

STĂRILE CONSECUTIVE HEPATITEI EPIDEMICE

Lőrincz Pál, Kovács Ferenc

Apariția și masiva răspândire a hepatitei epidemice în timpul și după cel de al doilea război mondial, constituie o gravă problemă de igienă socială. Lunga evoluție a bolii, durata convalescenței și predispoziția de vindecare trenantă care se deosebește de evoluția obișnuită a maladiilor acute sînt tot atîția factori cari accentuează importanța acestei probleme.

Din cauza simptomelor subiective și a capacității reduse de muncă, cei mai mulți bolnavi rămîn cu conștiința bolii chiar după încheierea fazei acute și după ce au părăsit clinica. Dintre toate stările consecutive hepatitei epidemice, cea mai importantă, în procentaj, este sindromul post-hepatitic, descris de *Sherlock* și *Walshe* (1), pe care *Lichtmann* (2) în lipsa unor semne obiective îl consideră o psihoneuroză.

Dar cea mai serioasă grijă trebuie să o acordăm viitorului bolnavilor de hepatită epidemică. Autorii cari s-au ocupat cu această problemă — *Magyar I.* (3), *Lupu N. G.* (4) — sînt de acord că hepatita cronică a devenit frecventă, datorită vindecării incomplete a maladiei acute. *Stockinger* (5) atrage atenția asupra importanței tulburărilor colecistului și a căilor biliare, ce survin ca o consecință a hepatitei. Alți autori însă, *Miasnikov* (6), *Kalk* (7), *Hortopan* și *Foață* (8), *Krarup, Roholm* (9) demonstrînd dependența directă dintre hepatita epidemică și ciroză, consideră că în fața bolnavilor de hepatită se deschid perspective sumbre. Unii autori, ca de ex. *Tareiev* (10), mai cred și astăzi că o treime din totalul cazurilor de ciroză își au originea în hepatită. Pînă în ultimul timp, autorii și-au exprimat părerea că o bună parte a bolnavilor de hepatită cronică, mor mai devreme sau mai tîrziu, din cauza cirozei. Sînt unii autori care identifică noțiunea de hepatită cronică cu aceea de ciroză. (*Miasnikov*, 11).

În atmosfera deprimantă ce s-a creat în urma părerilor autorilor amintiți, poate fi socotită o adevărată cotitură studiul lui *Magyar* (3), care acceptă, în principiu, trecerea hepatitei în ciroză (pe baza unor numeroase date clinice, de laborator și histopatologice), dar consideră că practic această trecere prezintă o probabilitate foarte redusă. Socotim de asemenea că cercetările lui *Hermann J.* (12) și colaboratorii sînt importante în ceea ce privește diferențierea hepatitei cronice și a cirozei.

Autorii caută pe diferite căi să rezolve problema corelației între hepatita acută, sindromul post-hepatitic, hepatită cronică și ciroză. Dacă facem abstracție de metodele histopatologice, (care nu sînt aplicabile la examinările în masă), metodele apte pentru soluționarea acestei probleme se împart în două grupe generale: 1. metodele retrospective care tind să găsească în anamneza îndepărtată a bolnavului hepatita acută care ar putea să explice maladia cronică a ficatului și a căilor biliare; 2. metodele anterpective cu ajutorul cărora bolnavii de hepatită acută sînt urmăriți, timp mai îndelungat, în interesul aprecierii stării de mai tîrziu.

Nici unul din aceste două procedee nu este satisfăcător. Cu ajutorul metodei retrospective se pot decela în general, numai cazurile de hepatită acută însoțite de icter manifest, fără să mai vorbim de datele trecute prin subiectivitatea bolnavului, care tocmai de aceea nu sînt sigure. Această metodă nu poate indica proporția reală a sechelelor de hepatită, deoarece nu avem posibilitatea să cunoaștem mărimea celui lot al bolnavilor de hepatită la care au aparținut bolnavii respectivi.

Cea mai mare dificultate a metodei anterpective constă în faptul, că e aproape imposibil să se urmărească, ani de-a rîndul, vastul material clinic în întregimea lui.

Din insuficiențele pe care le prezintă cele două metode diferite, reiese că și rezultatele obținute sînt divergente.

În sfîrșit, trebuie să mai amintim că, aplicînd cele două metode, examinăm, perioade diferite ale stărilor consecutive hepatitei acute. În raza de interes a metodei retrospective se află, mai cu seamă, complicațiile tardive, în timp ce metoda anterpectivă urmărește înainte de toate, complicațiile precoce. Din cauza aceasta, prima metodă arată mai puțin, iar a doua mai mult decît e în realitate.

