

Clinica chirurgicală a I.M.F. Tg. Mureș (cond.: conf. Pápai Zoltán)

UN SIMPTOM RADIOLOGIC AL SPLENOMEGALIEI

Naftali Zoltán

Examenul radiologic este un procedeu relativ rar utilizat în diagnosticul splenomegaliei. Prin acest procedeu putem decela o parte din conturul splinei, mărimea organului și câteodată neomogenitatea umbrei splenice (calcifieri, fleboliți, colecții de gaze). Pentru precizarea condițiilor de circulație splenică se utilizează flebografia.

Splenomegalia poate fi constatată și printr-o simplă radioscopie abdominală. Intrucît splina este înconjurată de organe cu conținut mai mult sau mai puțin gazos, o parte din conturul splinei devine vizibil la radioscopie. Se poate preciza dacă organul urmează mișcările respirației, putînd primi indicații asupra conturului diafragmatic și asupra deplasărilor lui respiratorii. Detaliile morfologice ale grafiei abdominale sînt mai precise, dar îi lipsesc elementele cinetice prețioase furnizate de radioscopie.

Dacă prin aceste procedee nu ne reușește să obținem o imagine precisă a splinei pentru un diagnostic diferențial, atunci poate deveni necesară umplerea cu aer sau substanță de contrast a stomacului, respectiv a unghiului colosplenic.

În cazul splenomegaliilor se pot remarca modificări de formă și poziție ale stomacului și ale unghiului colosplenic. Splina mărită poate imprima marea curbura, realizînd defecte de umplere cu margini regulate. Chiar și splina de aspect normal și cu atît mai mult cea mărită lasă impresie în chip de trepte pe marea tuberozitate a stomacului. Se observă modificări de diferite grade în sensul de mai sus, mergînd pînă la completa deplasare a mării tuberozități pe care o realizează marile splenomegalii (3).

Splenomegaliile mai importante împing stomacul către linia mediană, iar flexura lîenală în jos și înăuntru; în același timp cele două ramuri ale unghiului colosplenic se închid, descriînd un unghi a cărui valoare scade proporțional cu gradul dislocării (2). Tomografiile executate la diferite adîncimi și mai ales în legătură cu un pneumo- sau retropneumoperitoneu ne pot de asemenea furniza date prețioase.

De fapt examenul fizic este în stare să ne furnizeze de cele mai multe ori date concludente. Sînt însă cazuri cînd simplul examen fizic nu poate descifra apartenența diferitelor formațiuni ale hipocondrului sting (splenică, renală, stomacală, pancreatică). În astfel de cazuri diversele procedee radiologice devin indispensabile.

Începînd din anul 1951 am examinat radiologic toți bolnavii cu splenomegalie. În cursul acestei activități am avut ocazia să ne convingem de importanța deosebită a unui simptom descris în mod clasic în legătură cu tumorile mării tuberozități a stomacului și nu prea menționat în legătură cu intumescența splinei.

Simptomul frecvent observat de către noi în cursul splenomegaliilor și pe care-l considerăm caracteristic este următorul:

După cum se știe, în condiții fiziologice, bula de aer a stomacului se situează imediat sub cupola diafragmatică. În caz de splenomegalie am observat însă că bula de aer se deplasează nu numai în sens medial ci și în jos și această dislocare este direct proporțională cu creșterea în volum a splinei.

Începînd din februarie 1958 am executat radiografiile despre marea tuberozitate a stomacului și diafragul sting, tuturor bolnavilor noștri cu splenomegalie. Pentru a pune mai bine în evidență bula de aer, am administrat bolnavilor sulfat de bariu. În 16 din 18 cazuri, aceasta s-a îndepărtat mai mult sau mai puțin de diafragm, semnul fiind negativ numai la doi purtători de splenomegalie.

Simptomul poate fi realizat prin două modalități:

1. În cazurile unei intumescențe splenice difuze polul superior al splinei se insinuează între marea tuberozitate și diafragul sting (vezi fig. nr. 2).

