

PAS Material, sowie das durch gesamte Färbungen erhaltene metachromatische Material überprüft. Die Nierenbefunde, die im allgemeinen bei allen Fällen am deutlichsten hervortraten waren: eine Verdickung der Arteriolaintima mit Metachromasie und zellulären Nesten, sowie ein periarterioläres Vorkommen von epitheloiden Gruppen und die Anhäufung einer grossen Anzahl aktiver Mastzellen. Es werden Betrachtungen aufgestellt über die Bedeutung dieser histologischen Aspekte und der Beziehung, die zwischen diesen und dem Produktionsmechanismus der blutdrucksteigernden Substanz bestehen mag.

RÉSUMÉ

On présente les résultats obtenus dans les reins d'hypertonie néphrogène en étudiant le matériel PAS positif et le métachromatique par colorations collectives. Le grossissement de l'intime des artéries avec métachromasie et nids cellulaires et la production de groupes épithélioïdes périartériolaires ainsi que l'accumulation de nombreuses cellules engrangées actives dans ces reins, sont les faits les plus saillants communs à tous les cas. On fait des considérations au sujet de la possible signification de ces aspects histologiques en rapport avec le mécanisme de production de la substance hypertensive.

PRUEBA PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE LA ENTERITIS SUPERFICIAL Y LAS DISPEPSIAS MOTORAS

C. MARINA FIOL.

Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas.
Director: Profesor C. JIMÉNEZ DÍAZ.
Madrid.

Departamento B de Enfermedades del Aparato Digestivo.

El diagnóstico diferencial entre la enteritis superficial y las dispepsias motoras o dispepsia nerviosa ha constituido siempre un problema desde el punto de vista clínico y radiológico.

PORGES¹ dió un gran avance hacia su solución cuando en 1928 publicó sus trabajos en los que describió la dispepsia jabonosa, y señalaba los síntomas clínicos y radiológicos de la enteritis.

Los trabajos de este autor fueron en general aceptados, si no en toda su amplitud, sí parcialmente, reconociendo todos los autores la existencia de la enteritis como enfermedad más frecuente de lo que con anterioridad se había pensado; igualmente fueron reconocidos como de gran valor clínico los síntomas vasomotores y

las zonas de dolor yeyuno-ileal, demostrables en la exploración del enfermo.

El esquema dado por PORGES de la existencia de un tránsito rápido por el intestino delgado en la enteritis fué, y aún lo es hoy en día, aceptado por casi todos los autores. La escuela alemana de radiología, que se ocupó de la radiología del intestino delgado, comprobó las aportaciones de este autor; así, PRÉVOT² y KUHLMANN³ hicieron un estudio detallado del aspecto radiológico del intestino delgado en este proceso. Ambos describieron las segmentaciones del intestino, la aparición de pliegues engrosados, que fueron interpretados como expresión del edema de la mucosa y el aumento de líquidos y de gases en mayor proporción de lo habitual en las asas del delgado. KUHLMANN y GUTZEIT⁴ describieron, al lado de las enteritis que cursaban con hipertonia e hipermotilidad, otras en las que predominaba la hipersecreción.

Nuestros trabajos de 1944⁵ y 1945⁶ demostraron que sólo un 11 por 100 de los enfermos de enteritis presentaban un tránsito rápido por el intestino delgado, estando en la mayoría de los casos retardado. Posteriormente (1949⁷), llegamos a la convicción de que la mayoría de los enfermos de enteritis que en la exploración radiológica presentaban un tránsito rápido, correspondían en realidad a una dispepsia motora, y establecimos que la hipotonía e hipomotilidad, hipersegmentación de las asas y el aumento de líquidos y gases eran más propios de la enteritis, mientras la hipermotilidad, e hipertonia y las segmentaciones pequeñas y redondeadas sin niveles eran más características de la diarrea nerviosa.