Primul examen de control al bolnavilor reveniți la clinică în acest scop, l-am efectuat după 1—3 luni de la data bolii, iar celelalte examene

după 4—6; 7—12 luni și 1—2—3—4 sau 6 ani. Cu ocazia examenului de control, am completat fișe în care am trecut datele cercetărilor clinice și de laborator, precum și datele anamnestice amănunțite, referitoare la perioada de după hepatita acută. Aceste date au cuprins odihna, regimul alimentar, medicația și acuzele subiective ale bolnavului.

Trebuie să notăm, că cu cât a trecut mai mult timp de la boala acută, cu atât s-a micșorat mai mult numărul bolnavilor reveniți la control. Aproape pe toți bolnavii care s-au prezentat după un an sau mai mulți ani de la data, când au suferit de hepatită acută, a trebuit să-i chemăm în scris la examenul de control. Dar și din lotul acestora numai aceia s-au prezentat, la care au persistat anumite simptome. Acest fapt ridică ideea dispariției progresive a simptomelor post-hepatitice.

În perioada 1951—55 am urmărit starea a 642 de bolnavi timp de o lună până la 6 ani, după boala acută. Unii bolnavi au fost văzuți doar odată, iar alții de mai multe ori. În cursul controlului celor 642 de bolnavi, am efectuat 817 examene clinice și peste 4.000 examene de laborator. Aceste examinări n-au servit exclusiv la colectarea de date, deoarece bolnavii cu acuze au primit indicații terapeutice, iar după necesitate, au fost îndrumați la alte clinici pentru tratament.

Repartizarea bolnavilor din punctul de vedere al perioadei de control, a fost următoarea: după 1—3 luni de la boala acută, am examinat 370 bolnavi; după 4—6 luni 114 bolnavi; după 7—12 luni 23 de bolnavi; după 1—2 ani 55 de bolnavi; după 2—3 ani 10 bolnavi; după 3—4 ani 48 de bolnavi; după 4—6 ani 22 de bolnavi.

Tabelul Nr. 1.

Perioada de control	Numărul bolnavilor controlați	Numărul controalelor
1—3 } luni	23	79
4—6 } luni	370	479
7—12 } luni	114	122
<hr/>		
1—2 } ani	55	55
2—3 } ani	10	10
3—4 } ani	48	48
4—6 } ani	22	24
Total:	642	817

Repartizarea bolnavilor după vîrstă a fost următoarea: între 0—15 ani 184; între 16—25 ani 159; între 26—40 ani 181; peste 40 ani 118.

Repartizarea bolnavilor după forma clinică a bolii a fost următoarea: 587 cu icter și 55 suferind de hepatită anicterică.

Dintre cazurile cu icter, 269 au prezentat forme ușoare, 212 forme medii și 106 forme grave sau trenante. Dintre bolnavii cu hepatită anicterică, 51 au făcut forme ușoare, 3 forme medii și 1 formă gravă. Stabilirea formei clinice s-a făcut după următoarele criterii: durata bolii, gradul hepato-splenomegaliei, simptome subiective, intensitatea probelor de dispreteinemie, urobilinogenuria, gradul și durata bilirubinuriei.

Pentru a putea urmări raportul ce eventual ar exista între starea post-hepatitică și hepatita acută, la ieșirea bolnavilor din clinică am luat în considerare cele mai importante criterii.

La ieșirea din clinică numai 3,9% dintre bolnavi nu au prezentat hepatomegalie, la 43,3% hepatomegalia a fost de grad mijlociu, iar la 52,8% a fost mai pronunțată.

Starea splinei a prezentat o situație mult mai bună. Polul inferior al splinei a fost palpabil la 69,9% dintre bolnavi, iar la 30,1% a fost palpabil de la 1—3 degete.

Rezultatul examinării urinei bolnavilor la ieșire a fost următorul: 54,1% dintre bolnavi au prezentat o urobilinogenurie normală, 38% o urobilinogenurie ușor crescută și 7,9% o urobilinogenurie pozitivă și intens pozitivă. Accentuăm faptul că între bolnavii cu urobilinogenurie pozitivă și cei cu urina normală, nu am găsit nici o altă deosebire obiectivă, primii ne reprezentând, la fel ca și ceilalți nici un simptom. Ușoara leziune a ficatului de natură să cauzeze sau să explice urobilinogenuria nu a avut nici o influență asupra stării subiective a bolnavului. La 637 de bolnavi bilirubinuria a încetat complet, iar 5 bolnavi, deși prezentau bilirubină în urină, au părăsit clinica la propria lor cerere.

