

# CAZURI CLINICE

Clinica I medicală, conducător: Prof. Dóczy Pál, Clinica II medicală, conducător: Conf. Horváth Endre, Institutul de anatomie-patologică, conducător: Conf. Gyergyay Ferenc, candidat în științe, de la I.M.F. Tg.-Mureș.

## CONSIDERAȚII CLINICE ȘI ANATOMO-PATOLOGICE ÎN LEGATURA CU 100 DE CARDIO-REUMATICI DECEDAȚI \*)

Koczka Gy., Dóczy P., Róna L.

Din complexul de date obținute prin analize clinice și anatomo-patologice la 100 de bolnavi cardiaci reumatici decedați în clinica medicală Nr. I și II. din Tg.-Mureș am ales numai observațiile de importanță primordială. Scopul lucrării de față este de a prezenta fapte patologice cu privire la morbiditatea bolii reumatice și mortalitatea consecutivă a regiunii deserveite de clinicile noastre. Am scos în evidență în special observațiile demne de notat din punct de vedere al practicii medicale curente și al profilaxiei. Vom releva și anumite dificultăți diagnostice, pentru că nu toate observațiile clinice au fost concludente cu cele anatomo-patologice. Vom relata cazurile cardiacilor decedați de endocardită lentă (e. l.) pentru că problema acestei boli este dependentă de cea a reumatismului

Analiza clinică a celor 100 de cardiaci reumatici decedați este justificată mai ales datorită faptului, că prin ea obținem date asupra fazei celei mai grave a bolii și asupra împrejurărilor și cauzelor directe ale morții.

Dintre cei 100 de bolnavi decedați au fost 44 bărbați și 56 femei. Nu putem da importanță mai mare diferenței de 11 procente între numărul bărbaților și al femeilor.

\*) Comunicare susținută la ședința din 10 martie 1954 a Soc. științelor medicale, J-tiala Tg.-Mureș.

TABELUL Nr. I.

Timpul în care s-a ivit decesul	
Între 14—20 ani . . . . .	9%
„ 21—30 „ . . . . .	19%
„ 31—40 „ . . . . .	32%
„ 41—50 „ . . . . .	22%
„ 51—60 „ . . . . .	12%
Peste 60 „ . . . . .	6%
<hr/>	
Vîrsta medie a decedaților . . .	37,6 ani
Bărbați . . . . .	35,5 „
Femei . . . . .	39,2 „

Din acest tabel reiese între altele faptul, că bărbații expuși de obicei la mai multe pericole mor într-o vîrstă mai tină decît femeile. Majoritatea bolnavilor noștri se recrutează dintre agricultorii, expuși intemperiilor. Aceste împrejurări favorizează alit exacerbarea proceselor reumatice, cît și apariția bolilor infecțioase. Acești doi factori precum și munca grea ce o depun aceste persoane influențează nefavorabil cordul deja afectat și grabește apariția insuficienței circulatorii.

Din punct de vedere al profesiei lor constatăm că 45 la sută din bolnavii noștri sînt agricultori, procentaj mare, care își are explicația în faptul, că regiunea deserveită de clinicile noastre este în primul rînd o regiune agricolă. Restul bolnavilor se împarte în felul următor: 22 la sută femei casnice, 14 la sută muncitori din industria ușoară, 11 la sută intelectuali și 8 la sută muncitori din industria grea.

În continuare am studiat care este frecvența afecțiunilor reumatice sau a altor infecții în antecedentele bolnavilor? În antecedentele a 43 la sută a cazurilor am constatat reumatism poliarticular, chorea minor, rareori ambele, iar în 52 la sută nu s-au putut pune în evidență astfel de date. La ceilalți bolnavi (5%) amintim în antecedente scarlatină sau afecțiuni articulare post-scarlatinoase.

Este bine cunoscut faptul, că afecțiunile cardiace reumatice apar adeseori în urma așa ziselor infecții latente. *Talalaev* și *Scherf* apreciază frecvența acestor cazuri la 40%. Datele noastre stau mai aproape de acele ale lui *Scoorfov*, care vorbește de o frecvență de 50%. În legătură cu această problemă *Iliescu* afirmă că în adolescență cardiile oligosimptomatice și neasociate cu fenomene articulare sînt foarte frecvente și că această frecvență se mai accentuează cu vîrsta.

Relevarea problemei reumatismului latent este importantă din punct de vedere al luptei organizate contra reumatismului.

