

# CERCETĂRI EXPERIMENTALE

Catedra de anatomie patologică (cond.: conf. F. Gyergyay, candidat în științe medicale) și Prosectura Spitalului clinic (cond.: L. Schuller medic primar) din Tîrgu-Mureș

## DESPRE LIMFADENITELE MEZENTERICE

F. Gyergyay, L. Maludy, P. Veress, L. Nüszl

Limfadenita mezenterică este o formă a intumescenței limfoganglionilor și se localizează de obicei la nivelul regiunii ileocecale. Limfadenita mezenterică este o boală de mult cunoscută. *Sydenham* în anul 1723 și *Virchow* au semnalat existența acestui proces. Prima lucrare despre această boală a fost publicată de *Malinowski* (în 1913), iar *Vilenski* (în 1926) a dat o clasificare clinică a ei. Totuși numai în ultimul deceniu s-a acordat o atenție deosebită limfadenitei mezenterice. *Mátyás* și colab. (18) i-au consacrat un studiu clinic în 1955.

Importanța practică a limfadenitei mezenterice constă în faptul că în special la copii se observă frecvent în cursul laparotomiilor intumescența limfoganglionilor mezenterici din regiunea ileocecală. Unii autori (8) susțin că în 40—60% a cazurilor diagnosticate drept apendicită, este vorba de fapt de acest sindrom. Chiar dacă nu acceptăm o astfel de proporție exagerată, trebuie să recunoaștem existența acestei probleme. Pentru a putea aprecia importanța limfadenitei mezenterice în condițiile noastre, ne-am propus să facem un studiu statistic și anatomoclinic al cazurilor corespunzătoare din materialul biptic al Catedrei de anatomie patologică și al Prosecturii din Tîrgu-Mureș (9, 15).

### Material și metodă

În cursul a 62.371 de biopsii examinate în perioada decembrie 1945—aprilie 1962, au fost puși în evidență 3431 de limfoganglioni (12). Lăsînd la o parte limfoganglionii cu procese tumorale sau inflamatoare specifice, diagnosticul histopatologic de inflamație nespecifică sau hiperplazie funcțională a fost pus în 833 de cazuri. Din acestea în 84 de cazuri, limfoganglionii au fost prelevați din regiunea ileocecală a mezenterului. Am studiat leziunile lor morfopatologice, confruntîndu-le în limita posibilităților și cu tabloul clinic.

Diagnosticile clinice cu care ne-au fost trimise biopsiile limfoganglionare din regiunea ileocecală au fost următoarele:

Limfadenită mezenterică	23
Limfadenită mezenterică+apendicită	17
Ileită regională	5
Jejunită (1), colită (1)	2
Suspect de tuberculoză	16
Ascaridoză	3
Suspect de limfogranulomatoză	2
Ileus paralytic	1
Megacolon congenital	1
Fără diagnostic clinic	14

Total: 84

Repartizarea cazurilor după vîrstă și sex este următoarea:

Vîrsta	M.	F	Total
0— 1 an		1	1
1— 3 ani	4	4	8
4— 7 „	7	5	12
8—10 „	6	6	12
11—16 „	4	12	16
17—20 de ani	1	2	3
21—30 „ „	4	3	7
31—40 „ „	4	5	9
41—50 „ „	6	2	8
51—60 „ „	2		2
61—70 „ „	1	1	2
fără indicație	3	1	4
<b>Total:</b>	<b>42</b>	<b>42</b>	<b>84</b>

Pentru a ajunge la constatări valabile, am reexaminat lamele acestor cazuri, iar cînd a fost nevoie am făcut secțiuni noi, eventual și impregnări pentru fibrele reticulare. Astfel, pe baza leziunilor histopatologice am putut grupa materialul nostru după cum urmează (vezi tabelul nr. I.)

