

ROLUL SISTEMULUI NERVOS CENTRAL IN ETIOPATOGENIA BOLII ULCEROASE LA COPII

Nusbaum Oszkár

Cu două decenii în urmă, diagnosticul anatopatologic al ulcerului gastric și duodenal la copii era mai frecvent decât cel clinic. În prezent cu toate că tabloul clinic nu oferă toate simptomele întâlnite în boala ulceroasă a adultului, diagnosticul clinic se pune mult mai frecvent.

După părerea lui *Dubarry* datele anamnestice sînt foarte importante în punerea diagnosticului, copiii mici însă nu pot da răspunsuri exacte asupra acuzelor, de aceea sîntem nevoiți să ne limităm la datele furnizate de aparținători care deseori nu sînt precise constituind o greutate în plus în punerea diagnosticului. Copiii acuză deseori dureri abdominale (helmințiază, colicii ombilicale etc.) în urma excluderii cărora ne gîndim și la eventualitatea unei boli ulceroase.

Simptomele clinice sînt destul de șterse. Pofta de mîncare a copiilor este bună, prezintă rareori vărsături. Balonarea regiunii epigastrice, eructația și aerofagia pot fi singurele simptome ale bolii ulceroase. Boala poate începe cu hematemază, sau melenă, fără nici o durere sau alt simptom premergător. *Nitsch*, executînd

radioscopie la 50 de copii care s-au prezentat la consultație cu colici ombilicale, la 13 a găsit nișă.

Etiopatogenia bolii ulceroase nu e lămurită, e cert însă că tipul de sistem nervos joacă un rol important, deoarece de el depinde modul de reactivitate individuală atât la copil cît și la adult. Pe baza observațiilor noastre la copiii cu „labilitate vegetativă”, boala ulceroasă e mult mai frecventă.

Bolile vegetative — printre care se încadrează și boala ulceroasă — încep cu mult mai devreme decât apariția simptomelor organice.

După *Hetényi* în perioada tulburărilor vegetative, centrul vegetativ sînt supraîncărcați. Dacă din diferite motive funcționarea acestor centri este tulburată, va apare o disfuncție în unul sau mai multe organe. Acesta este stadiul funcțional organotrop. Dacă acest dezechilibru persistă, boala trece în stadiul organic. Dacă irțim o hipersensibilitate congenitală din partea sistemului nervos central sau al stomacului, stadiul organic apare mai timpuriu și este mai grav (de ex. : boala ulceroasă a tinerilor).

După *Hetényi* boala ulcerosă apare în urma dezechilibrului dintre mediul extern, sistemul nervos central și stomac, și acest dezechilibru poate avea ca punct de pornire oricare dintre acești trei componenți.

Veracitatea acestei teorii este confirmată de o serie de date din literatură. *Balló* și colaboratorii descriu o serie de cazuri de ulcere gastrice și duodenale după apoplexie. *Maros* și colaboratorii după traumatizarea experimentală a regiunii hipotalamice la câini au găsit ulcere gastrice acute și tulburări hepatice cronice. *Hetényi* și colaboratorii au observat agravarea ulcerelor experimentale produse cu atofan, după leucotomie frontală.

Și literatura pediatrică se ocupă cu rolul sistemului nervos în boala ulcerosă. Autorul polonez *Bak* a găsit modificări anatomopatologice în creier la sugarii autopsiați, care au avut și ulcere gastrice sau duodenale, unele dintre aceste modificări anatomopatologice erau congenitale, altele dobândite (hemoragii, stări degenerative etc.).

Lassrisch ridică problema stărilor emotive în etiopatogenia ulcerelor. După el modul de viață modern, agitat are repercusiuni, și în vîrstă copilăriei. *Chapmann* și colaboratorii comunică 6 cazuri de ulcere duodenale la copiii menționînd că stările psihice patologice pot fi cauza determinantă a bolii.

În comunicarea noastră dorim să prezentăm două cazuri de boală ulcerosă la copii în a căror etiopatogenie rolul sistemului nervos central este semnificativ.

K. I. fetiță de 4 ani și 1/2, la vîrstă de 1 an și 1/2 a fost internată în clinică timp de 2 luni cu diagnosticul de meningită purulentă. Ca urmare a acestei boli foarte adesea are accese de epilepsie tip Jackson localizate pe partea dreaptă a trupului care durează cca. 10 minute, și pe care le semnalează înaintea apariției lor. La 22. V. 1954 este internată cu un acces epileptic care a durat cca. o oră și care a cedat la sedative. În perioada dintre accese i-am făcut encefalografie și examenul fundului de ochi; deoarece ventriculii nu se pneumatizează, neurologii recomandă repetarea examenului. Fundul de ochi e normal.

La data de 19. VIII. 1954, adică la trei luni, se internază cu un acces similar în stare de inconștiență. Accesul cedează foarte greu, în perioada dintre accese este foarte somnolentă. După două zile de la internare, pielea și mucoasele prezintă o culoare icterică, ficatul este mărit, bilirubina apare, iar cantitatea urobilinoasei crește, în urină reacția Takata ++. În timpul nopții starea generală a bolnavei se agravează, prezintă melenă și hematemeză, care nu pot fi oprite. Dimineața la orele 7 succumbă.

Diagnosticul clinic: stare post-meningitică, stare epileptică, hepatită (?).

