

Clinica I. medicală din Tg.-Mureș (cond : prof. Pál Dóczy, doctor în științe medicale)

**PATOGRAFIA BOLII REUMATISMALE ÎN LIMITELE VIRSTEI ȘCOLARE (REZULTATELE EXAMENELOR DE TRIAJ EFECTUATE ÎNTR-O COMUNĂ DE PE VALEA NIRAJULUI)**

*Gy. Bartel, E. Hoffmann, B. Major, E. Kiss, J. Csidey, Z. Zakariás, S. Csiszár, K. Adorján, M. Kolumbán*

Problema reumatismului constituie și azi în toată lumea una din preocupările principale ale cercetătorilor. În țara noastră în anii puterii populare s-au făcut eforturi considerabile pentru lichidarea înapoierii în acest domeniu.

Cu toate acestea 6% din bolnavii internați în serviciile spitalicești, 20% din cei tratați la policlinici și ambulatorii și aproape 50% din cei ce se prezintă la

tratament balnear suferă și în prezent de afecțiuni reumatice (*I. Stoia*). Cei mai distinși oameni de știință ai noștri (*Danielopolu, Lupu, I. Nicolau, Moga* și alți: s-au ocupat și se ocupă de diferitele aspecte ale problemei. Inițiative în această direcție au fost luate și în regiunea noastră (*Dóczy, Puskás, Horváth*).

Pe baza datelor furnizate de clinica infantilă din Tg. Mureș am putut stabili că, din bolnavii internați între anii 1951—1956, 2,22% au suferit de procese reumatismale acute. Deși această cifră în sine nu oglindește morbiditatea reumatismală din orașul și regiunea noastră, totuși ea corespunde cifrelor date în morbiditatea infantilă mondială. Pe de altă parte deși cifra de 77,7% reprezentând copiii reumatici proveniți din mediul rural corespunde componenței populației din regiunea noastră, am considerat totuși utilă elucidarea pe teren a problemei ce o constituie posibilitatea morbidității reumatice infantile care e diferită în mediul urban și în cel rural. Se pune problema dacă deosebiri: între condițiile de viață de la orașe și sate (climat, locuință, îmbrăcăminte, condiții igienice etc.) influențează sau nu morbiditatea. Pentru clarificarea problemei am efectuat cu colectivul nostru de muncă examene de triaj complex într-o comună de pe valea Nirașului. După întocmirea datelor anamnestice detaliate, am executat examene clinice generale: ORL, stomatologie la toți elevii școlii de 7 ani din comună, apoi am recoltat exudat faringian pentru examene bacteriologice și sînge pentru determinarea titrului antistreptolizinic (ASLO). Cunoașterea radiologică a stării organelor toracice s-a făcut prin metoda micro-radiografică. Am stabilit și condițiile de viață ale elevilor (locuință, hrană etc.).

Condițiile climatice ale comunei și structura solului corespund celor din orașul de reședință al regiunii. Comuna are caracter exclusiv agricol, așezată la 20—30 km de oraș sau întreprinderi industriale, departe de arterele principale ale căilor de comunicație. De aceea am considerat-o adecvată pentru studierea influenței condițiilor de viață din mediul rural asupra morbidității reumatice.

Vîrsta copiilor examinați a fost între 7—14 ani. În anamneză reumatism poliartricular acut s-a pus în evidență în 1,08% a cazurilor, la care procesul s-a sanăt prin sechele cardiace grave (boală mitrală). La acești bolnavi nu s-au putut pune în evidență recidive acute de la primul puseu. În 50% a cazurilor s-a executat amigdalectomie, iar la cealaltă jumătate s-au găsit amigdale hipertrofiate cu exudat faringian; streptococul hemolitic a fost negativ la toți, titrul ASLO sub 1/200.

Examenul clinic a stabilit încă la șase bolnavi semne stet-acustice suspecte, care în cursul examenelor ulterioare nu s-au dovedit de natură organică (sufluri accidentale). Avînd în vedere că în nici un caz nu am putut evidenția prin microradiografiu modificarea configurației cordului nici chiar în cazurile cu valvulopatii evidente, considerăm că această metodă de investigație nu este adecvată pentru examene de triaj cardiologic la copii.

2,16% dintre elevi au semnalat dureri articulare periodice recidivante fără tumefieri articulare manifeste. Nici unul din aceste cazuri nu a prezentat valvulopatii. La un bolnav am găsit amigdalită cronică, iar într-un alt caz focare infecțioase dentare. Titrul ASLO 1-an găsit pozitiv în 2 cazuri (1/250 și 1/500), iar exudatul faringian într-un singur caz (al cărui titru ASLO era 1/500).