*Tabelul nr. I.*  
Diagnostic histopatologic

Diagnostic clinic	Hiperplazie funct.				Limfadenite				Total
	Hiperplazie simplă	Hiperplazie sinusală	Hiperplazie foliculară	Stază limfatică	Limfosinozită catarală	Limfadenită acută	Limfadenită de resorbție	Limfadenită reticulocitară	
Limfadenită mezenterică	8	3	6	1	—	1	—	4	23
Limfadenită mezenterică + apendice fără inflamație	2	3	3	—	1	1*	—	—	10
+ apendice cu inflamație	3	—	—	—	1	3	—	—	7
Ileită regională Suspect de tuberculoză	1	—	—	—	—	2**	2	—	5
Alte afecțiuni	5	2	5	1	—	2	1	—	16
Total:	4	9	5	1	—	3	1	—	23
	23	17	19	3	2	12	4	4	84

\*) Micoză limfoganglionară

\*\*) Într-un caz limfadenită giganto-celulară

#### Discuții

În ce privește repartizarea după vîrstă, se constată că peste 50% din bolnavi sînt sub 16 ani. În privința sexului nu am găsit în general diferențe, deși numărul relativ mai mare al fetelor între 11 și 16 ani merită să fie relevat. La fete modificările în activitatea organelor genitale determinate de pubertate se manifestă de multe ori prin diferite simptome abdominale. Încît uneori pentru elucidarea procesului este indicată chiar și laparotomia explorativă. Starea normală a organelor abdominale și totodată prezența limfoganglionilor tumefiați la nivelul ileocecal determină pe clinicieni să efectueze biopsii din acești limfoganglioni.

Incidența mai mare a copiilor în materialul nostru nu este un fenomen special. La copii, hipertrofia limfoganglionilor este frecventă. Studiul materialului necroptic arată că la sugari și la copiii decedați subit sau după o boală de scurtă durată, aparatul limfatic și deci și limfoganglionii mezenterici sînt bine dezvoltati sau chiar hiperplazici. La copiii care au suferit o boală de lungă durată, acest sistem prezintă de obicei o atrofie pronunțată. Deci la copii, prezența limfoganglionilor relativ mari este un fenomen fiziologic. În cursul intervențiilor intraabdominale, și mai ales cînd nu se găsesc leziuni anatomice care să explice simptomele pentru care a fost indicată laparotomia, chirurgul acordă atenție acestor limfoganglioni, iar pentru clarificarea procesului execută examenul lor bioptic.

Limfoganglionii prezintă de obicei un aspect macroscopic caracteristic: sînt mari, elastici, anemici, albicioși. Acest aspect trezește de multe ori suspiciunea de proces tuberculos, mai ales că foliculii albicioși se aseamănă cu tuberculii. Astfel nu e de mirare că în 16 cazuri clinicianul a pus în discuție posibilitatea unei tuberculoze limfoganglionare.

În trei sferturi din cazurile analizate nu am găsit în limfoganglioni semne morfologice ale inflamației. În aceste cazuri structura organului a fost păstrată, și s-au văzut foliculi măriți cu centri foliculari bine conturați. Sinusurile au fost bine delimitate și mai ales sinusurile medulare au prezentat o structură relativ laxă. Au fost prezente diferite semne ale activității reticulo-histiocitare: centri foliculari măriți, celule reticulare în proliferare, mai ales în trabeculile medulare cu aspect de „cer stelat” (7), retoteli în proliferare etc. Cu toate că mitozele au fost destul de frecvente, celulele au fost destul de uniforme, iar semnele de atipii au lipsit. Granulocitele s-au observat rar, însă eosinofilia, cel puțin în limfoganglionii mezenterici, a fost un fenomen constant. Nu am pus în evidență hiperemie sau exudație. Astfel acest aspect al limfoganglionilor poate fi considerat ca o stare funcțională fiziologică a limfoganglionilor. Nu vedem nici un motiv pentru a enumera această stare printre inflamații sau reticulite. Astfel propunem utilizarea diagnosticului de hiperplazie funcțională.