Probele de disproteinemie (Takata, Thymol, Cadmiu și Weltmann) efectuate înainte de ieșirea bolnavilor, au fost pozitive în aceeași proporție ca și în faza acută a bolii, ceea ce corespunde datelor existente în literatură (70—80%).

În cursul examenelor de control, am examinat ficatul, splina, urina, singele, luând în considerare și simptomele subiective ale bolnavilor. Am grupat bolnavii și rezultatele după durata perioadei de observație.

Nu am avut posibilitatea să efectuăm examenul de laborator și explorarea funcțională a colecistului și a căilor biliare. Examinând ficatul bolnavilor reveniți la control, am obținut următoarele rezultate:

În primele 6 luni după boala acută, am constatat dispariția hepatomegaliei numai în 6% din cazuri, în 55% din cazuri, ficatul a fost ușor palpabil, iar în 39% din cazuri hepatomegalia a fost accentuată.

Urmărind starea ficatului în perioadele mai tardive de la data bolii, constatăm același lucru. Chiar după 4—6 ani de la faza acută, am găsit mărimea normală a ficatului numai în 12,5% din cazuri.

Examinând starea splinei în perioada de 1—3 luni, la 370 de bolnavi, nu a putut fi palpată decît în 115 cazuri, adică în proporție de 31%. În toate celelalte perioade mai tardive, polul inferior al splinei nu s-a putut palpa în proporție de 66% din totalul cazurilor controlate.

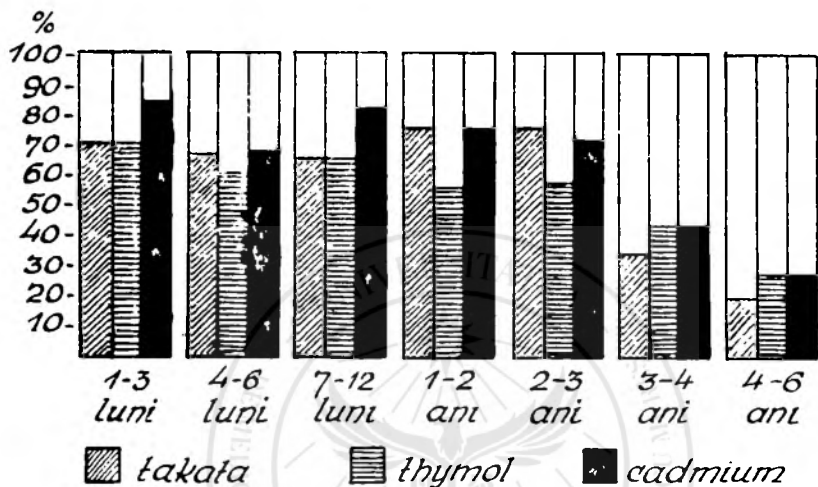
Examinînd conținutul în urobilinogen al urinei bolnavilor, am constatat că în perioada de 1—3 luni după faza acută, cazurile cu urobilinogenurie normală reprezintă 3/4; în perioada de 3—6 luni, aceleași cazuri reprezintă 5/6; în perioada de 7—12 luni, 3/4; în perioada de 1—2 ani și de 2—3 ani, 4/5; în perioada de 3—4 ani 9/10, iar în perioada de 4—6 ani, 4/5.

Cu ocazia examenelor de control nu am găsit bilirubină în urină decît în cîteva cazuri de icter, dar și aceasta cel mai tîrziu după doi ani de la data bolii acute.

În cursul repetatelor examene de control am constatat, că reacțiile Takata, Thymol și Cadmiu au rămas pozitive mult timp după boala acută (în proporția stabilită în timpul bolii), și numai după trei ani au devenit negative, dar și atunci în 70—80% din cazuri.

Banda de coagulare prelungită a reacției Weltmann, care indică leziunea parenchimului hepatic, arată în schimb mult mai devreme, chiar după câteva luni, o tendință de revenire la valorile normale.

PROBELE DE DISPROTEINEMIE LA CONTROL



Cu ocazia examenelor pe care le-am efectuat, am obținut date interesante în legătură cu simptomele subiective ale bolnavilor.

Dintre cei 642 de bolnavi pe care i-am controlat, 179 nu au prezentat nici o acuza la examenul de control făcut după ieșirea din clinică. Aceasta constituie 27,9% din numărul total. Prin urmare, aproape 3/4 din toți bolnavii au prezentat diferite acuze și mult timp după faza acută.