În alte 7 cazuri au fost prezente simptome clinice pe baza cărora s-ar fi putut presupune infecții reumatice premergătoare. În nici unul din aceste cazuri datele anamnestice n-au fost concludente în această privință. Această constatare se referă la cazurile cu mobilitate diminuată în unele articulații, dureri la mobilizare, semne artrotice (crepitații la mobilizare) etc. La acest lot nu s-a putut constata prezența focarelor active amigdaliene sau dentare decît într-un singur caz. La 4 copii exudatul faringian a fost pozitiv, iar la doi din ei titrul ASLO ridicat 1/625 și 1/1250, coincidînd cu pozitivitatea exudatului faringian.

Analizînd datele de mai sus din punct de vedere al activității procesului reumatic, putem stabili că la 2 din cei 13 elevi la care s-a putut presupune o infecție reumatică premergătoare, această infecție a fost incontestabilă, soldîndu-se cu valvulopatii persistente. În alte patru cazuri cu simptome atro-mialgice, pozitivitatea exudatului faringian

pentru streptococul hemolitic A, și titrul ASLO ridicat peste 1/250 la 2 copii au făcut verosimilă infecția reumatică acută în acele cazuri. În slîrșit, pe baza criteriilor identice, la doi din cei 7 artrofici infecția reumatică activă se poate presupune cu multă probabilitate. Astfel 2,16—3,24% din totalul copiilor examinați pot fi considerați reumatici. Aceste date numerice corespund constatărilor autorilor sovietici, potrivit cărora infecția reumatică atinge 2% din copiii în vîrstă școlară (*Marcuson* citat de *Puskás*).

Stabilirea numerică a aceluia care au trecut prin așa-zisa primă boală (angină reumatică) și faza prodromală a bolii constituie o problemă și mai dificilă. În această privință, nici datele anamnestice nici examenul obiectiv nu ne-au furnizat date concludente. Dacă admitem prezența obligatorie a anginei reumatice în faza prodromală a bolii, trebuie să constatăm că evidențierea ei la examenele de triaj este foarte dificilă, fiind lipsită de simptome patognomonice pe baza cărora bolnavul ar avea posibilitatea s-o diferențieze, devenind astfel decelabilă și prin anamneză. Singura posibilitate pentru identificarea ei retrospectivă o constituie în prezent evidențierea streptococului hemolitic A din frotul faringian și determinarea titrului ASLO. Dar și aceste rezultate trebuie interpretate cu simț critic și multă prudență. Datele referitoare la alte infecții streptococice trebuie analizate cu aceeași precauțiune. În anamneza a 6 elevi din copiii examinați am găsit scarlatină, la unul nefrită acută, la șase amigdalite și la 30—40 laringo-faringite indeterminabile, ce decurg fără febră sau alte manifestări clinice (această ultimă grupă nu am evaluat-o din acest punct de vedere). Infecția streptococică a fost urmată numai într-un caz de manifestări reumatice (anume la unul din copiii cu valvulopatie mitrală la care s-a executat și amigdalectomie).

Prin examenul ORL s-a putut constata în 8 cazuri o amigdalită activă și în trei amigdalectomie executată anterior (unul dintre bolnavi cu valvulopatie organică). La 49 copii s-a găsit hipertrofia amigdalelor fără alte semne inflamatorii.

Examenul stomatologic a putut pune în evidență la 39 copii focare infecțioase dentare active (4 abcese dentare și 35 cu gangrenă a pulpii dentare). La alți 134 școlari s-au găsit carii dentare simple și bonturi radiculare.

Titrul antistreptolizinic cu valori ridicate s-a întîlnit la 4 din cei 11 copii cu focare ORL active la examenul actual sau în trecut (amigdalectomie). Tot la 4 din aceste cazuri s-a obținut exudatul faringian pozitiv, concordînd numai într-un singur caz cu pozitivitatea titrului ASLO. Rezultate asemănătoare s-au obținut și la cei 39 copii cu focare dentare, la care titrul ASLO a fost ridicat în 9, iar exudatul faringian pozitiv în 10 cazuri. Concordanța acestor două valori a putut fi stabilită numai la 5 școlari. Dacă comparăm valorile numerice ale acelor cazuri care pot fi considerate negative din punct de vedere al focarelor de infecție dentară, avînd însă totuși titrul ASLO ridicat și exudat faringian pozitiv, cu valorile numerice expuse mai sus, nu vom putea constata o diferență semnificativă în favoarea cazurilor pozitive din punct de vedere al focarelor active.