Din studiul foilor de temperatură ale bolnavilor reiese că majoritatea lor au prezentat o stare febrilă sau cel puțin subfebrilă. În 19 cazuri am constatat o stare febrilă. Examenul clinic și cel anatomic-patologic a relevat, că stările febrile se explică prin pneumonii în patru cazuri, prin endocardite lente în șase cazuri, prin endocardite septică în două cazuri, și prin embolii în patru cazuri. În trei cazuri febra a rămas fără explicație. În 39 de cazuri am observat subfebrilități. Cauzele au fost următoarele: pneumonii prothahate (7 cazuri), endocardite lente (16 cazuri), embolii, infarcte, tromboze sau procese tuberculoase în 11 cazuri. În cinci cazuri nu s-a putut pune în evidență cauza subfebrilității. 38 de bolnavi au fost afebrili, iar în 4 cazuri bolnavii au decedat scurt timp după internarea în clinică așa încît nu am avut posibilitatea de a înregistra curba termică.

Ori de cite ori nu am putut stabili cauza stării febrile sau subfebrile, s-a pus întrebarea: cauza ascensiunilor febrile nu este oare o endocardită recurentă. Pentru clarificarea problemei am proce-

dat în felul următor: din cele 45 de cazuri de endocardită recurentă verificată prin autopsie, am ales pe acelea în care în afară de endocardită am putut exclude — tocmai pe baza autopsiei — orice alte noxe care ar fi putut provoca ascensiunea termică. Am găsit 17 cazuri de acest fel. În acestea în afara de curba termică am analizat și viteza de sedimentare a hematiilor (v. s. h.) și leucocitoza.

TABELUL Nr. II.

Curba termică, v. s. h. și leucocitoza în 17 cazuri de endocardită recurentă

Stări febrile . . . . .	2 cazuri	11,7%
„ subfebrile . . . . .	6 „	35,2%
Afebrilitate . . . . .	9 „	52,9%
<hr/>		
V. S. H. accelerată . . . . .	7 cazuri	41,1%
V. S. H. neconcludentă 4 „		23,5%
V. S. H. în limite normale 5 „		29,4%
<hr/>		
V. S. H. neexecutăta . . . . .	1 „	5,8%

Leucocitoza:

No. minim al leucocitelor 5200/mm<sup>3</sup>  
 No. maxim al leucocitelor 20.000/mm<sup>3</sup>  
 No. mediu al leucocitelor 8.400/mm<sup>3</sup>

După cum reiese din tabelul de mai sus în cazurile de endocardită reumatică recurentă am găsit afebrilitate într-un procentaj de 59,2%, v. s. h. a fost în limite normale în peste o pătrime a cazurilor, numărul leucocitelor oscilează între limite mari, nedepășind însă în medie valoarea normală. Din cele de mai sus nu rezultă altceva decît că diagnosticarea endocarditei recurente este dificilă și că în precizarea diagnosticului nu ne putem bizui nici pe rezultatele examenilor executate în mod curent, nici pe observarea curbei termice.

Într-un procentaj de 30% am observat complicarea cardiopatiei reumatice cu endocardită lentă. Noi nu împărtășim nici părerea acelor autori, care consideră endocardita lentă drept o maladie independentă de reumatism, nici a acelor care afirma, ca endocardita lentă apare în mod obligatoriu numai pe baza afecțiunilor reumatice sau congenitale. Noi credem, că în această privință are un rol mai important modificarea reactivității organismului în decursul afecției reumatice în urma căreia macro-organismul

reacționează la invazia agenților patogeni (de exemplu: streptococul viridans) cu producerea endocarditei lente.

În lucrarea de față am exclus endocarditele lente pe bază de cardiopatie congenitală, în schimb ne ocupăm cu toate celelalte cazuri fie că afecția reumatică premergătoare a fost evidentă din punct de vedere clinic sau anatomo-patologic, fie că aceasta a fost ștearsă de procesul septic asociat.

În antecedentele bolnavilor de endocardită lentă am găsit date anamnestice „reumatice” în 50% a cazurilor. În anamneza celor 70 de bolnavi care n-au suferit de endocardită lentă, datele referitoare la infecții reumatice figurează într-un procentaj de 47,17%. Timpul trecut de la primele manifestări reumatice ale bolnavilor de endocardită lentă și până la ivirea decesului oscilează de la 4 luni la 31 ani, în majoritatea cazurilor acest interval a fost de 10—20 ani.