În tabelul nr. 2 consemnăm caracterul și frecvența acuzelor subiective constatate cu ocazia efectuării controlului:

În total am întâlnit sensibilitatea punctului cistic în 58 de cazuri. Dacă în acestea adăugăm cele 17 cazuri cu gust amar în gură, simptom pe care *N. G. Lupu* îl consideră ca fiind cauzat de tulburările căilor biliare, precum și cele 195 de cazuri, cu dureri spontane în regiunea hepatică, atunci avem în total 270 de cazuri cu sensibilitatea punctului cistic, ceea ce reprezintă 56%. E verosimil ca, durerile spontane din regiunea hepatică nu sînt de origine parenchimatooasă, ci simptome dischinetice. După cum am amintit, pentru a verifica presupunerea noastră nu am putut efectua sondaje duodenale sau alte examene.

Dacă analizăm separat simptomele menționate pînă acum, constatăm că ameliorarea clinică nu depinde de micșorarea hepatomegaliei. La bolnavii reveniți pentru control, involuția totală a ficatului a survenit într-un procent extrem de redus față de totalitatea cazurilor.

Tabelul Nr. 2.

Caracterul acuzei	Frecvența acuzelor în ‰						
	După 1-3 luni	După 4-6 luni	După 7-12 luni	După 1-2 ani	După 2-3 ani	După 3-4 ani	După 4-6 ani
Astenie	51,8	41,2	43,4	45,4	90	43	31,8
Amețeli-cefalee	8,1	9,6	—	7,2	—	4,1	9
Nervozitate—insomnie	6,2	8,7	—	7,2	—	12,5	—
Transpirație	2,7	1,7	—	1,8	—	6,2	—
Dureri în regiunea ficatului	30	28,9	47,8	32,7	30	31,2	18,1
Dureri colecistice	7	14,03	13	7,2	30	14	4,5
Greață	7	11,3	8,6	21	10	16,6	—
Anorexie	17,2	15,7	8,6	40	25	25	9
Balonare	17,2	15,7	13	29	30	14,5	18,1
Vărsături	1,3	1,7	4,3	7,2	—	4,1	—
Intoleranță la grăsimi și legume	3,2	5,2	17,3	3,6	10	12,5	27,2
Gust neplăcut în gură	2,7	5,2	4,3	—	—	—	—
Constipație	5,8	7	4,3	12,7	20	8,3	4,5
Scaune variabile	1,3	0,8	—	1,8	—	—	—
Pierdere în greutate	8,1	17	21,7	16,3	20	20,8	13,6
Ciștișare în greutate	75	19,2	—	1,8	10	31,2	27,6
Pruirit	5,4	—	—	—	—	—	—
Urticarie	8,1	1,7	—	—	—	—	—
Dureri articulare	8,1	2,6	—	1,8	—	—	—
Diminuarea libidonului	0,27	—	—	—	—	—	—
Fără acuze	33,6	19,5	8,7	8,2	—	29,1	36,4

În realitate, chiar după 4—6 ani de la data bolii am găsit hepatomegalia într-o proporție aproape la fel de ridicată (91,01%) ca și la data ieșirii din clinică a bolnavilor (96,2%).

În opoziție cu observațiile noastre, unii autori au constatat prezența hepatomegaliei într-un procent mult mai mic, în cursul examenelor efectuate după perioada acută. Astfel, *Grossberg I.* și *Korányi Gy.* (13) au constatat hepatomegalia la copii numai în 24,5%, *N. G. Lupu* (4) în 18%, iar mai târziu în 6%, *Pecurariu* (14) în perioada de 6 luni pînă la 5 ani, în 36% pînă 6%.

Dintre cei 158 de bolnavi pe care i-am controlat după 7 luni pînă la 6 ani de la data bolii acute, în 42 de cazuri am găsit hepatomegalie, adică hepato-splenomegalie, fără să prezinte nici o acuză subiectivă, iar examenele de laborator au fost negative.

Lichtmann (2) scrie că ficatul palpabil după hepatita epidemică este cauzat de infiltrația periportală persistentă, prin păstrarea structurii normale a lobului hepatic. El numește aceste cazuri drept forme inactice ale hepatitei cronice.

Magyar I. (15) socotește ficatul mare fără acuze subiective și fără date de laborator, drept o fibroză hepatică. După părerea noastră noțiunea de fibroză hepatică corespunde mai bine realității, deoarece această hepato-splenomegalie solitară poate fi considerată ca „mută”, fără nici o importanță patologică și în consecință putem să vorbim de vindecarea completă a bolnavului.

