

CONTRIBUȚII LA TABLOUL CLINIC AL HEPATITEI EPIDEMICE ANICTERICE

E. Szentkirályi

Se știe de mult că așa-zisul icter cataral este în unele cazuri anicteric.

În 1917, în timpul marii epidemii de icter din Moldova, *Cantacuzino* a atras atenția asupra faptului că în unele unități militare, icterul a avut în 50% a cazurilor o evoluție anicterică. Dar numai în 1937, cercetătorii au reușit să dovedească și din punct de vedere anatomopatologic că icterul cataral cu evoluție spre atrofie hepatică acută, are și forme anictericice. *W. Siède* afirmă că deși în cursul epidemii de hepatită epidemică, de multe ori după simptomele de debut caracteristice nu se mai constată apariția icterului, totuși aceste cazuri trebuie considerate de hepatita infecțioasă, pe baza hepato-splenomegaliei, a urobilinogenuriei, a hemogramei caracteristice și a probelor funcționale hepatice pozitive. *G. G. Stux* atrage atenția asupra importanței formelor anictericice, cu ocazia epidemiei din peninsula Crimeea, din timpul Marelui Război de Apărare a Patriei. *L. A. Pos-pelov* și *I. I. Mazel* susțin că trecerea formelor anictericice în cea icterică este determinată de diferiți factori: alte boli infecțioase, guturai, oboseală etc., precum și de insuficiența funcțiunii de apărare a S. R. E. Potrivit părerii lui *Holler*, hepatita epidemică, fiind reticuloendotelioza ficatului, a splinei și a ganglionilor limfatici, evoluează în forma ei tipică fără icter, acesta survenind numai ca o complicație a maladiei, în urma intervenției unui factor oarecare.

Hepatita epidemică fără icter figurează în literatură sub multe denumiri: „icterus sine ictero“, „icter epidemic sine ictero“ (*Pavel*), „forme fruste și anic-

terice" (*Köppich, Costa, Troisier*), „hepatitis sine ictero" (*Magyar, Fischer, Wallgreen, Meythaler, Sieda, Friedrich*), „hepatită abortivă" (*Stux, Heepe, Thorling*). *Voiculescu* face o distincție între formele anicterice ale hepatitei epidemice (care joacă un rol important în etiologia hepatitelor cronice și a cirozelor hepatice), și formele ei abortive. *Magyar* accentuează că întrucât simptomele hepatitei epidemice anicterice, cu excepția icterului, corespund celor observate în formele icterice, denumirea de hepatită abortivă nu este corectă pentru grupa întregă a formelor anicterice. Procentul formelor anicterice ale maladiei este greu de stabilit. Numărul lor variază de la epidemie la epidemie. *I. Cantacuzino* a constatat în timpul primului război mondial cazuri „sine ictero" într-o proporție de 50%. *Tareev* și *Lichtmann* afirmă că formele anicterice sînt mai frecvente în cazul hepatitelor de inoculare. *Holler* spune că numărul acestor „forme latente" întrece numărul cazurilor clasice. Unii autori cred că raportul dintre numărul formelor anicterice și icterice ar fi de 8 : 1. Procentajul relativ redus al hepatitelor anicterice din clinici se explică prin faptul că de cele mai multe ori numai icterul este simptomul alarmant care determină pe bolnav să se prezinte la medic.

În clinică am constatat că dintre mai multe mii de bolnavi de hepatita epidemică observați în decurs de 7 ani (1953—1959) în 17,33% a lipsit sindromul icteric.

La 11,5% dintre bolnavi am observat un ușor subicter al sclerelor, fără schimbarea colorației normale a tegumentelor, iar în 5,82% a lipsit chiar și această colorație ușoară a sclerelor. (La interpretarea simptomelor, adică a rezultatelor această a doua grupă a fost luată în considerare și separat.) Mai mult de jumătate dintre bolnavii noștri proveneau din mediu urban. Este de menționat că 6,79% dintre bolnavi au fost muncitori sanitari. 2/3 dintre bolnavi au fost de vîrstă tînă, iar 1/3 adulți. Peste vîrsta de 50 de ani am întîlnit puține cazuri. Am constatat mai multe îmbolnăviri printre elevii de la 2 școli comunale. S-au constatat îmbolnăviri repetate printre muncitorii aceleiași secții de la unele uzine și la militarii aparținînd aceleiași unități. În 5 cazuri am avut în tratament bolnavi anicterici din aceeași familie. În 9 cazuri, hepatita epidemică anicterică a fost depistată datorită unui examen medical accidental. În 41 cazuri, diagnosticul s-a stabilit pe baza subicterului sclerelor.

