

CONTRIBUȚIUNI LA ETIOLOGIA MALADIEI LUI DUPUYTREN *) (RETRACTAȚIA APONEVROZEI PALMARE)

Jozefovics F., Papp E., Schapira T.

Afecțiunea aponevrozei palmare, care este urmată de îngroșarea și retractarea ei, în urma căreia se produce progresiv o flectare a falangelor I—II, cu rămânerea în extensie a falanginei, este cunoscută în literatura medicală după cel care a descris-o, maladia lui Dupuytren (m. D.).

Boala afectează de obicei bărbații de vîrsta mijlocie și în afară de localizarea ei pe una din mîini, poate fi bilaterală și uneori poate fi observată chiar pe plantă.

Etio-patogeneza ei nu este clarificată nici pînă în prezent.

Pe baza consultării literaturii de specialitate — ce ne-a stat la dispoziție — vom trece în revistă acele teorii mai importante, care caută să explice natura acestei boli. Majoritatea autorilor presupun mai mulți factori etiologici în producerea afecțiunii.

Dupuytren o consideră ca rezultatul unui traumatism acut, sau cronic. Alții ca *T. Skoog*, *V. Niederland*, *A. G. Brjzozowski*, *Rummelhardt*, *Meyerding*, *Montesano* și alții pe lîngă traumatism atribuie un rol important și terenului. Această teorie

nu explică însă acele numeroase observații, conform cărora boala nu a fost precedată de nici un fel de traumatism.

O altă grupă a autorilor atribuie un rol hotărîtor eredității și descriu familia și chiar generații întregi care au suferit de această afecțiune (*Csörsz*, *Bunch*, *Laane* ș. a. m.).

Alții însă își însușesc numai în parte această părere, căci în majoritatea cazurilor observate de ei nu au găsit în anamneza bolnavilor lor date referitoare la ereditatea afecțiunii (*Söderberg*, *Bode* etc.).

Friedland, *Pita*, *Gemmel*, *Adams*, *Epstein* și alții, au constatat-o în asociație cu diabetul, guta, reumatismul și alte boli așa zise constituționale și presupun o legătură cauzală între acestea și m. D.

Fernet și *Lavenant* ridică posibilitatea etiologiei comune cu îndurația plastică a penisului, *Benedek* afirmă că afît m. D. cît și clinodactilia, brachidactilia și unele anchiloze articulare sînt toate distrofiile ligamentoase eredo-degenerative, consecințele slăbiciunii înăscute a țesutului conjunctiv.

Khel, *Fauteux*, *Ripstein* și alții semnalează asocierea contracturii cu boala coronariană. În schimb unii au văzut-o apărînd împreună cu glioza, tabesul, epi-

*) *Lucrarea a fost prezentată la întrunirea medicilor din 23 septembrie 1955 de la Tg.-Mureș și la Societatea Științelor Medicale, șilala Tg.-Mureș la 9 mai 1956.*

lepsiă și diferite inflamații ale nervilor periferici și de aceea vorbesc de originea neurogenă a bolii (Coenen, Reichel, Ceius, Skoog, Schubert ș. a.).

Mai amintim presupunerea lui A. Krogius, conform căreia anumiți factori lilo-genetici ar putea să joace un rol oare-care în producerea bolii. După el la nivelul țesutului retractat mai târziu, inițial se găsește un țesut muscular (musculi flexores breves), care se poate pune în evidență numai în viața intra-uterină, căci la om mai târziu dispare de obicei și trans-formarea degenerativă cicatricială a acestui țesut muscular ar produce afecțiunea.

În urma observațiilor noastre la 15 cazuri, am ajuns în posesia anumitor date, care nu concordă cu cele citate în literatura de specialitate și care ridică ideea posibilității unui nou factor etiologic, necunoscut pînă în prezent.

Imbolnăvirile observate de noi au apărut într-o colectivitate izolată.

Unul dintre noi, medicul colectivității respective, a sesizat problema abea atunci, cînd a observat la sine însuși leziuni similare cu ale bolnavilor tratați de el un timp îndelungat.

Redăm mai jos observațiile noastre:

Începînd primăvara anului 1953 și pînă în decembrie 1954 boala a apărut la 15 persoane. În marea majoritate a cazurilor boala a fost într-o fază incipientă, bolnavii fiind de sex bărbătesc. Dintre ei 14 au aparținut unei grupe, care a trăit complet izolată de ceilalți. Unul dintre bolnavi, cum am mai amintit a fost medicul colectivității. Vîrsta bolnavilor a variat între 33—62 ani, vîrsta medie fiind de 50 de ani, ceea ce este în concordanță cu datele din literatură.

Contractura a apărut în 7 cazuri la palma dreaptă, în 3 cazuri la cea stîngă și în 5 cazuri bilateral. Nu am observat leziuni pe plantă. Afecțiunea a interesat degetul al IV-lea la 5 bolnavi, degetul al III-lea la 6, degetul al II-lea, respectiv degetul I la cîte un bolnav. Cel mai des au fost afectate, în 40% a cazurilor, simultan degetele III și IV.