Pe baza observațiilor dobîndite cu ocazia efectuării examenelor la ieșirea bolnavilor și la controlul lor, putem să afirmăm că splina urmărește mai fidel evoluția bolii. De obicei, paralel cu ameliorarea clinică,

dispare și palpabilitatea polului inferior al splinei. De cele mai multe ori splenomegalia se asociază cu alte simptome subiective și date de laborator. În aprecierea stării bolnavului, aceste fapte indică importanța splenomegaliei.

Chiar și în perioadele tardive, urobilinogenuria trebuie privită ca fiind patologică, și ea constituie un semn că boala e insuficient vindecată. Astăzi știm că uneori reacția pozitivă de urobilinogen poate fi dece-labilă și prin reacția de mesobiliviolină, cauzată și de formarea accen-tuata de stercobilină. Pentru a fi lamurită, această problemă are nevoie de cercetări ulterioare convingătoare.

Reapariția bilirubinei am observat-o în cazurile de recidivă sau de debut ale decompensării parenchimoase a cirozei.

Probele de disproteinemie — Takata, Thymol și Cadmiu nu exprimă fidel nici evoluția patologică a bolii și nici vindecarea clinică. După cum am văzut, ele rămân ani îndelungați pozitive. Tocmai de aceea aceste probe nu pot oferi o bază sigură în aprecierea vindecării. Reacția Welt-mann de asemenea s-a dovedit a fi foarte incertă.

În contrast cu observațiile noastre, unii autori — *Lawinska-Stan-kiewiczowa S.* și *Wroblowa W.* (17) s-au declarat în mod favorabil despre utilitatea reacției Weltmann și Cadmiu.

Dintre cei 338 de bolnavi care au prezentat acuze subiective și pe care i-am examinat în primele 6 luni după ieșirea din clinică, nu am găsit nici unul care, pe lângă acuzele subiective să nu prezinte și simpto-me obiective. Probabil, aceste cazuri ar putea fi caracterizate prin no-țiunea de sindrom post-hepatitic, creată de *Sherlok* și *Walshe*. În perioa-delor mai tardive, de la 7 luni la 6 ani, dintre 124 de bolnavi cu acuze subiective, nu am găsit decât unul fără simptom obiectiv. Dintre 100 de bolnavi pe care i-a controlat după 4—6 ani de la data bolii acute, *Ma-gyar I.* (18) nu a găsit nici unul care să fi prezentat acuze subiective fără simptome obiective. Faptul că nu există nici acuze subiective fără alterari obiective, ne îndreptățește să nu considerăm sindromul post-he-patitic drept o psihoneurastenii, ci un complex de simptome ale maladiei incomplet vindecate. Psihoneuroza constituie o parte integrantă a sin-dromului post-hepatitic în a cărui componență găsim astenie, sensibili-tate la palpare în hipocondrul drept, anorexie și tulburări gastro-intesti-nale. Alterările obiective existente oferă explicația morfo-funcțională a acestor acuze.

Din cele de mai sus rezultă că și acuzele subiective prezente în pe-rioda tardivă, trebuie analizate cu toată seriozitatea.

În cazurile cercetate de noi, cea mai frecventă acuză a fost, în toate perioadele și în mod vădit, astenia, o senzație de oboseală și de slăbi-ciune specifică bolnavilor. Această constatare a noastră este în concor-danță cu observațiile lui *Brauner R.* și ale colaboratorilor săi (19) care au găsit în 83% din materialul lor clinic, stări astenice persistente, semn al leziunii sistemului nervos central. *Magyar I.* (18) însă, nu a găsit decât în proporție de 7% astenia, oboseala.

Alți autori insistă asupra numărului mare de tulburări gastro-intes-tinale. În cazurile noastre, una din cele mai rare acuze este intoleranța

alimentară, și în special, intoleranța față de grăsimi. Aceasta e în deplină concordanță cu observația empirică, explicată în ultimul timp și din punct de vedere teoretic, potrivit căreia bolnavii suportă bine un regim alimentar mai bogat chiar în faza acută a maladiei. În cazurile noastre, printre acuzele bolnavilor, am găsit de mai multe ori, transpirația, mai cu seamă, în perioada imediat următoare bolii acute; aceasta constituie, cu toată siguranța, o consecință a tulburărilor neuro-vegetative cauzate de virusul bolii. Simptomul acesta relativ rar este menționat și de *O. Pecurariu* (14) și colaboratorii.