2. În alte cazuri credem că splina mărită tracționează prin ponderea ei ligamentul gastrosplenic și în consecință trage marea tuberozitate în jos ori de cîte ori bolnavul stă în picioare. E normal să fie așa din moment ce deseori întîlnim fenomenul de alungire a pedicolului splenic în cazurile de splenomegalie. Pentru a ne convinge de veracitatea acestei presupuneri, am întreprins

Z. NAFTALI: UN SIMPTOM RADIOLOGIC AL SPLENOMEGALIEI



Fig. nr. 1. - Bula de aer in poziție normală.

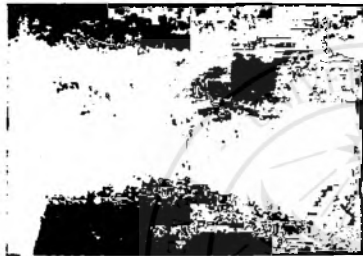


Fig. nr. 2. - Hepatosplenomegalic.

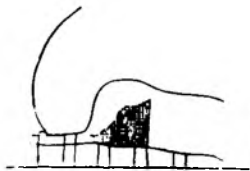


Fig. nr. 3. - Splenomegalic.



Fig. nr. 4. - Hepatosplenomegalic.



la inițiativa și în colaborare cu dr. Kovács L. cercetări comparative în decubit și ortostatism, ale căror rezultate le vom prezenta într-o comunicare viitoare.

Acest simptom care e prezent în cele mai multe cazuri de splenomegalie este mai puțin frecvent în cele malarice. Perisplenita adezivă, frecventă în aceste cazuri împiedică tracționarea în sens caudal a stomacului. În două cazuri ne-am putut convinge „de visu” despre existența acestor leziuni împiedicând pozitivitatea acestui semn (bolnavii R. P. N. și H. K. operați de noi la Yong-Son pentru ruptura traumatică a splinei). Din aceste cazuri am tras concluzia că în absența semnelor de tracționare stomacală în prezența unei splenomegalii marcate ne putem aștepta la extinse aderențe spleno-diafragmatice.

In concluzie: Tracționarea caudală a stomacului în ortostatism fiind un semn care acompaniază în mod frecvent splenomegalia neadezivă, constituie un semn important în recunoașterea ei radiologică. Absența tracționării în prezența unei splenomegalii marcate constituie pe de altă parte un indiciu de perisplenită adezivă.

Sosit la redacție: la 23 mai 1958.

Bibliografie

1. ASSMANN H.: Die Klinische Röntgendiagnostik der inneren Erkrankungen. Berlin, 1934, 684, 920;
2. LEDOUX-LEBARD G., HELIE J., MICHEL J.: Examens radiologiques de la rate. Encyclopedie medico-chirurgicale. Paris. 12, 1956;
3. SPITZENBERGER O.: Der Fornixs ventriculi, seine normalen und pathologischen Verhältnisse im Röntgenbild. Röntgenpraxis. 9, 590, 1939.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ, ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕМЫЙ ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ СЕЛЕЗЕНКИ

3. Нафтали

Автор указывает, что смещение вниз большой кривизны желудка является почти постоянным и характерным рентгенологическим признаком случаев увеличения селезенки.

Предполагается, что смещение вызвано: 1. застреванием верхнего полюса селезенки между большой кривизной и диафрагмой. 2. В ортостатическом положении увеличенная селезенка оттягивает вниз большую кривизну желудка посредством желудочно-селезеночной связки.

Отсутствие этого симптома помимо значительного увеличения селезенки указывает на наличие адгезивного периспленита.

UN SYMPTÔME RADIOLOGIQUE FRÉQUEMMENT CONSTATÉ DANS LES SPLÉNOMÉGALIES

Naftali Z.

L'auteur montre que la dislocation dans le sens caudal de la grande tubérosité de l'estomac est un signe radiologique presque constant et caractéristique dans les splénomégalies.

Il suppose que la dislocation est causée par :

1. L'interposition du pôle supérieur de la rate entre la grande tubérosité et le diaphragme.

2. Dans la position orthostatique, la rate au volume accru exerce une traction vers le bas de la grande tubérosité de l'estomac par l'intermédiaire du ligament gastro-sphérique.

L'absence de ce symptôme dans une splénomégalie plaide en faveur d'une perisplénite adhésive.