

## DESPRE URMĂRILE TARDIVE ALE HEPATITELOR EPIDEMICE

(Studiu clinic)

I. Sass

Hepatita epidemică constituie fără îndoială problema cea mai actuală a patologiei ficatului. Clinica medicală este interesată mai ales în frecvența și gravitatea sechelelor acestei afecțiuni. În literatură găsim date contradictorii îndeosebi în ceea ce privește cronicizarea hepatitelor, proporția variind între 3,2—16% conform datelor publicate de *Lupu* și col., *Zieve* și col., *Cullinan*, *Neeffe*, *Kalk*, *Watson*, *Capps* și *Barker*, *Lörincz* și *Kovács* etc. Divergența acestor date se explică în primul rând prin faptul că examenele de control au fost efectuate prin metode diferite și la intervale inegale după faza acută a hepatitei, și prin aceea că nu s-a executat întotdeauna explorarea minuțioasă a căilor biliare.

Informații concludente se pot obține numai la un interval mai lung după stadiul acut al hepatitei, ținând seamă și de datele furnizate de explorarea atât a parenchimului hepatic cât și a căilor biliare. Din această cauză, studiul nostru cuprinde numai persoanele care au putut fi supuse unui examen de control într-un interval de cel puțin cinci ani după faza acută a hepatitei. Aceste examinări au luat în considerare, potrivit posibilităților noastre, și starea morfologică și funcțională a căilor biliare.

Între anii 1947—53 au fost internați în clinica noastră, mai multe sute de bolnavi cu hepatită epidemică, dintre care numai 61 au răspuns invitației pentru control. Înainte de instalarea hepatitei nici unul nu a avut acuze din partea sistemului hepato-biliar. Controlul lor s-a făcut în majoritatea cazurilor ambulant cu ajutorul unor foi de observație tip, în care am înregistrat datele anamnestice, starea prezentă, rezultatul probelor de disproteinemie, sideremie a jeun. Într-o treime a cazurilor am putut executa și colecistografie și tubaj duodenal. În ceea ce privește gravitatea și durata fazei acute a hepatitei, materialul nostru se compune atât din cazuri cu evoluție ușoară, cât și din forme foarte grave, care au prezentat tabloul clinic al distrofiei subacute. La ieșirea din clinică, 22 bolnavi nu au mai avut acuze, dar din aceștia numai 15 au fost negativi la examenul palpatoric, ceilalți prezentând încă o ușoară hepatomegalie cu probe de disproteinemie parțial pozitive. Restul de 39 au prezentat la ieșire ușoare tulburări funcționale, la 10 dintre ei ficatul fiind încă palpabil.

Cu ocazia examenului de control 43 au avut acuze. Dintre aceștia 6 s-au considerat vindecați la ieșirea din clinică. Pe de altă parte, dintre cele 18 persoane, care au fost declarate sănătoase cu ocazia controlului, numai 2 au avut suferințe la ieșirea din clinică. Dintre cele 18 persoane care cu ocazia controlului s-au declarat sănătoase numai 8 au prezentat ficat normal la palparea și probe funcționale negative. În restul de 10 cazuri anamneza dirijată a scos la iveală ușoare tulburări dispeptice sau s-a constatat o anomalie palpatorie a ficatului, respectiv probe patologice de laborator. Pe baza consistenței mărite a ficatului și a probelor de disproteinemie, în esență normale, am pus diagnosticul de fibroză hepatică. La alți 3 bolnavi, tulburările dispeptice hepatomegalia și probele pozitive de laborator au făcut evidente prezența hepatitei cronice. Diagnosticul de colecistopatie a fost pus într-un singur caz, pe baza simptomelor caracteristice ale dispepsiei biliare, a sensibilității punctului cistic și a probelor negative de disproteinemie.

Din grupa celor 43 de bolnavi, care au continuat să suferă după faza acută a hepatitei, diagnosticul de boală ulceroasă s-a stabilit în 6 cazuri, de hepatită cronică inactivă în 5 cazuri, iar la 4 bolnavi am găsit o hepatită cronică activă și la 2 ciroză hepatică. Diagnosticul de colecistopatie a fost pus în 24 cazuri, neuroză vegetativă post-hepatică în 3 cazuri. Nu am putut găsi o corelație strânsă între gravitatea fazei acute a hepatitei, durata ei, intensitatea icterului, calitatea tratamentului pe de o parte, și frecvența și gravitatea sechelelor pe de altă parte. Este totuși de menționat că în acele cazuri, în care hepatita evoluează spre cronicitate, faza acută este caracterizată printr-o reacție intensă a țesutului conjunctiv, ceea ce s-a găsit și la control, însă fără remanierarea cirotică a structurii hepatice. Experiența noastră confirmă datele lui *Magyar* referitoare la frecvența relativ redusă a cirozelor posthepatitice.

Ținem mai departe să atragem atenția asupra faptului că în cazurile de litiază biliară posthepatică de obicei leziunea ficatului progresează. Dintre cei doi bolnavi, care au ajuns la colecistectomie în urma bolii litiazice, la unul am găsit tabloul histopatologic al hepatitei cronice active, iar la celălalt cel al cirozei. În schimb dacă nu survin complicații, chiar formele grave ale hepatitei acute se pot vindeca fără sechele. Concluziile în această privință sînt două observații, în care cu ocazia controlului, starea anatomică și funcțională au arătat o vindecare completă a hepatitei, deși faza ei acută a fost caracterizată printr-o stare comatoasă de mai multe zile.

Diagnosticul stabilit cu ocazia examenelor de control este redat în următoarele tabele: (18 cazuri).