Pînă acum ne-am ocupat numai de unele simptome ce persistă după boală. Simptomele izolate nu pot să lămurească problema consecințelor maladiei acute. Numai asocierea acuzelor subiective cu cele obiective poate să ne ofere tabloul complet al stărilor consecutive hepatitei.

Am cercetat materialul nostru clinic și din punctul de vedere al raportului existent între simptomele subiective și cele obiective. Intrucît autorii susțin în unanimitate că unele simptome ale sindromului post-hepatitic pot să persiste chiar timp de 6 luni, după maladia acută, iar despre hepatita cronică nu se poate vorbi decît după trecerea acestei perioade, noi ne vom ocupa în cele ce urmează de bolnavii care au părăsit clinica de mai bine de 6 luni.

În scopul efectuării controlului, am împărțit acest materiale în 7 grupe :

Tabelul Nr. 3.

	7—12 luni	1—2 ani	2—3 ani	3—4 ani	4—5 ani	Total
I. Hepatomegalia	4	9	0	14	10	37
II. Hepatosplenomegalie	—	1	0	4	—	5
III. Hepatosplenomegalie și + labor.	1	4	0	1	0	6
IV. Hepatosplenomegalie și acuze subiective	3	9	4	16	6	38
V Hepatosplenomegalie	15	31	6	12	5	69
VI. Numai acuze subiective	—	—	—	—	1	1
VII. Numai rezultate poz. de laborator	—	—	—	1	—	1

În primele două grupe se situează bolnavii la care am constatat hepatomegalie și hepatosplenomegalie fără alte simptome. Aceștia compun lotul bolnavilor de fibroză hepatică, și neavînd alte simptome subiective sau obiective, putem să-i considerăm vindecați. În grupele III—V sînt acei bolnavi la care hepato- sau hepatosplenomegalia s-a asociat sau numai cu rezultate pozitive de laborator, sau numai cu acuze subiective sau cu amîndouă împreună. Aceștia alcătuiesc deci grupul bolnavilor care după 7 luni de la trecerea perioadei acute prezintă încă semne de activitate.

Stările patologice, la baza cărora se află insuficiența funcțională a ficatului, sînt de mult cunoscute. Cauza acestora s-a găsit uneori sau într-o hepatită acută avansată, sau s-a presupus o hepatită acută fără semne clinice, purtată pe picioare. În ceea ce privește definirea acestor stări literatura nu a ajuns la un punct de vedere unitar, și în această chestiune, pînă în ultimul timp, a domnit o confuzie de noțiuni. În ulti-

mul timp însă, definirea acestor stări se face mai clar și mai precis. *G. Bergmann* (20), în calificarea acestor stări, folosește termenul de hepatopatie latentă, iar *R. Glenard* (21) în literatura franceză, le numește „petite insuffisance hépatique”. Astăzi, autorii le numesc hepatite cronice.

Noi introducem în sfera noțiunii de hepatită cronică, cazurile noastre cu semne de activitate. Găsim un număr impresionant de asemenea cazuri. Din 158 de bolnavi controlați între 7 luni—6 ani după perioada acută, am identificat 113 bolnavi suferind de hepatită cronică.

Sintem convingși că acest număr depășește realitatea, deoarece dintre bolnavii rechemati după ani de zile de la boala acută, s-au prezentat mai ales, sau numai aceia care au avut anumite acuze. Chiar și dintre aceștia, aproximativ 1/3 au fost găsiți vindecați. Din această cauză, atunci când vrem să tragem concluzii privitor la numărul hepatitelor cronice dezvoltate din hepatita acută, trebuie să luăm drept bază un număr cu mult mai mare de bolnavi decât cei controlați. Așa dar, datele statistice nu sînt prea deprimante. Pe lângă aceasta, o bună parte a autorilor și în special *I. Magyar* (15) a demonstrat, în mod convingător, că cea mai mare parte a hepatitelor cronice, se vindecă treptat.

Am găsit în materialul nostru 18 recidive.

Tabelul Nr. 4.

Perioada	Numărul recidivelor	Ciroze
1—3 luni	6	4
4—6 luni	2	2
7—12 luni	1	3
1—2 ani	5	2
2—3 ani	—	—
3—4 ani	4	—
4—6 ani	—	—
Total:	18	11

După cum se vede, majoritatea recidivelor a survenit în maximum 2 ani. Cazurile noastre recidivante, în marea lor majoritate, le-am considerat hepatite cronice. Aproape în nici un caz nu am putut să stabilim legătura între recidivă și eventualele abateri de la terapie sau regim, comise în perioada de convalescență sau după aceea.