În restul cazurilor, simptomele perioadei prodromale au fost similare simptomelor subiective și obiective constatate la bolnavii cu formă icterică, confirmîndu-se astfel părerea că hepatita epidemică anicterică se limitează la perioada preicterică a maladiei. *Iasinovschi* spune că simptomele caracteristice hepatitelor anicterice sînt: astenia, dureri musculare, dureri în regiunea epigastrică și în hipocondrul drept, precum și fenomenele dispeptice. *Voiculescu* menționează pe lângă fenomenele dispeptice, durerile antralgice, hepato-megalia și culoarea închisă a urinei, ca simptome cel mai des întîlnite. În cazurile observate, *E. Heepe* a întîlnit de cele mai multe ori astenie, adinamie, dureri de cap, insomnie și dureri în regiunea superioară a abdomenului. În cazurile noastre am constatat de cele mai multe ori fenomene dispeptice în 73,45%, respectiv în 73,28%. Durerile epigastrice și în hipocondrul drept au fost de asemenea frecvente (38,42%, respectiv 43,32% din cazuri) fiind uneori singura acuză a bolnavului. Astenia neuro-musculară prezentă în 25,72%, respectiv 30,70% din cazuri a fost uneori singurul simptom subiectiv. *V. Dimitriu* accentuează importanța sindromului neurastenic. În legătură cu cele 10 cazuri, în care simptomele neurologice au predominat în perioada preicterică de mai multe săptămîni, *Gavrilă* și colaboratorii atrag atenția asupra faptului că în caz de hepatite anicterice, sau icterice cu o perioadă preicterică lungă, simptomele neurologice fiind uneori dominante, bolnavii respectivi sînt internați în secții neurologice în loc de secții contagioase. La bolnavii noștri am constatat simptome neurologice mai ușoare

(dureri de cap, amețeala, stare de excitație, somnolență) în 13,11% din cazuri. Simptome catarale am găsit în 5% din cazuri. *Magyar* e de părere că în hepatita epidemică starea febrilă se întâlnește mai rar. *Köppich, Stux, Siede* și alții menționează frecvența stărilor febrile în aceste forme clinice. În anamneza bolnavilor noștri starea febrilă figurează în 15—16%, uneori ca subfebrilitate, altelei ca frisoane urmate de ascensiuni termice mai mari. Mincărime și diferite erupții am găsit în puține cazuri. Am avut însă un bolnav, care din cauza erupțiilor observate a fost internat mai întâi în secția dermatologică, apoi după apariția durerilor artralgice, a fost îndrumat la secția medicală, pentru ca după 6 săptămâni, odată cu apariția subicterului sclerelor să fie internat în clinica noastră. Într-un alt caz cu simptome dispeptice violente, bolnavul a fost supus unei apendectomii, iar stabilirea diagnosticului corect s-a putut face numai în urma apariției ulterioare a subicterului sclerelor. *Mogena* și *Losada* deosebesc următoarele forme de debut în hepatita anicterică: 1. debutul astenic, 2. debutul digestiv, 3. debutul cu edeme, 4. debutul hemoragipar, 5. debutul neuropsihic. *Köppich* accentuează că în hepatitele anicterice se pot întâlni toate formele de debut ale maladiei Bolkin. În majoritatea cazurilor durata anamnezei bolnavilor noștri n-a depășit intervalul de 3 săptămâni, însă în 5,6% s-a prelungit pînă la 4—6—12 săptămâni, iar în 2 cazuri primele simptome au apărut cu 6—12 luni în urmă. *M. Deny*, constatînd în câteva cazuri o perioadă preicterică de 3—5 săptămâni, se întreabă dacă aceste cazuri nu pot fi considerate ca forme de trecere între hepatitele icterice și anicterice.

F. Heepe susține că acuzele subiective sînt uneori semnele exclusive ale maladiei, afecțiunile organice fiind foarte discrete, lipsind chiar și hepatomegalia într-o bună parte din cazuri. În materialul nostru hepatomegalia a lipsit numai în 0,6%, iar în 1% din cazuri bolnavii au prezentat semne obiective (hepatosplenomegalie, urobilinogenurie, probe funcționale hepatice pozitive), fără suferințe subiective, diagnosticul fiind pus în cursul unui examen medical incidental. La 68 de bolnavi (8,24%) respectiv 41 (14,80%) am constatat o hepatomegalie moderată, pe cînd în 752 (91,16%) respectiv 236 (85,19) cazuri ficatul a depășit rebordul costal cu 2 sau mai multe laturi de deget. Am observat hepatomegalie foarte pronunțată la copii. Splenomegalie am constatat la 61,56% respectiv 66,02% dintre bolnavi.