Examenul anatomopatologic: dura mater aderă de peretele craniului. Pia mater la nivelul emisferului stîng în regiunea frontală bazală și ponto-cerebeloasă e îngroșată, de culoare albicioasă-cenușie, aderă intens de creier și nu se poate îndepărta decît împreună cu masă cerebrală. Circumvoluțiunile lobului frontal stîng și al celorlalte regiuni amintite sînt atrofice și de consistență mărită. În pulmon în regiunea paravertebrală găsim zone inflamatoare dure, de culoare roșcată din care prin stoarcere se obține un lichid tulbure roșcat. Stomacul de mărime potrivită, cu pereții edemațiați, cu mucoasa netedă, palidă, conține cca. 70 cm³ lichid brun cafeniu. La circa 3 cm de stomac pe peretele dorsal al duodenului o lipsă de continuitate a mucoasei de mărimea unui viri de deget care are în centru un tromb roșu. Intestinele subțiri sînt pline cu o substanță roșie gelatinoasă omogenă. Suprafața ficatului granulară, pe suprafața secționară între benzile țesutului conjunctiv, cenușiu, cu aspect grilat se observă insule galbene ruginii.

Diagnosticul anatomo-patologic: fibroză arahnoidală, atrofia circumvoluțiilor cerebrale. Bronhopneumonie. Gastrită caterală. Ulcer duodenal hemoragic. Melenă ciroză hepatică.

Importanța cazului prezentat constă în prezența simultană a mai multor sechele meningeale aderente, atrofie corticală, epilepsie Jacksoniană, consecințele sechelelor postmeningitice, ale ulcerului duodenal și ale cirozei hepatice. De asemenea credem că acest caz poate fi considerat exemplu tipic cu privire la rolul sistemului nervos central în declanșarea bolii ulcerose.

Gy. T. băiat de 7 ani, a fost trimis la noi pentru examinare la data de 13. XII 1955 de o policlinică din regiune. Bolnavul a fost internat în spitalul din M. în luna iulie, anul 1954 suspect de bronhiectazie. Copilul amenința că sare pe geam, dacă mama îl lasă în spital. În ziua a cincea de la internare în zori sare pe geam de la primul etaj de la o înălțime de cca. 10 m. După contuzii se poate presupune, că a căzut pe regiunea fesieră, pe pământ săpat. Mama nu poate preciza dacă și-a pierdut sau nu cunoștința.

La examenul fizic nu s-a găsit nimic patologic. Deoarece acuza dureri în regiunea vertebrală, se face o radiografie, care pledează pentru o leziune a corpului unei vertebre fapt pentru care bolnavul este culcat în pat gipsat. Încă în timpul internării — la 2 VII. 1954 — a prezentat dureri abdominale neritmate de mese. Bolnavul se plânge de dureri spastice în regiunea epigastrică, care cedează în urma administrării de alcaline. În ultimul timp durerile se repetă mai des, îndeosebi după excitații puternice (bătăie). Puterea de percepție după cădere a scăzut, literele deja învățate le-a uitat, nu poate memoriza și ocolește școala. Fiind neascultător ajunge adesea în conflict cu mama și prietenii săi de joc. Trăiește într-un mediu de viață nefavorabil, mama divorțată, nervoasă, își bate des copilul.

Starea prezentă: are o stare generală relativ bună, este mediocru dezvoltat și nutrit. Sistemul osteo-articular, cordul și plămîinii nu prezintă modificări patologice. Abdomenul ușor palpabil nu prezintă rezistență ci numai o sensibilitate dureroasă în regiunea epigastrică. Scaunul îi este format, ficatul și splina nu se palpează. Neurologic nu prezintă nimic patologic. Hemograma și viteza de sedimentare a hematiilor sint normale. C: negativ, Pirquet: negativ. Sondajul gastric fracționat indică normaciditate, (acid ciorhidric liber 45, aciditate totală 51

în minutul 90). Radioscopia gastro-duodenală pune în evidență un transit esofagian liber, stomac ortoton în formă de cirlig, cu pliurile mucoasei îngroșate și cantitatea de secreție mărită. După un peristaltism inițial cu undulațiuni profunde care parcurg stomacul în toată lungimea lui, urmează o perioadă de oboseală cu undulațiuni lente superficiale. În regiunea prepilorică a curburii mici se observă un feston în formă de pinten de aproximativ un centimetru. Canalul piloric este excentric spre curbura mică, bulbul duodenal deformat, cicatricial cu ambele resesuri dilatate și umplere fugitivă necmogenă. Evacuarea inițială normală. Diagnosticul: ulcer duodenal cronic, perigastrită (Szecsei, Blau). La examenul de control executat ulterior aspectul radiologic a rămas nemodificat.

La 3 luni după părăsirea clinicii bolnavul este asimptomatic.

În legătură cu ultimul caz, atragem atenția că în patogeniza bolii ulceroase și *Hetényi* e de părere că excitanții puternici psihici și fizici au o mare însemnătate. În cazul nostru poate fi vorba și de combinare a unor serii de noxe etiopatogenice: la copilul cu antecedente neurotice, căderea de la etaj a pordus nu numai un traumatism cerebral ci și unul psihic. Pe baza schimbării de caracter și a neputinței de memorizare ne gândim la un traumatism cerebral, iar căderea însăși a putut cauza disfuncții psihice.

Experiența Marelui Război pentru Apărarea Patriei a dovedit, că după traumatismele cerebrale la 10—14 zile se ivesc simptomele bolii ulceroase. În cazul nostru simptomele au apărut după 2 săptămîni.

Starea de spirit din familie (copilul era bătut foarte des) ca excitanți fizici și psihici puternici au contribuit la evoluarea totală a bolii ulceroase deja prezente (deformarea bulbului, perigastrită).

Sosită la redacție: la 16 ianuarie 1957.