acidității gastrice, iar în caz de anaciditate, am executat și proba cu histamină. Ori de cîte ori

s-a pus problema existenței unei parazitoze intestinale, am excutat în repetate rînduri și examene coprologice fără a putea depista însă bolnav cu parazitoză intestinală. Scopul nostru a fost de a arăta proporția mare a modificărilor gastro-intestinale la anemici. Prezența modificărilor gastro-intestinale, am analizat-o totdeauna în strînsă legătura cu hemograma și cu capacitatea de absorbție a fierului.

În primul rînd ne vom ocupa de semnele radiologice, apoi de tulburările secreției gastrice a bolnavilor anemici, pentru ca în cele din urmă să ne ocupăm și de problema absorbției fierului.

Rezultatele examinărilor

1. Modificările gastro-intestinale le-am întilnit cu aceeași frecvență la grupele *a* și *b*, din care cauză analiza comună a rezultatelor este deplin justificată. La 58 dintre cei 63 de bolnavi, am găsit tulburări gastro-intestinale, radiologic decelabile deci o frecvență de 92% (dintre bolnavii care nu prezentau modificări una a fost gravidă).

Am găsit :	(Procentajul calculat la 58 de cazuri)
hipotonie gastrică în	23 cazuri (39,6%)
ptoză gastrică consecutivă hipotoniei în	18 cazuri (31,0%)
gastrită în	25 cazuri (43,1%)
duodeno-enterită în	46 cazuri (79,3%)

Am observat bolnavi care au prezentat mai multe dintre modificările de mai sus, iar alții le-au prezentat pe toate. Disfagie am întilnit numai într-un caz.

Am mai amintit că modificările tubului digestiv le-am interpretat bazați pe simptomatologia radiologică. Din cauza subiectivității și a lipsei de precizie a acuzelor bolnavilor în diagnosticarea gastritelor și enteritelor sîntem nevoiți a apela în special la examenul de laborator.

Diagnosticul de gastrită l-am pus pe baza prezenței netezirii cutelor mucoasei gastrice și în special a îngroșării, neregularității și rigidității lor. De multe ori, am observat o precipitare granulară a substanței de contrast care aderă de mucoasă. Menționăm că dispariția cutelor mucoasei nu e în totdeauna consecința unei atrofii, deoarece după cum am observat în cazul bolnavilor noștri anemici cu atonii și ptoze gastrice atât de frecvente, această netezire se poate atribui și unei dilatări în urma atoniei. Odată însă cu recuștigarea tonicității, ele devin din nou normale. Am ținut seama și de hipersecreție. Am observat și modificări ale tonicității gastrice: evacuarea rapidă, peristaltism accentuat, ori contrarul acestora.

Diagnosticarea enteritelor am bazat-o pe următoarele semne radiologice: pasaj rapid ori prea încetinit, frecvent atonia întregului intestin subțire. Adeseori se observă tulburări intestinale reprezentate prin ileizarea j-junului. Segmentarea în formă de șirag de perle sau cîrnaț, denotă spasmul accentuat al intestinului subțire. Precipitarea granulară sau în grămezi mai mari a substanței de contrast constituie un semn frecvent al enteritelor. Bariul astfel precipitat din cauza mucoasei intestinale adeseori este aderent de suprafața ei.

Cazurile cele mai caracteristice, au fost și radiografiate. (Vezi figurile anexate).

Majoritatea bolnavilor au prezentat simptome subiective necaracteristice, fără importanță. Pentru gastrită au pledat: sensibilitatea la palparea în epigastru, senzația de plenitudine, balonările, eructațiile, lipsa poftei de mâncare. Ca semne de enterită am înregistrat: garguimintele și senzația de apăsare epigastrică. Diareea a fost prezentă în 12 cazuri.