În 22 de cazuri din cele 84 analizate am găsit evidente semne de inflamație. În 2 cazuri inflamația a afectat numai sinusurile, fiind vorba de o limfosinusită catarală propriu-zisă. În alte 12 cazuri am găsit semnele unei inflamații limfoganglionare propriu-zise ce s-a manifestat prin exudație, acumulare de granulocite și chiar abscedare. Într-un caz am putut dovedi prezența unei micoze, într-un alt caz, diagnosticat clinic drept ileită regională, am descoperit o inflamație gigantocelulară proprie acestei boli. În trei cazuri aspectul morfologic a fost corespunzător unei inflamații de resorbție.

Pe lângă aceste limfadenite nespecifice, o deosebită atenție merită cele 4 cazuri în care am remarcat aspectul histologic tipic al unei limfadenite mezenterice reticulocitare (*Masshoff*, 16). Acest proces se caracterizează prin apariția de cîmpuri mari reticulocitare în limfoganglionii care își păstrează structura. În mijlocul acestor teritorii de celule reticulare am observat acumulări de granulocite, uneori în formă de microcese. Am văzut și plasmocite într-un număr variabil. În general, aspectul histologic a fost foarte asemănător cu acela al unei limforeticuloze benigne de inoculație (boala de gheare de pisică).

Această formă deosebită a limfadenitei mezenterice a fost considerată la început drept tuberculoză limfoganglionară, însă nici examenul bacteriologic, nici evoluția ulterioară a procesului nu au confirmat această supoziție. Recent, *Masshoff* și colab. (11, 17) au putut pune în evidență prin inoculări la cobai prezența bacilului *Pasteurella pseudotuberculosis*. Cu toate că și probele serologice au confirmat această etiologie, unii autori (4, 6, 19, 20) nu au ajuns la aceleași rezultate ca *Masshoff*, deoarece culturile au rămas de multe ori sterile, iar în cazul inoculării la animale nu s-a putut exclude întotdeauna infecția lor spontană. Asemănările cu limforeticuloza benignă fac posibilă și o etiologie virotică. Întrucît noi am studiat ulterior materialul, nu am avut ocazia să efectuăm cercetări bacte-

riologice decît în trei cazuri mai recente, în care însă toate mediile însămîntate au rămas sterile.

După cum am amintit, numai în 4 cazuri am găsit un aspect histopatologic tipic pentru această boală. Totuși nu putem exclude nici posibilitatea că în materialul nostru unele forme ale hiperplaziilor au fost numai forme incipiente sau de trecere în această formă specială.

În privința etiologiei este demn de amintit faptul că numeroase cazuri de limfadenită mezenterică au fost trimise pentru examen histopatologic din raionul Ciuc. Această împrejurare poate fi pusă în legătură nu numai cu atenția deosebită a medicilor, ci și cu unele condiții de mediu și regim.

Din 17 cazuri în care limfoganglionul a fost extirpat împreună cu apendicele, numai în 7 cazuri am putut confirma diagnosticul de apendicită. În celelalte 10 semnele inflamației apendiculare lipseau. Este posibil secretul așa numitelor „pseudoapendicite” să se elucideze prin delimitarea sindromului de limfadenită mezenterică.

Din materialul de mai sus în 24 cazuri am avut posibilitatea să studiem și foile de observație. Prezentăm principalele date în legătură cu simptomatologia și evoluția bolii.

În majoritatea cazurilor procesul a avut un debut acut. La 8 bolnavi s-a constatat o evoluție cronică și la alți 7 o formă recidivantă. Simptomul principal a fost durerea, la început difuză, care s-a limitat ulterior în fosa iliacă dreaptă. Durerea a apărut în formă de colici, iar în perioada de acalmie bolnavii au avut o stare relativ bună. În 7 cazuri boala a fost precedată de amigdalită sau asociată amigdalitei. De altfel *Buțureanu*, *Gottlieb* și alți autori consideră limfadenita mezenterială drept o infecție tonsilogenă.