La observación posterior de casos en los que el aspecto morfológico del intestino, cambiaba profundamente desde la hipotonía a la hipertonia con segmentaciones de insulaciones grandes bajo el influjo de estímulos psíquicos, nos llevó en 1954⁸, a no considerar la distonía yeyuno-ileal como característica de la enteritis, pudiendo por lo tanto considerarse estas alteraciones como comunes tanto en la enteritis como en la dispepsia motora. Entonces consideramos como característico de la enteritis la dilución del contraste a medida que se va alejando del piloro, invirtiéndose con ello el esquema normal, en que el contraste se va progresivamente concentrando a medida que va progresando, por los distintos segmentos intestinales para presentar su mayor concentración en los últimos segmentos del ileon. Nuestro esquema, por lo tanto, se acerca al concepto antiguo de SCHMIDT al considerar este autor que en la diarrea del intestino delgado no solamente existe un trastorno en la digestión y posiblemente de la absorción, sino que se produce un aumento de secreción, exudación llama este autor, de un líquido rico en albúmina. Nuestro concepto varía del de este autor en el sentido de pensar que si bien esto ocurre en la enteritis, no ocurre lo mismo en la

diarrea nerviosa. En ésta hay un aumento de motilidad y también de secreción, pero el intestino no está lesionado en sus funciones metabólicas y la absorción del quimo y del líquido segregado se realiza con gran rapidez, hasta el punto de que en los enfermos en los que el con-



Fig. 1.—Ileon terminal en un enfermo con diarrea nerviosa (prueba con tortilla).

traste alcanza en una hora el ciego, no existe una dilución aumentada del contraste, ni un trastorno de la absorción, como demostró hace muchos años URY⁹ y hemos visto nosotros haciendo demostraciones cuantitativas de grasa. Por lo tanto, aunque el tránsito esté acelerado por el intestino delgado, la absorción se realiza perfectamente; en cambio, en otros procesos como las esteatorreas, en las que existe un trastorno de la absorción e intenso de la secreción, el tránsito por el intestino delgado es anormalmente lento. Las heces en la dispepsia nerviosa son líquidas o blandas porque el tránsito por el colon es muy rápido, y las heces tienen la misma consistencia que el quimo en el ciego; otras veces, cuando se retrasa la evacuación intestinal, se reabsorbe el agua en el colon y entonces las heces pueden ser normales e incluso poco hidratadas, produciéndose un estreñimiento. En la mayoría de los casos del llamado colon irritable hallamos estas alteraciones. Muchos de los casos de enteritis con estreñimiento descritos por NOTHNAGEL y después por PORGES probablemente correspondían a dispepsias nerviosas.

Hay casos, sin embargo, de enteritis con estreñimiento en los que se produce una intensa hipertonía del colon, determinada probablemente por la intensa reacción ácida del contenido intestinal¹.

Hay muchos casos en clínica, en los que radiológicamente no se puede hacer el diagnóstico diferencial por tratarse de enteritis compensadas en el momento de la exploración, o por no existir en la diarrea nerviosa estímulos psíquicos en el momento de la exploración que desencadenan la hipermotilidad; en estos casos, si suministramos junto con el contraste un alimento que deje poco residuo en el ileon terminal, por ejemplo, una tortilla a la francesa, veremos cómo en la dispepsia nerviosa no se observan alteraciones en el ileon, que aparece con una buena o ligeramente disminuida concentración del contraste y con unos pliegues de mucosa limpios; en cambio, en la enteritis, como existe una perturbación, en la digestión, de la secreción, y también, aunque poco intensa, de la absorción, aparece el contraste en el ileon, diluido y mezclado con restos de quimo, presentando la mucosa un aspecto granular más o menos grosero, según la intensidad del trastorno.