În materialul nostru am găsit în total 11 ciroze.

Dacă scădem din acest număr un caz în care colelitiiza premergătoare, și un alt caz în care sifilisul terțiar pot fi încriminați drept cauze pentru dezvoltarea cirozelor, ne rămîn 9 cazuri în care diagnosticul a fost stabilit sau clinic sau histopatologic sau prin autopsie.

Este de remarcat că toate cazurile de ciroză au urmat la maximum 2 ani, iar majoritatea la 1 an după boala acută.

Deși cazurile noastre ne îndreptătesc să tragem concluzia că ciroza hepatică este consecința nu tardivă ci relativ timpurie a hepatitei epidemice, totuși rămîne ca o problemă deschisă posibilitatea că cazurile de hepatită trecute direct în ciroză, n-au fost cazuri de hepatită epidemică acută, ci au fost bolnavi internați de-a dreptul cu ciroză hepatică.

E departe de noi intenția de a nega rolul cirogen al hepatitei epidemice, dar considerăm că această chestiune va fi rezolvată în mod convingător, numai prin perfecționarea metodelor de diagnostic.

Observațiile noastre relative la dezvoltarea rapidă a cirozei din hepatita epidemică acută, concordă cu observațiile lui *Hortopan* și *Foarță* (8), *M. G. Malchina* (21) și ale altor autori.

Am cercetat corelația între forma clinică a bolii și consecințele ei. Din 44 de cazuri cu evoluție gravă, 10 n-au prezentat nici un simptom cu ocazia controlului, 24 au devenit hepatite cronice și în mică parte ciroze, 6 au recidivat, iar în 4 cazuri s-au dezvoltat colecistopatii tardive. Cu toate că numărul cazurilor este mic, cele constatate par să demonstreze că, din boala acută cu evoluție gravă stările post-hepatitice, se dezvoltă într-un procent mai mare, decât din cele cu forme ușoare. În cazul hepatitelor grave sau trenante, putem presupune cu mare probabilitate vindecarea insuficientă sau dezvoltarea stării post-hepatitice.

În cazul celor 51 de bolnavi, pe care am avut ocazia să-i controlăm de mai multe ori în interval de un an, din punctul de vedere al dispariției acuzelor subiective și a semnelor obiective, am obținut datele trecute în tabelul V.

Tabelul Nr. 5.

	1 an	2 ani	3 ani	4 ani
I. Micșorarea ficatului	6	1	1	—
II. Micșorarea splinei	3	—	—	1
III. Ameliorarea acuzelor subiective	3	—	—	—
IV. Ameliorarea urinei	8	1	1	—
V. Ameliorarea probelor funcțiunii ficatului	8	1	2	1
Total:	28	3	4	2
VI. Neschimbat	14	—	—	—

În tabel sînt de relevat două fapte: în primul rînd că majoritatea bolnavilor se vindecă, și în al doilea rînd că ameliorarea survine în primul an, mai tîrziu foarte rar. Se pare că în primul an procesul are un anumit dinamism, iar mai tîrziu devine staționar. *N. G. Lupu* (4) relatează despre vindecări survenite și mai tîrziu.

Deși sîntem conștienți de faptul că datele obținute de noi au o valoare foarte relativă, trebuie totuși să constatăm că vindecarea în hepatita acută nu se produce cu o frecvență așa de mare, cum am crezut și noi înaintea cercetărilor noastre. Numărul cazurilor care trec în hepatită cronică este impresionant, și nu e lipsit de importanță nici numărul acelor cazuri care se termină cu fibroză hepatică. Sindromul post-hepatitic l-am constatat într-un număr mai mare, decât puteam să presupunem, iar numărul cazurilor de ciroză hepatică dezvoltate într-un timp așa de scurt, trebuie să ne dea de asemenea de gîndit.

Toate aceste date ne-ar obliga să privim problema sub un aspect sumbru, dacă n-am cunoaște constatările care au fost făcute pe baza

методы retrospective, și care dovedesc numărul mic al cirozelor dezvoltate din hepatită acută. (*I. Magyar* (3), *Zieve L.*, *E. Hill*, *S. Nesbit* și *D. Zieve* (22).

Diferențele obținute prin cele două metode ne arată că pînă în cele din urmă majoritatea hepatitelor cronice se vindecă, și chiar dacă tabloul perioadei de după boala acută pare a fi întunecat, în ceea ce privește starea de mai târziu a bolnavilor, putem totuși să fim plini de încredere.

Sosit la redacție: la 29 noiembrie 1956.