I. La persoanele pe care le-am considerat sănătoase am găsit:

Vindecare completă	8 cazuri
Fibroză hepatică	6 "
Hepatită cronică	3 "
Colecistopatie	1 caz

II. La persoanele a căror suferință a continuat după hepatită (43 cazuri):

Hepatită cronică inactivă	5 cazuri
Hepatită cronică activă	4 "
Ciroză hepatică	2 "
Colecistopatie	25 "
Neuroză	3 "
Boala ulceroasă	6 "

(Unul dintre bolnavii cu hepatită cronică a suferit și de boală ulceroasă, iar ciroza unui bolnav a fost complicată cu litiază biliară).

Din relatările de mai sus reiese că după hepatita fiecărui al șaptelea bolnav persistă o leziune considerabilă a ficatului, susceptibilă de progresiune. Cercetările noastre relevă că sechelele cele mai frecvente — pot surveni din partea căilor biliare. Noi am găsit aproape la 50% din personale controlate semne de dischinezie sau infecție a vezicii biliare. Ținem să accentuăm că majoritatea suferințelor posthepatitice se datoresc colecistopatiei.

Dintre cei 25 de bolnavi la care am găsit afecțiunea căilor biliare, doi au prezentat o litiază biliară, confirmată prin intervenție chirurgicală. În 10 cazuri colecistopatia a fost evidentă prin prezența sindromului caracteristic al dispepsiei biliare, în 50% a ca-

zurilor simptomele subiective au lipsit, iar suferința căilor biliare a fost relevată numai prin sensibilitatea punctului cistic, resp. indurația circumscrisă a patului vezicular.

Colecistografia cu biligrăfin sau cu biliselectan a fost executată în total la 26 persoane. La 15 dintre acestea, prezența colecistopatiei a fost indicată chiar de rezultatul examenului clinic. La 11 n-au existat simptome de suferință biliară. Rezultatele colecistogramelor sînt cuprinse în tabelul următor:

	Grupa colecistopatiilor evidente la examenul clinic	Grupa persoanelor fără simptome de colecistopatie
Colecistogramă normală	2	5
Lipsa opacifierii	3	3
Imagini septale	2	—
Dischinezie hipotonică	4	3
Pericolecistită	3	—
Litiază biliară	1	—
TOTAL	15	11

Din datele radiologice, confruntate cu cele furnizate de tubajul duodenal reiese, că suferința posthepatitică a vezicii biliare se extinde într-o mare parte a cazurilor pînă la seroasa ei. Se atrage atenția asupra frecvenței relative a dischineziilor posthepatitice, care în materialul nostru a fost prezentă cu aceeași frecvență la persoanele cu acuze și la cele asimptomatice. Această ultimă grupă prezintă importanță mai ales în lumina concepției moderne referitoare la etiopatogenia colecistopatiilor, care consideră dischinezia ca o cauză frecventă a leziunilor organice. În grupa persoanelor asimptomatice prezența dischineziei trebuie să atragă atenția asupra posibilității instalării colecistitei în evoluția ulterioară a procesului.

În concordanță cu datele lui *Stockinger, Lupu și col., Kalk, Pavel, Köppich, Medrea și col., Gavrilă* și ale lui *Goldenberg*, experiența noastră subliniază frecvența colecistopatiilor posthepatitice. Frecvența de 41% în materialul nostru confirmă concepția autorilor amintiți și a lui *Chabrol, Henri și André Monges* conform căreia hepatita trebuie considerată ca fiind cauza cea mai frecventă a colecistopatiilor.

În ceea ce privește afecțiunile extra hepato-biliare ale bolnavilor controlați de noi, trebuie să menționăm doar frecvența relativă a bolii ulceroase. Legătura causală între hepatită și boala ulceroasă este o problemă încă puțin studiată. Frecvența de 10% a maladiei ulceroase în materialul nostru trebuie considerată ca înaltă, dat fiind că ulcerul duodenal s-a instalat în toate cazurile în perioada posthepatitică, la indivizi care nu erau suferinzi înainte de icter. Amintim concepția lui *Jahn*, care consideră hepatita, prin carența de aminoacizi, consecutivă acestei boli, ca o cauză frecventă a maladiei ulceroase.

Sosit la redacție: 4 aprilie 1960.

Bibliografia la autori.

## ОБ ОТДАЛЕННОМ ПРОГНОЗЕ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА

Шашш Д.,

Автор обследовал без выбора 61 бывшего больного острым гепатитом через 5 лет и особенно обращает внимание на состояние печени и желчных путей.

В 1/7 части случаев нашел многочисленные активные поражения в паренхиме.

Цирроз печени обнаружил только в 2 случаях. Факт тот, что автор в 41% случаев мог показать поражение желчных путей; это говорит о том, что гепатиты являются наиболее частой причиной холестипатий.

Из внепеченочно-билиарных заболеваний можно отметить частоту язвенной болезни.

## LES CONSEQUENCES TARDIVES DE L'HÉPATITE ÉPIDÉMIQUE

*I. Sass,*

On a exécuté des examens de contrôle chez 61 malades qui ont été rappelés à un intervalle de moins 5 ans après la phase aiguë de l'hépatite. En 14% des cas on a trouvé une hépatite chronique active et deux cirrhoses. Chez les personnes réexaminées on a constaté en 41% des cas l'affection des voies biliaires. Il en ressort donc que l'hépatite épidémique doit être considérée comme l'une des causes les plus fréquentes de la colicystopathie. Parmi les affections extra-hépatobiliaires, on relève la fréquence de la maladie ulcéreuse.

---