Legătura dintre anemii și tulburările gastro-intestinale este dovedită de faptul că în urma tratamentului cu fier aceste tulburări au încetat într-un număr mare de cazuri. Am putut executa examinările de control la 30 de bolnavi din cei 63. Dintre aceștia 12 s-au vindecat complet din punct de vedere radiologic (40%), 8 s-au ameliorat, acuzele diminuând sau unele dispărind cu totul (26,7%), 8 nu au prezentat nici o modificare (26,7%), iar 2 au fost negativi atât înainte, cât și după tratament (6,6%). Vindecarea a fost confirmată și de radiografiile executate.

E demn de remarcat că bolnavii din grupa c, prezentînd anemii post-hemoragice, nu au arătat tulburări gastro-intestinale nici din punct de vedere subiectiv, nici din cel radiologic. Acest fapt relevă și mai mult importanța etiologică a tulburărilor gastro-intestinale în celelalte cazuri cu stări de carență de fier.

2. Examenul chimismului gastric.

	Normacizi	Hipoacizi	Anacizi
grupa a (49 cazuri)	8	21	20
grupa b (14 cazuri)	6	3	5
grupa c (22 cazuri)	6	4	12
	20	28	37

Menționăm că vîrsta medie a bolnavilor din grupa hipo- și normacizilor a fost de 24 de ani în general femeii tinere, iar a celor anacizi de 36 ani. Datele de mai sus concordă cu cele din literatură.

La 4 bolnavi am repetat dejunul de probă și după tratamentul cu fier, și în toate cele 4 cazuri am remarcat paralel cu ameliorarea hemogramei și o secreție mai accentuată de acid (aciditatea bolnavului V. F. s-a ridicat în urma tratamentului feros de la 18—30 la 48—60).

E surprinzător de mare numărul de anacizi în grupa bolnavilor de anemii post-hemoragice.

3. Examinarea absorbției cu proba hipersideremiei provocate.

	Sideremie			Absorbția în %	Hematii în milioane	Hemoglobină % glob.
	După adm. a jeun.	la 3 h.	la 5 h.			

Grupa a (24 bolnavi):

Înainte de tratam. 92 190,7 184,8 106 3,46 54,5

După tratam. 101,5 150,4 164 62 4,17 74,8

Grupa b (9 bolnavi):

Înainte de tratam. 114 192,7 213,4 87 4,18 72,5

După tratam. 110 169 171 55 4,19 78,2

Grupa c (14 bolnavi)

Înainte de tratam. 93 193,4 201,5 116 3,22 49,1

După tratam. 113,4 162,6 150 43 4 70,1

Analiza rezultatelor.

Ad. 1. Frecvența remarcabilă (92%) a tulburărilor gastro-intestinale e decelabilă în primul rînd cu ajutorul examenului radiologic. Frecvența gastritelor și duodeno-jejunitelor în proporție de 79,3% arată că tulburărilor gastro-intestinale trebuie să le asigurăm un loc important în cadrul simptomatologiei bolilor asiderotice. Putem afirma cu toată certitudinea că între stările asiderotice și modificările gastro-intestinale, există o legătură de la cauză la efect, pentru că tratamentul cu fier, singur (fără dietă, medicație specială), în jumătatea cazurilor observate a dus la dispariția semnelor radiologice gastro-intestinale în decurs de 3—5 săptămîni (vezi fig.).

Comparînd ameliorarea tabloului sanguin cu ameliorarea tulburărilor gastro-intestinale, nu am găsit un strîns paralelism. Au fost cazuri cînd prima dată a apărut ameliorarea hematologică, în schimb în alte cazuri au dispărut mai întîi modificările digestive sus amintite. Este de notat faptul că creșterea numărului de hematii și a valorii de Hgb înseamnă o ameliorare netă, însă normalizarea lor nu constituie un semn sigur al dispariției stării de carență, mai ales că după observațiile noastre „anemia tisulară” dispăre într-un ritm foarte lent. Refacerea mucoasei gastro-intestinale se instalează probabil în funcție de aceasta. E evident cercul vicios patogenetic existent între deranjul eritropoezei și tulburările gastro-intestinale. Cercul este că aceste tulburări inhibă absorbția fierului și eritropoeza. Anemia astfel instalată își exercită rolul nefast asupra mucoaselor prin hipoxemia consecutivă. Un factor patogenetic și mai important însă îl constituie carența de fier a țesuturilor care tulbură procesele de oxidație. E cunoscut rolul indispensabil al fierului în procesul de respirație tisulară. Celulele mucoaselor în permanență refacere, se resimt repede față de lipsa fierului. Bine cunoscutele simptome, ca modificările mucoasei bucale, ale limbii, unghiilor etc. precum și modificările gastro-intestinale întîlnite de noi într-un număr atît de ridicat, se datoresc tocmai acestui fapt.