Bibliografie:

1. *S. A. Sherlock și Walshe*: Clin. Sci. 6, 223, 1948; 2. *S. S. Lichtmann*: Diseases of the liver, gallbladder and bileducts. Lea a. Fabrgar, Philadelphia 1949; 3. *Magyar I.*: O. H. 50, 1361, 1954; 4. *Lupu N. G.* și colab.: Medicina Interna 3, 3, 1955; 5. *Stockinger*: D. Med. Wschr. 72, 476, 1947; 6. *Miasnicov A. I.* și colab.: Experiența medicinei sovietice în marele războiu de apărarea patriei 1941—45; 7. *Kalk H.*: D. Med. Wschr. 72, 33/34, 1946—47; 8. *Hortopan—Foarșă*: Studii și cercetări de inframicrobiologie etc., anul II. 1951; 9. *Krarup, Roholm* cit. *S. Jagnov și E. Kreindler*: Cirozele hepatice. Editura Medicală, București, 1955; 10. *Tarajev M.*: Sov. Med. 8, 1950; 11. *Miasnicov A. I.*: Propedeutica Medicală, Edit. pt. lit. st., București, 1953; 12. *Hermann J., Hirsch A. și Gyergyay F.*: Beszámoló az OTT. marosvásárhelyi fiókjánál, 1952. III. 12; 13. *Grossberg I. și Korányi Gy.*: O. H. 25, 696, 1955; 14. *Pecurariu O.* și colab.: Dare de seamă la Filiala Societății Științelor Medicale din Orașul Stalin, 1955. V; 15. *Magyar I.*: Bel. Arch. 4, 97, 1954; 16. *Lavinska S., Stankiewiczowa și Wroblowa W.*: Pol. Arch. Med. Vewartz 24, 199, 1954; 17. *Magyar I.* și colab.: O. H. 18, 1, 1953; 18. *Brauner R.* și colab.: A doua sesiune științifică a Institutului de Medicină și Farmacie, București, pag. 120, 1956. aprilie 15—16; 19. *Bergmann G.*: Functionelle pathologie 2. Aufl. Springer, Berlin, 1936; 20. *Glenard R.*: id. *Magyar I.*: Bel. Arch. 4, 97, 1954; 21. *Malkina M. G.*: Sov. Med. 11, 1951; 22. *Zieve L., Hill E., Nesbitt S and Zieve B.*: Gastroenterology 25, 4, 459, 1953.

О СОСТОЯНИЯХ ПОСЛЕ ОСТРОГО ГЕПАТИТА

Л. Леринц, Ф. Ковач

Наблюдения, проведенные над 642 больными эпидемическим гепатитом в течение 1 месяца — 6 лет после выписки из клиники, выявили продолжительную устойчивость многочисленных субъективных симптомов, спленомегалии и в значительной мере гепатомегалии. Тесты диспротеинемии стали отрицательными в большинстве случаев спустя 3-х лет.

Половина подвергнутых наблюдению случаев в течение первых 6-ти месяцев была приписана постгепатическому синдрому, а после этого периода 113 случаев считались больными хроническими гепатитами.

Установлено, что рецидивы и циррозы являются относительно ранними осложнениями эпидемического гепатита. Асимптоматичные случаи, указывающие лишь на наличие гепатомегалии или гепато-спленомегалии, считались фиброзом без патологического значения.

Хронический гепатит может быть излечен или превратиться в фиброз даже спустя целый ряд лет.

SUR LES ÉTATS CONSÉCUTIFS A L'HÉPATITE AIGUE

Lőrincz P., Kovács F.

Grace à l'observation de 642 malades d'hépatite épidémique pendant 1 mois — 6 ans, après qu'ils ont quitté la clinique, on a constaté une persistance prolongée de plusieurs symptômes subjectifs, de la splénomégalie et un pourcentage beaucoup plus grand de l'hépatomégalie. Les tests de la dysprotéïnémie sont devenus négatifs dans la majorité des cas seulement après un intervalle de 3 ans.

La moitié des cas observés pendant les premiers 6 mois ont été encadrés dans le syndrome post-hépatique, et après ce délai on a qualifié 113 malades comme souffrant d'hépatite chronique.

On a remarqué que les récurrences et les cirrhoses sont les complications de l'hépatite épidémique, qui surviennent relativement tôt.

Les cas asymptomatiques présentant seulement de l'hépatomégalie ou de l'hépatosplénomégalie ont été considérés comme les fibroses sans importance pathologique.

L'hépatite chronique peut être guérie ou évoluer vers la fibrose hépatique même après des années.