Rezultatele noastre privind examenul bacteriologic al exudatului faringian precum și determinările titrului ASLO referitoare la întregul nostru material examinat sînt expuse în tabelele nr. 3, 4 și 5. Analizînd aceste date putem constata că în 18% din cazurilor am obținut exudat faringian pozitiv. Dintre aceștia la 8% am putut evidenția, prin date anamnestice sau examen obiectiv, existența infecției reumatice sau a focarelor de infecție active. În restul de 10% nu s-a putut pune în evidență infecție reumatică sau altă boală cauzată de infecția streptococică.

Valorile pozitive ale titrului ASLO în cazurile noastre sînt mai frecvente decît pozitivitatea exudatului faringian, reprezentînd 27% a cazurilor. Dintre aceștia în 9,8% infecția reumatică sau infecția streptococică a putut fi pusă în evidență în 17,2% din cazurile negative din acest punct de vedere.

Pe baza celor de mai sus putem stabili că pozitivitatea examenului bacteriologic al exudatului faringian sau al titrului ASLO ne furnizează date prețioase pentru determinarea activității procesului în cazurile în care infecția reumatică sau de natură streptococică se poate confirma prin examenul clinic sau date anamnestice.

Dacă manifestările clinice lipsesc complet, aceste date pot fi luate în considerare numai cu precauție.

Trebuie însă presupusă realitatea infecției reumatice în cazurile asimptomatice atunci când atât titrul ASLO, cât și exudatul faringian dau rezultate pozitive. (Aceasta se referă și la cele 11 cazuri ale noastre din table.) Observația îndelungată (de ani de zile) a copiilor din aceste două grupe va putea elucidă problema infecțiilor streptococice latente cu evoluție subclinică și valoarea diagnostică a pozitivității exudatului și a titrului ASLO în aceste cazuri.

*Sosit la redacție: 28 martie 1960.*

*Bibliografia la autori.*

#### ЧАСТОТА ОБНАРУЖЕНИЯ РЕВМАТИЗМА В ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Бартель Д., Гоффман Е., Майор Е., Киш Е., Чиден И., Закариаш З.,  
Чизер З., Адорян К., Колумбан М.

Авторы изучали частоту обнаружения ревматической инфекции в школьном возрасте в одном селе. На основании исследования устанавливают, что частота заболевания в сельских условиях жизни не превышает частоту заболевания в городе и что совпадает с данными мировой литературы.

Очагами инфекции чаще всего являлись зубы. Значение профилактически произведенного исследования мазков из зева и титра антистрептолизина „О“ состоит в том, что при наличии клинических симптомов эти данные служат для установления активности ревматического процесса. Для того, чтобы точнее судить о диагностической ценности этих двух исследований (титра антистрептолизина и бактериологических исследований), особенно в латентной или в субклинической форме болезни, необходимы дальнейшие повторные наблюдения.

#### LA PATHOLOGIE DE LA MALADIE RHUMATISMALE CHEZ LES ENFANTS D'ÂGE SCOLAIRE

Gy. Bartel, E. Hoffmann, E. Major, E. Kiss, J. Csidez, Z. Zakariás, Z. Csizér,  
K. Adorján, M. Kolumban

Les auteurs ont étudié l'incidence de la maladie rhumatismale dans une commune de la R.A.M. Se basant sur les résultats obtenus, ils constatent que dans le milieu rural la morbidité du rhumatisme infantile n'est plus élevée, que dans le milieu urbain. Cette morbidité présente des chiffres qui sont en concordance avec celles existantes dans les statistiques mondiales (2-3%).

D'entre les foyers qu'on peut considérer comme étant le point de départ de l'infection, ce sont les foyers d'origine dentaire qui ont la prépondérance.

L'importance de l'examen de la sécrétion pharyngienne et de la détermination du titre ASLO au cours du dépistage réside dans le fait que, dans la présence des symptômes cliniques, ces examens servent comme point d'appui pour l'établissement de l'activité du processus rhumatismal. Après avoir obtenu le résultat du titre ASLO et celui de l'examen bactériologique de la sécrétion pharyngienne, il est nécessaire de faire plusieurs observations successives, afin qu'on puisse apprécier d'une manière précise la valeur diagnostique de ces deux procédés, surtout en cas d'évolution clinique latente de la maladie.