Ad. 2. Dejunul de probă l-am executat pe de o parte pentru a obține o imagine cît mai clară a tubului digestiv, pe de altă parte pentru a obține date asupra absorbției fierului. Aciditatea sucului gastric constituie un factor important al absorbției și în concordanță cu acest fapt am găsit un număr atît de ridicat de bolnavi anemici cu anaciditate (vezi tabloul). Din păcate, au fost puțini acei bolnavi care cu ocazia revenirii la control, au acceptat din nou dejunul de probă. Din această cauză am repetat dejunul de probă numai la 4 bolnavi hipoacizi și în toate cazurile am înregistrat o ridicare a valorilor de aciditate în urma tratamentului aplicat. Printre bolnavii cu anemie post-hemorgice am găsit un număr important de anacizi, acest fapt explică în parte instalarea anemiei. Cu alte cuvinte din cauza lipsei de acid nu s-a putut absorbi cantitatea de fier necesară suplinirii pierderilor cronice de fier. Trebuie să ne gîndim însă și la cercul vicios: anemia cronică inhibă și funcția secretorie a mucoasei gastro-intestinale.

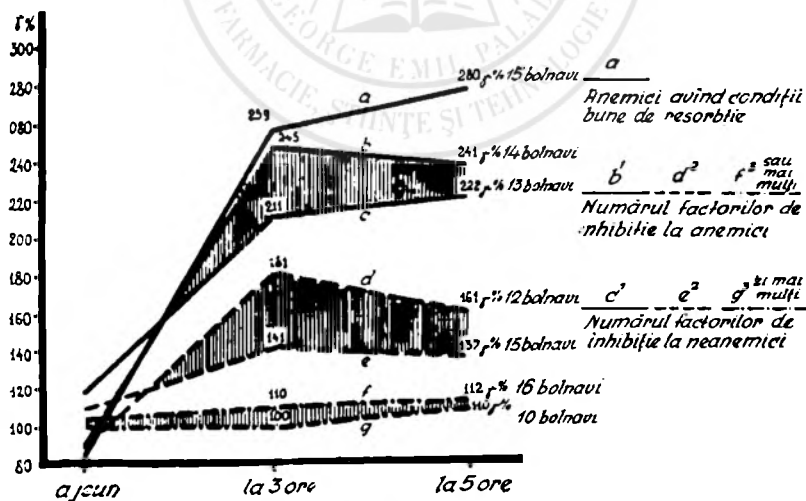
Ad. 3. Ca încheiere am căutat să răspundem la întrebarea: în ce măsură reoglindește gradul de absorbție a fierului modificările patologice, gastrice și în special cele intestinale. Cu alte cuvinte, în ce măsură se modifică absorbția în urma tratamentului marțial în cazul gastritelor,



Inainte de tratament



După tratament



enteritelor etc. În tabelele alăturate se vede că bolnavii din cele trei grupe au absorbit mai mult fier tocmai atunci când a fost atât de frecvent numărul gastritelor, duodenitelor și enteritelor. E cunoscut faptul că absorbția de fier este în funcție de nevoile organismului. În cazurile noastre putem afirma cu certitudine că aviditatea organismului a fost atât de exprimată, încât a putut forța cu ușurință bariera reprezentată de modificările patologice gastro-intestinale amintite. Pe de altă parte când în urma tratamentului eficace, modificările de mai sus dispar, nu mai e nevoie de o absorbție atât de masivă ceea ce este dirijat în primul rând de nevoia organismului. Trebuie să menționăm că fierul redus prin hidrogen administrat per os, nu este fiziologic. Absorbția fierului alimentar este rezultanta interacțiunii a mai multor procese, deci e posibil că fierul coloidal alimentar, din cauza modificărilor tractului digestiv, să nu se absoarbă în aceeași măsură ca fierul redus prin hidrogen.