Din cele expuse ar rezulta, că 30% a cardiacilor noștri reumatici decedată au suferit de endocardită lentă. Din aceste date statistice însă nu se pot trage concluzii general valabile. Cert este, că în anii de după cel de-al doilea război mondial cazurile de endocardită lentă au fost foarte frecvente, toluși procentajul nostru de 30% trebuie apreciat în mod just, trebuie să sufere modificări. Procentajul nostru nu exprimă altceva decât că în clinicile din Tg. Mureș în anii 1946—1952 treizeci la sută a cardiacilor reumatici au decedat de endocardită lentă. Acesta însă nu înseamnă, că din 100 de reumatici 30 se îmbolnăvesc de endocardită lentă.

Numeroase au fost omisiunile noastre de diagnostic în legătură cu endocardita lentă. În 8 cazuri nu am stabilit un diagnostic just, din acestea la 4 bolnavi am stabilit diagnosticul de endocardită recurentă, iar în restul cazurilor nu am amintit nici un fel de endocardită pe buletinul în care am cerut autopsia.

1. Femeie de 30 de ani, după naștere prezintă subfebrilitate și hematurie microscopică. Cauza morții: insuficiență circulatorie. Nimic nu pledează pentru o endocardită lentă (cazul 47).

2. Bărbat de 23 de ani, a decedat scurt timp după internarea în clinică. Timpul

scurt nu ne-a permis executarea examinărilor amănunțite (cazul 58).

3. Bărbat de 48 de ani, cu tablou clinic dominat de simptomele insuficienței circulatorii. A fost afebril, nimic nu a ple-dat pentru o endocardită lentă (cazul 72).

4. Bărbat de 48 de ani, a suferit de insuficiență aortică, a prezentat o stare subfebrilă (foaia de observație Nr. 113).

Pe baza observațiilor clinice la acești 4 bolnavi am stabilit între altele și diagnosticul de endocardită recurentă.

5. Femeie de 46 de ani, prezintă o boală mitrală și o stare subfebrilă datorită malariei (cazul 55).

6. Femeie de 32 de ani, suferă de boală mitrală, prezintă mici subfebrilități. Nimic nu a ple-dat pentru o endocardită lentă (cazul 81).

7. Femeie de 50 de ani, suferind de boală mitrală prezintă stări febrile și v. s. h. accelerată. Aceste fenomene au fost explicate prin infarcte.

8. Femeie de 45 de ani, în stare grav decompensată, a fost afebrilă, v. s. h. în limite normale, a decedat înaintea examinărilor mai amănunțite. În diagnosticarea justă a acestor 4 cazuri din urmă ne-a împiedicat mai mult, timpul prea scurt de observație.

Trebuie să amintim, că în cazul altor 4 bolnavi am stabilit diagnosticul de endocardită lentă, dar la autopsie nu s-a găsit decât o endocardită veacoasă recurentă. În cazurile de endocardită ve-roacoasă — dacă bolnavii sînt decompensați — cite odală se produc aspecte clinice asemănătoare celor ale endocarditei lente.

Dintre bolnavii suferind de endocardită lentă bărbații figurează cu un procentaj de 73%. Din cei 140 de bolnavi ai lui Iliescu și colaboratorii 56,4% au fost bărbați.

În majoritatea cazurilor, cauza morții a fost insuficiența circulatorie (14—46,66%). Decompensarea însă nu este doar consecința maladiei valvulare, fiindcă septicemia subacută, starea miocardului etc. sînt de asemenea factori care au avut repercursiuni nocive asupra circulației. O mică parte a acestor bolnavi a prezentat semnele decompensației și înaintea apariției endocarditei lente, dar majoritatea lor a ajuns în stadiul insu-

ficienței circulatorii în mod evident din cauza endocarditei lente. 64,28% a bolnavilor lui Iliescu au prezentat de asemenea o insuficiență circulatorie.

La 2 bolnavi decesul a survenit în urma unei stări de colaps. La doi bolnavi decesul neașteptat s-a explicat prin sincopă, iar dintre alți 3 bolnavi unul a decedat în urma unui ețem cerebral, al doilea în urma unei hemoragii și al treilea în urma unui ețem laringean, complicația unui abces retrofaringean.

Avind în vedere greutățile diagnostice ale endocarditei lente, merită un interes deosebit prezentarea unor anumite observații clinice (curba termică) și rezultatele unor examinări de laborator.

TABELUL Nr. III.

Curba termică, v. s. h., leucocitoza în cazurile de endocardiată lentă.