Numai doi bolnavi nu au avut febră; în 4 cazuri s-a constatat subfebrilitate, la ceilalți bolnavi temperatura s-a ridicat peste 38—39°, iar într-un caz și peste 40. La 3 bolnavi debutul a fost asociat cu frisoane.

O leucocitoză mai evidentă s-a constatat numai la 5 bolnavi și mai ales în cazuri cronice recidivante.

Apărarea musculară a fost evidentă în 4 cazuri, iar meteorismul în 2. La laparotomie, în 5 cazuri s-a constatat un exsudat seros, în alte 4 cazuri un exsudat turbulent intraperitoneal. Semnele evidente ale apendicitei au fost prezente numai în 3 cazuri; la 9 bolnavi s-a găsit numai hiperemie și în alte 7 cazuri relații normale.

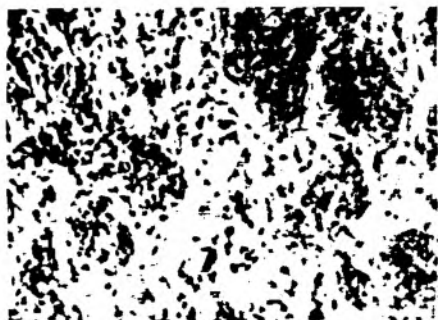
Frecvența simptomelor observate de noi este în general identică cu cea relatată în literatură (2, 3). Pentru ilustrarea evoluției clinice a bolii prezentăm pe scurt două cazuri:

*Obs. I.* J. L., băiat de 4 ani, este internat în Clinica chirurgicală pentru dureri abdominale care durează de trei zile. Aceste dureri se repetă în intervale de 30—60 minute. De la vârsta de 2 ani, a avut în repetate rânduri constipație asociată cu dureri abdominale. Abdomenul este moale, se poate bine palpa. În fosa iliacă dreaptă și în jurul ombilicului acuză dureri la palpare. Temperatura 38,5°, leucocite 16.400.

La operație, în cavitatea abdominală se găsesc 10 ml de ser gălbui opalescent. Cecul are aspect normal, apendicele este puțin hiperemic. În mezenter se găsesc limfoganglioni cu un diametru de 5—15 mm. Examenul histopatologic a pus în evidență o limfadenită mezenterică reticulocitară.

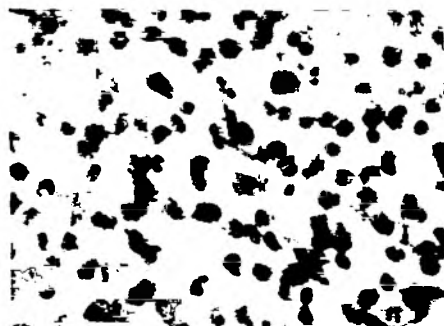
*Obs. II.* L. P., fetiță de 3 ani. În anamneză figurează dureri abdominale recidivante. Cu 6 săptămîni înainte de internare a mai fost sub observație clinică; după cîteva zile a ieșit cu diagnosticul de crize ombilicale. În dimineața zilei cînd a fost internată a doua oară a avut dureri puternice localizate în fosa iliacă dreaptă. Abdomenul este moale, poate fi palpat ușor, fiind difuz sensibil la palpare, mai ales în fosa iliacă dreaptă. Temperatura: 37,8°; leucocite: 16.200.

La operație se găsește în cavitatea abdominală puțin lichid opalescent. Apen-



*Fig. nr. 1.* Limfosinusită catarală. Biopsia nu. 45687 (N. 6092). Hematoxilină-eosină Oc. 10 $\times$ ; Ob. 20 $\times$ .

*Fig. nr. 2.* Limfadenită mezenterică retocitară. La stînga se observă o proliferare retocitară, iar la dreapta o acumulare de granulocite cu formare de abces. Hematoxilină-eosină. Oc. 10 $\times$ ; Ob. 9 $\times$ . Biopsia nr. 53005 (N. 6071).