Continuând examinările noastre și în urma primei redactări a lucrării de față putem să clarificăm cu noi date problemele ridicate la punctul Ad. 3.

Am examinat absorbția de fier la 96 de bolnavi suferind de tulburări gastro-intestinale evidente, ținând seama în primul rând de aceste tulburări, adică am cercetat cum este absorbția de fier în cazul când există doar unul considerat de noi ca factor inhibant, de pildă gastrita numai. Cum se manifestă absorbția dacă sînt prezenți 2 sau 3 factori de acest fel (de exemplu gastrita, enterita; gastro-enterita, anaciditatea), după cum se vede în fig. alăturată numărul așa numiților factori inhibanți (și de bună seamă și gravitatea lor) influențează în mod precis și proporțional probele hipersideremiei provocate. Este evident faptul că din cauza avidității de fier a bolnavilor anemici se absoarbe mai mult fier decît în cazul bolnavilor neanemici suferind de aceleași afecțiuni gastro-intestinale. Curba notată cu „a” a fig. alăturate demonstrează absorbția foarte bună de fier a 15 bolnavi anemici în cazul cînd condițiile de absorbție din tractul gastro-intestinal sînt bune. Curba b marchează media proporțională a absorbției a 14 bolnavi anemici, la care s-a putut pune în evidență prezența unui singur factor inhibant, doar o gastrită, o enterită sau o anacidoză. Curba c — puțin mai turtită demonstrează absorbția de fier a 13 bolnavi neanemici suferind de o singură modificare gastro-intestinală. Curba notează o absorbție diminuată deoarece în aceste cazuri nu a fost prezentă aviditatea de fier stimulatorie de absorbție. Curba d oferă date privitoare la 12 bolnavi anemici a căror absorbție de fier a fost inhibată de doi factori. Curba e aparține la 15 bolnavi neanemici a căror absorbție de fier a fost inhibată de doi factori. Curbele f și g ilustrează absorbția minimă respectiv inexistentă cauzată de trei factori inhibanți a 16 bolnavi anemici, respectiv a 10 bolnavi neanemici.

În același timp curbele noastre demonstrează că aviditatea de fier provocată de anemie poate învinge într-o oarecare măsură și piedicile cauzate de modificările gastro-intestinale. Acest rol al avidității de fier este ilustrat de fișa hașurată dintre curbele b—c și celelalte.

Probele de absorbție arată deci clar și numeric relația dintre modificările gastro-intestinale și absorbția de fier.

Concluzii

1. In prima serie a examinărilor noastre am studiat modificările gastro-intestinale la 85 de bolnavi suferind de anemii asiderotice, 22 de bolnavi cu anemii post-hemoragice au fost scoși din această grupă din cauza lipsei modificărilor gastro-intestinale. 92% din cei 63 de bolnavi rămași au prezentat modificări patologice gastro-intestinale, ușor diagnosticabile pe cale radiologică. Modificările gastro-intestinale ocupă un loc de frunte în simptomatologia anemiilor asiderotice.

2. Legătura reciprocă dintre anemii și tulburările gastro-intestinale (cerc vicios) este dovedită de faptul că tratamentul cu fier, singur, a dus la dispariția (40%) sau la ameliorarea (26,7%) aspectului radiologic caracteristic.

3. In anemiile consecutive microhemoragiilor cronice (hemoroizi, donatori de sânge, telenangiectazia hemoragică a lui Osler) nu am observat simptome subiective sau obiective radiologice care să fi pledat pentru tulburări gastro-intestinale. Acest fapt subliniază în mod și mai evident importanța etiopatogenetică a tulburărilor gastro-intestinale la celelalte anemii asiderotice.