Thorling arată că în lipsa simptomelor clinice sigure și a probelor biologice specifice formele anicterice și abortive ale hepatitei epidemice sînt mai greu de recunoscut, decît formele abortive ale altor boli infecțioase. Pentru confirmarea diagnosticului clinic nu putem apela decît la ajutorul examenelor biochimice. *Köppich* recomandă probele de încărcare, urobilinogenuria și determinarea bilirubinenei crescute, precum și determinarea vitezei de sedimentare a hematilor în scop de diagnostic. *Tigler* crede că incongruența dintre febră și VSH ar fi caracteristică. *Heepe* recomandă probele de labilitate, *Siede* pe lângă probele coloidale propune controlul bilirubinenei și al urobilinogenuriei. *Holler* găsește că modificările hemogramei ar fi caracteristice. *Friedrich* se pronunță pentru utilitatea biopsiilor hepatice. *Magyar, Henle, Capps* și *Stokes* au încredere în probele cutanate. *F. Wroblewski* propune determinarea transaminazei glutamic-oxalacetic, glutamico-piruvic. La bolnavii noștri am urmărit comportarea reacției timol, a bilirubinenei, a urobilinogenuriei și bilirubinuriei, iar într-o parte din cazuri am determinat și titrul transaminazei sanguine. Reacția timol am găsit-o pozitivă în 509 (61,82%), respectiv în 42,24% a cazurilor. (Titluri foarte ridicate am găsit la copii.) Bilirubinemia a fost crescută în 26,70% respectiv în 16,25%. În 6,54 respectiv 13,32% din cazurile noastre nu am găsit urobilinogenurie. În restul cazurilor urobilinogenuria a fost crescută fiind uneori foarte intensă și durabilă.

Boala a avut o evoluție ușoară în marea majoritate a cazurilor, 88,72%, respectiv 90%. Forme prelungite, recidivante, tendința spre cronicizare am constatat în 15, respectiv 5 cazuri. Recidivele observate au fost de obicei mai severe decît prima îmbolnăvire, dar de cele mai multe ori au evoluat tot anicteric. După

păreră lui *Pospelov* și *Mazel*, formele anicterice pot trece ulterior în cea icterică evoluind spre atrofie acută. *Köppich* crede că pericolul distrofiei acute este mai mare în cazul când se observă cel puțin subicterul sclerelor. În clinică noastră nu am avut nici un caz de distrofie acută printre bolnavii de hepatită anicterică. Practic, pericolul cel mai mare îl constituie evoluția spre hepatita cronică sau ciroză (*Köppich*, *Jagnov* și *Kreindler*, *Magyar* și *Hetényi*, *Hermann* și *Thomas* etc.).

Importanța epidemiologică a hepatitelor anicterice este unanim recunoscută. *Voiculescu* e de părere că hepatitele de inoculare post-transfuzionale au o frecvență de 4.5—12%. *Thorling* afirmă că forma abortivă a hepatitei epidemice este cea mai frecventă la vîrstele sub 40 ani, adică printre indivizii dintre care se recrutează cei mai mulți donatori. *Soulier* și *Pé* au calculat procentajul infecției plasmei în legătură cu 693 transfuzii de sînge, găsindu-l la o valoare de 0,12—0,70%, iar numărul purtătorilor de virus printre donatori îl consideră de 1/10.700. *Bacalova*, *Velicicov*, *Jablocova*, *Cockburn* și alții relatează frecvența hepatitelor de inoculare după administrarea serurilor reconvalescente și hiperimune. *Constantinescu* și colaboratorii consideră că inocularea este singurul pericol de propagare a hepatitei. Oricare ar fi calea propagării hepatitei epidemice, sîntem de părere că din punct de vedere epidemiologic hepatitele anicterice prezintă un pericol mai mare pentru colectivitate, decît hepatitele icterice.

Sosit la redacție: 4 aprilie 1960.

Bibliografie

1. CANTACUZINO: Presse Medicale 1918 (541); 2. CONSTANTINESCU, N. col.: Journal de Medecine de Lyon, 945, 437 (1959); 3. DENY, M.: Journal de Medecine de Bordeaux 9, 965 (1958); 4. EPPINGER, H.: Die Lebenkrankheiten. Springer, Wien (1937); 5. HEEPE, F. et col.: Klin. Wschr. 43/44, 1039 (1954); 6. HOLLER, G.: Die epidemischen Gelbsuchtkrankheiten. Schwarzenberg, Berlin (1943); 7. KÖPPICH, F. R.: Hepatita epidemica. Edit. de Stat (1953); 8. LICHTMANN, S. S.: Diseases of the Liver, Gall Bladder and Bils Ducts. Kimpton, London (1954); 9. POSPELOV, L. A., MAZEL, I. I.: Experiența Medicinii Sovietice în marele război pentru apărarea patriei (1952); 10. SIEDE, W.: Virus-hepatitis und Folgezustände, J. Ambrosius Barth Verlag, Leipzig (1958); 11. SOULIER, I. P., PE, G.: Presse Medicale 66, 51, 1207, (1958); 12. TAREEV, E. M.: Sov. Med. 4 (1949); 13. THORLING, L.: Acta Scand 1, 148 (1954); 14. VOICULESCU, M.: Boli Contagioase (1954).