*Fig. nr. 3.* Fragment din fig. nr. 2: se observă celul: reticulare proliferative și leucocite. Hematoxilină-eosină. Oc. 10 $\times$ ; Ob. 40 $\times$ . (N. 6074)

dicele are un aspect normal în mezenterul ileocecal se observă mulți limfoganglioni cu un diametru de 0,5—1 cm. Diagnosticul histopatologic: limfadenită acută nespecifică, hiperplazie limfoganglionară.

Delimitarea limfadenitei mezenterice de apendicita acută ridică probleme grele de diagnostic. Caracterul recidivant, intermitent al durerilor, starea relativ bună a bolnavului în perioadele de acalmie, caracterul mai difuz al suferințelor, lipsa de apărare musculară, dislocarea spre stînga a teritoriului dureros în decubit lateral stîng (simptomul *Klecn*) și asocierea frecventă a unor inflamații din căile respiratoare sînt simptome care pot da unele puncte de reper. În toate cazurile dubioase intervenția chirurgicală este indicată, dat fiind că laparotomia și apendectomia nu influențează în mod nefavorabil evoluția procesului (10).

În tot cazul datele noastre arată că limfadenita mezenterică nu este o entitate nosologică unitară (2). Analiza simptomatologiei clinice și a leziunilor morfologice ale ganglionilor mezenterici ne îndreptășesc să acordăm o atenție deosebită acestor procese hiperplastice și inflamatoare ale limfoganglionilor mezenterici din regiunea ileocecală.

*Sosit la redacție: 17 octombrie 1963.*

#### Bibliografie

- BUTUREANU V.: Chirurgie, Editura Medicală (1958), IV. 334; 2. DAMIE, N. G.: Hirurghia (1957), 98, 100; 3. DAMIE, N. G.: Analele Rom. Sov. Ser. Pediatrie (1955), 4. 80; 4. FLAMM, H., KOVÁCS, V.: Schweiz. Zschr. Path. (1958), 21, 6, 1127; 5. GÁTI, E.: Orvosi Hetilap (1958), 99, 27, 927; 6. GRABER, H., KNAPP, W.: Frankf. Z. Path. (1955), 66, 4, 399; 7. GROTH, W.: Zbl. Path. Anat.: (1957), 96, 5—6, 287; 8. GYARMATI, L.: Orvosi Hetilap (1961), 102, 13, 601; 9. GYERGYAY, F., VERESS, P., NÜSZL, L.: Confătuirea interregională de Morfologie, Iași (1962); 10. KOZAKOV, G. M.: Vestnik Hirurghii (1959), 83, 2, 87; 11. KNAPP, W., MASSHOFF, W.: Dtsch. med. Wschr. (1954), 79, 1266; 12. LAKATOS, O., FAZEKAS, A., SCHULLER, L., PÁLFFY, B.: Morfologie (1963), 8, 4, 349; 13. LAZÁR A.: Orvosi Hetilap (1959), 100, 261; 14. LAZÁRESCU, M. S.: Teză, București, (1935); 15. MALUDY, L.: Teză, Tîrgu-Mureș, (1963); 16. MASSHOFF, W.: Dtsch med. Wschr. (1953), 15, 532; 17. MASSHOFF, W., DÖLLE, W.: Virchows Arch. (1953), 323, 661; 18. MÁTYÁS, M., HIRSCH, E., ÉGETŐ, B.: Revista Medicală (1955), 1, 1—2, 80; 19. MOLLARET, H.: Presse Med. (1960), 1373, 1447; 20. PODHRAGYAI, L., FODOR, I.: Orvosi Hetilap (1956), 97, 10, 227; 21. RUSESCU, A., POPESCU, V.: Pediatria, Editură Medicală (1962), 505; 22. VEREANU, D., SOCOLESCU, M.: Chirurgia infantilă de urgență, Editura Medicală (1960), 315.