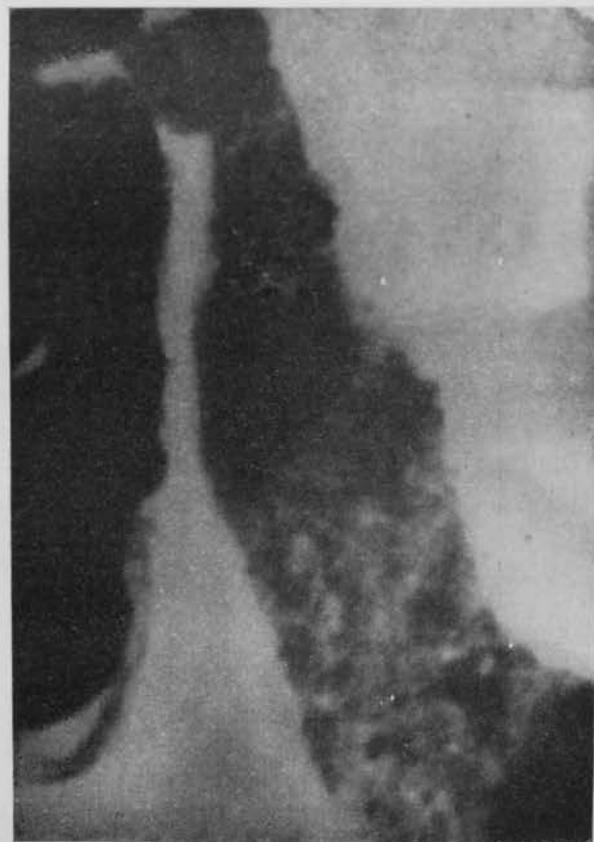


Fig. 2.—Ileon terminal en un enfermo con enteritis (prueba con tortilla).

Cuando existe un tránsito lento por el intestino delgado, especialmente por el ileon, es posible que estos grumos procedan de comidas anteriores, por lo que estos enfermos deben permanecer en ayunas por lo menos catorce horas antes de la exploración. Estos grumos pueden igualmente estar producidos por un aumento de moco en el ileon, en cuyo caso esta mixorrea no esté determinada por una enteritis, sino por un trastorno funcional.

Son éstos los motivos por los que creemos no

se trata de una prueba definitiva, aunque sí valiosa, para poder facilitar el diagnóstico en muchas ocasiones. Estas mismas objeciones que nos hacemos son relativas, puesto que el retraso del tránsito por el íleon, para que queden residuos tiene que ser muy grande y por lo tanto es lo más probable que esté ocasionada por una enteritis o esteatorrea; en cuanto a la presencia de moco, hay que tener en cuenta que éste, en el íleon, se presenta en forma de pequeños corpúsculos, que se ven transparentes en las radiografías o en gleras. La organización del moco en grumos, por lo tanto, aunque posible, no es probable.

RESUMEN.

La dispepsia motora, astenia neurointestinal o dispepsia nerviosa se caracteriza por tránsito rápido del contraste por el intestino delgado. Hay casos de dispepsia nerviosa en los que el tránsito es normal y la imagen radiológica del intestino delgado es la de una distonía; por consiguiente, idéntica a la de la enteritis superficial. En la dispepsia nerviosa la digestión y absorción se efectúan normalmente; en la enteritis existen perturbaciones de la digestión, absorción y secreción.

Si se administra, junto con la comida opaca, alimento que deje poco residuo, por ejemplo, una tortilla, en el sujeto normal o con dispepsia motora, el íleon terminal aparece en las radiografías con una mucosa limpia con sus característicos pliegues longitudinales. Si se trata de un enfermo de enteritis, el íleon terminal aparece atónico, con una mucosa sucia, de aspecto granuloso, por mezcla del contraste con moco y restos groseros de quimo.