Curba termică:	
a) Febră septică	6 (20%)
b) Subfebrilitate	15 (50%)
c) Febră variată	1 (3,33%)
d) Afebrilitate	8 (26,66%)
V. S. H. :	
a) Foarte accelerată	21 (70%)
b) Ușor accelerată	5 (16,66%)
c) Intre limite normale	4 (13,33%)
Leucocitoze :	
a) Sub 5000 mm <sup>3</sup>	3 (10%)
b) 5.001—8.000 mm <sup>3</sup>	10 (33,33%)
c) 8.001—10.000 mm <sup>3</sup>	10 (33,33%)
d) 10.001—15.000 mm <sup>3</sup>	3 (10%)
Peste 15.000 mm <sup>3</sup>	3 (10%)

Relevam numărul mare al cazurilor afebrile. În general după observațiile noastre cea mai frecventă a fost curba termică de subfebrilitate întreruptă uneori de ascensiuni febrile. Dintre datele referitoare la v. s. h. sint demne de notat limitele normale ale acestei analize în patru cazuri (13,33%).

Dacă analizăm comportarea vitezei de sedimentare și a leucocitozei în cazurile afebrile, nu găsim nici un paralelism între aceste date caracteristice în procesele inflamatorii. Am observat accelerarea vitezei de sedimentare în cazurile în care leucocitoza a fost normală și invers am văzut cazuri în care leucocitoza marcată a fost însoțită de valoarea normală a vitezei de sedimentare.

Concluzia ce se poate trage din datele de laborator și din cele clinice este ca endocardita lentă este o stare septică subacută ale cărei simptome variază după reactivitatea organismului. Reacția macroorganismului este dependentă de factorii mediului, iar microorganismele își schimbă virulența sub influența antibioticelor. Faptul din urma se manifesta și în creșterea progresivă de la an la an a cantității antibioticelor necesare pentru tratamentul bolii.

Analizând cauzele directe ale decesului cardiacilor reumatici trecem la demonstrarea scurtă a complicațiilor care s-au ivit înainte de moarte. Nu ne vom ocupa aici de insuficiența circulatorie care în definitiv poate să fie actul final al frecării cardiopatii, ci vom releva acele complicații, care se asociază în mod frecvent bolilor cardiace și care pot fi și singure cauza directă a morții.

La cardiacii noștri complicațiile cele mai frecvente, (36%) au fost emboliile. În 18% a cazurilor am scos în evidență un infarct pulmonar. Embolii arteriale respectiv consecințele lor au fost cele mai frecvente în splină (6%), în rinichi și în creier (4—4%), în vasele mezenteriale și ale extremităților (2 respectiv 1%). Am observat embolii mai ales în cazurile asociate de aritmie absolută.

Observațiile noastre arată, că în lunile de primăvară și vară cazurile de deces au fost mai rare. După o creștere în luna septembrie, curba mortalității își atinge punctul culminant în cursul lunilor octombrie și noiembrie, iar în decembrie la nivelul mortalității medii. Mortalitatea mai mare din cursul lunilor IX., X., XI. trebuie pusă în legătură cu ocupația bolnavilor. Bolnavii noștri — în majoritatea lor agricultori — se internează în spital în cursul muncilor agricole într-un număr foarte mic. Odată cu venirea toamnei avind mai multă ocazie să se îngrijească, vin într-un număr mai mare la medici. Credem că una dintre cauzele mortalității crescute în lunile de toamnă este decompensația consecutivă muncilor grele din lunile de vară.

#### Concluzii

1 Trebuiește relevat și din partea noastră numărul mare al formelor latente de

reumatism. In materialul nostru numai 43 procente au prezentat date anamnestice „reumatice”.

2. Dintre cei 100 de cardiaci decedați 75 au avut endocardita recentă.

3. La autopsie în 45% am observat semnele endocarditei reumatice recurente. Aceste date confirmă observația, că reumatismul este o boală progresivă, care evoluează cu pusee și în mod inexorabil.

4. Nu avem mijloace sigure pentru stabilirea activității și a puseelor de endocardita, procedeele de examinare, care stau la dispoziția medicului practician (curba termică, leucocitoza, v. s. h.) într-un număr considerabil al cazurilor

au dat rezultate normale chiar în cazuri de procese active.

5. Am atras atenția asupra aprecierii corecte a frecvenței de 30% de endocardită lentă, această cifră deosebit de ridicată nu înseamnă mai mult decât frecvența mare a endocarditelor lente în anii de după război.

6. Punerea diagnosticului de endocardită lentă este de multe ori o sarcină dificilă. Decursul afebril observat de noi în 26,66%, numărul mare al cazurilor oligo-simptomatice, întocmai ca și cazurile grav decompensate înseamnă considerabile dificultăți de diagnosticare.

*Primită la redacție la 21 februarie 1956.*