4. Ameliorarea tabloului hematologic și a tulburărilor gastro-intestinale nu s-a instalat în mod paralel. Ridicarea numărului de hematii și a procentului de hemoglobină semnalizează doar o ameliorare hematologică. Dispariția anemiei tisulare, a carenței tisulare de fier se instalează mai târziu. Restituția mucoasei gastro-intestinale este probabil o consecință a dispariției anemiei tisulare.

5. In urma tratamentului cu fier, se ameliorează și funcțiunea secretorie a stomacului. Am găsit semnificativ numărul mare de anacizi înregistrați în grupa anemiilor post-hemoragice (12 din 22). Ei neprezentând tulburări gastro-intestinale decelabile nici chiar radiologic, rolul acidității devine evident în etiologia acestor anemii.

Se poate presupune și contrariul acesteia; anemia cronică diminuează funcția secretorie a mucoasei gastrice.

6. In cea de a doua serie de examinări, executate pe 96 de bolnavi, cu ajutorul probei de absorbție cu hipersideremie provocată, am reușit să obținem date numerice privitoare la faptul că numărul și de bună seamă și gravitatea modificărilor gastro-intestinale, considerate de noi drept factori inhibitori influențează în mod precis și proporțional absorbția de fier. In cadrul acestor examinări prin reprezentări grafice am reușit să demonstrăm și rolul avidității de fier ca stimulator a absorbției.

Sosită la redacție la 28 octombrie 1956.

Bibliografie

1. Alexejev: Clinicescaia Med. nr. 11, 1954; 2. Kändelaki K. I.: Clinicescaia Med. nr. 4, 1954, Medgiz Moscova 64—68; 3. Heilmeyer L.: Hdb. d. Inn. Med., Vol. 2. Ed. 4, Springer 1951; 4. Dr. A. Mowczek: Deutsche Zeitschrift für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Leipzig 1952; 5. Vanotti A.: Izotopi v. Biochimii. Izd. Inestr. Lit. Moscova 1953; 6. G. Katsch, H. Pickert: Handbuch der Inn. Med. Springer Verlag 1953; 7. W. Ott: Schweizer Med. Wocheaschrift 1953/nr. 3; 8. Dr. J. Kechenberger: Deutsche Zeitschrift für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten Leipzig 1956; 9. Dr. J. Kechenberger: Zeitschrift für die gesamte Innere Med. und ihre Grenzgebiete. Leipzig 1956.

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ АСИДЕРОТИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ

Б. Майор, П. Доци, Г. Мальнаши, И. Лакс

Исследованы желудочно-кишечные изменения у 63 больных асидеротическим малокровием. У 92% наблюдались патологические желудочно-кишечные изменения, легко поддающиеся рентгенологическому анализу. Желудочно-кишечные изменения должны фигурировать в симптоматологии асидеротических болезней. Взаимосвязь между малокровием и желудочно-кишечными расстройствами обоснована тем, что лечение только железом повело к исчезновению (40%) или улучшению (26,7%) характерной рентгенологической картины. При этом улучшается и желудочная секреторная функция. Снижение рассасывания железа прямо пропорционально тяжести состояния и числу желудочно-кишечных расстройств (гастрит, энтерит и др.).

TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX DANS LES MALADIES ASIDÉROTIQUES

Major B., Dóczy P., Málnási G., Lax I.

On a étudié les modifications gastro-intestinales chez 63 malades d'anémies asidérotiques. 92% ont présenté des modifications pathologiques faciles à diagnostiquer par la radiologie. Les modifications gastro-intestinales doivent figurer dans la symptomatologie des anémies asidérotiques. Les rapports réciproques entre les anémies et les troubles gastro-intestinaux (cercle vicieux) sont justifiés par le fait que le traitement au fer, appliqué comme tel, a mené à la disparition (40%) ou amélioration (26,7%) de l'aspect radiologique caractéristique. En même temps on a constaté l'amélioration de la fonction sécrétoire gastrique. La réduction de la résorption du fer est directement proportionnelle à la gravité et au nombre des troubles gastro-intestinaux (gastrite, entérite etc.).