BIBLIOGRAFIA

1. PORGES, O.—Essen Z. Klin. Med., 109, 28, 1928.
2. PRÉVOT, R.—Fortschr. Geb. Roentgstr., 62, 341, 1940.
3. KUHLMANN, F.—Fortschr. Geb. Roentgstr., 54, 433, 1936.
4. GUTZEIT, K. y KUHLMANN, F.—Fortschr. Geb. Roentgstr., 47, 141, 1933.
5. MARINA FIOL, C.—IV Congreso Esp. de Patol. Digestiva. Sevilla, 1944.
6. MARINA FIOL, C.—Rev. Clin. Esp., 19, 8, 1945.
7. MARINA FIOL, C.—Estudio radiológico del intestino delgado. Ed. Paz Montalvo. Madrid, 1949.
8. MARINA FIOL, C.—VI Congreso Esp. de Patol. Digestiva. Santiago, 1954.
9. URY.—Cit. JIMÉNEZ DÍAZ. Lecciones de Patol. Médica. Ed. Científico-Médica. Madrid, 1945.

SUMMARY

Motor dyspepsia, neurointestinal asthenia or nervous dyspepsia is marked by rapid transit of contrast medium through the small bowel. There are cases of nervous dyspepsia in which the transit is normal and the radiologic appearance of the small bowel is that of dystonic intestines and therefore identical with that of superficial enteritis. In nervous dyspepsia digestion and absorption take place normally; in enteritis there are disturbances in digestion, absorption and secretion.

If food producing no bulk, e. g. an omelette, is given with the opaque meal the terminal ileums shows a clear-cut mucosa with its characteristic longitudinal folds in the X-ray films of normal subjects or of patients with motor dyspepsia. In the case of a patient with enteritis, the terminal ileum appears atonic with a fuzzy mucosa of granulomatous appearance due to the mixture of contrast medium with mucus and gross residues of chyme.

ZUSAMMENFASSUNG

Motorische Dyspepsie, neuro-intestinale Asthenie oder nervöse Dyspepsie sind durch raschen Durchgang des Kontrastmittels im Dünndarms gekennzeichnet. Es kommen Fälle von nervöser Dyspepsie vor, bei welchen ein normaler Durchgang besteht und der Dünndarm das roentgenologische Bild einer Dystonie zeigt, d. h. also identisch demjenigen einer oberflächlichen Enteritis. Die Verdauung und Absorbierung gehen bei der nervösen Dyspepsie normal vor sich; bei der Enteritis hingegen bestehen Störungen in der Verdauung, Absorbierung und Sekretion.

Wenn mit der opaken Gabe auch eine Speise mit wenig Rückstand verabreicht wird, z. B. eine Eieromlette, so zeigen die Roentgenbilder bei normalen Menschen oder Personen mit motorischer Dyspepsie eine reine Schleimhaut im terminalen Ileum und seine kennzeichnenden Längsfalten. Ist aber eine Enteritis vorhanden, so erhält man das Bild eines atonischen Terminalileum mit schmutziger Schleimhaut von granulomatösem Aussehen, bedingt durch eine Vermischung des Kontrastmittels mit Schleim und groben Chymusüberresten.

RÉSUMÉ

La dyspepsie motrice, asthénie névro-intestinale ou dyspepsie nerveuse se caractérise par passage rapide de contraste par l'intestin grêle. Il y a des cas de dyspepsie nerveuse où le transit est normal et l'image radiologique de l'intestin grêle est celle d'une dystonie, identique par conséquent à celle de l'entérite superficielle. Dans la dyspepsie nerveuse, la digestion et absorption se réalisent normalement; dans l'entérite il existe des troubles de la digestion, absorption et sécrétion.

Si on administre à la fois, dans un manger opaque un aliment qui laisse peu de résidu, par exemple une omelette, chez le sujet normal ou avec dyspepsie motrice, l'iléum terminal apparaît dans les radiographies avec une muqueuse propre, avec ses caractéristiques plis longitudinaux. S'il s'agit d'un malade d'entérite, l'iléum terminal apparaît atonique avec une muqueuse malpropre d'aspect granulomateuse par mélange du contraste avec du mucus et restes grossiers de chyme.