Repartizarea bolnavilor după profesie a fost următoarea: agricultori 6, muncitor forestier 1, pădurar 1, pantofar 1, funcționari 3, preot 1, învățător 1, medic 1, adică 9 muncitori manuali și 6 intelectuali. Ți-

nem să menționăm că, dintre muncitorii manuali 6 persoane nu au muncit de loc, în medie timp de 10 luni (3 pînă la 18 luni) înainte de apariția bolii, și nici ceilalți nu au lucrat decît munci ușoare de la 1 la 3 luni.

Dintre cele 15 cazuri numai unul singur a fost găsit de altfel sănătos, ceilalți au suferit și de alte maladii, precum urmează: diferite artroze și artralgiile reumatice 9 bolnavi, hipertonie 3, constipație cronică 2, miocardită cronică, colecistopatie, colită și gastrită cronică, hipertireoză, emfizem și indurația plastică a penisului cîte un bolnav.

Este de remarcat faptul că afecțiunile reumatice au figurat în 60% a cazurilor noastre, iar jumătate din ei au suferit de boli ale sistemului cardio-vascular. Contrar datelor din literatură am observat doar într-un singur caz asociația maladiei cu indurația plastică a penisului. De asemenea nu am observat în nici un caz diabet, sau vreo imbolnăvire organică a sistemului nervos. Nici un bolnav nu știa că ar fi avut în familie o afecțiune asemănătoare.

Majoritatea examinărilor de laborator au dat rezultate negative (numărul eritrocitelor și al leucocitelor, hemoglobina, V.S.H., R.Wa. și urina). În nouă cazuri tabloul sanguin calitativ a arătat o limfocitoză, variînd între 35 și 55%, iar în 6 cazuri s-a găsit o monocitoză, variînd de la 7 pînă la 14%.

3 dintre bolnavii noștri au fost tratați prin aponevrectomie, ceilalți bolnavi nu li s-a aplicat nici un tratament specific. Durata medie de observație a fost de 4 luni.

În acest timp procesul a rămas staționar la 9 bolnavi, a progresat la 4 și a prezentat ameliorări la 2 dintre bolnavii noștri.

De la bun început ni s-a părut curioasă apariția unei afecțiuni destul de rare și într-un număr relativ mare în decursul unui interval scurt (20 de luni), înter-sînd 12—14% al susamîntîului grup.

Din cele expuse reiese, că factorii etiologici descriși în literatura medicală de pînă acum, nu explică apariția bolii în cazurile noastre. Astfel presupunerea că boala s-ar datora unor traumatisme sau noxe profesionale, poate fi exclusă. La fel nu poate fi vorba nici de ereditate sau

JOZEFOVICS F.: MALADIA LUI DUPUYTREN...



Fig. Nr. 2.



Fig. Nr. 3.

de predispoziții ereditare, deoarece în antecedentele bolnavilor noștri nu figurează date referitoare la aceasta. În ceea ce privește legătura cu alte maladii, am văzut că acestea au fost foarte diferite, totuși bolile reumatismale, precum și afecțiunile cardio-vasculare s-au asociat într-un număr mai mare. După părerea noastră, aceste afecțiuni nu pot fi implicate în producerea bolii.

Este evident, că în cazurile observate de noi boala nu a putut fi produsă decît de un factor etiologic comun, cum ar fi de exemplu condițiile de trai și alimentația. Dar și această posibilitate putea fi exclusă, deoarece afecțiunea a apărut numai la susamintitul grup, în timp ce la restul colectivității, reprezentînd 2/3, a efectivului boala nu a apărut, cu toate că condițiile de trai erau identice. Numai medicul colectivității avea condiții diferite, petrecîndu-și doar timpul de serviciu în mijlocul celorlalți.

În urma cumpănirii acestor posibilități, am ajuns la presupunerea că boala putea fi produsă de un factor infecțios.

Cercetările medicale întreprinse în această direcție, păreau a susține această presupunere, întrucît primul bolnav R. V. a fost unul dintre membrii grupului susamintit, iar toți ceilalți au stat cu el timp mai îndelungat sau mai scurt, sau cu aceia care anterior au locuit în aceeași încăpere cu el și s-au îmbolnăvit și ei.

În prima figură am reprezentat schematic legătura presupusă între îmbolnăviri. Menționăm că bolnavii noștri au putut da relații despre data începutului bolii lor numai cu aproximație. Pe baza acestor date, am numerotat în ordine cronologica data observării afecțiunii de către ei, arătînd cu săgeți filiațiunea probabilă între îmbolnăviri. Am notat cu „C” timpul petrecut în strîns contact, iar cu „I” timpul trecut de la prima zi de contact pînă la apariția bolii.

Din schemă reiese că primul bolnav și-a observat afecțiunea aproximativ în luna mai 1953, al doilea în iulie a aceluiași an, al 3-lea în ianuarie 1954, al 4-lea în iunie, al 5-lea în august, al 6 și 7-lea în octombrie, al 8, 9 și 10-lea în noiembrie, ultimii 4 în decembrie 1954.

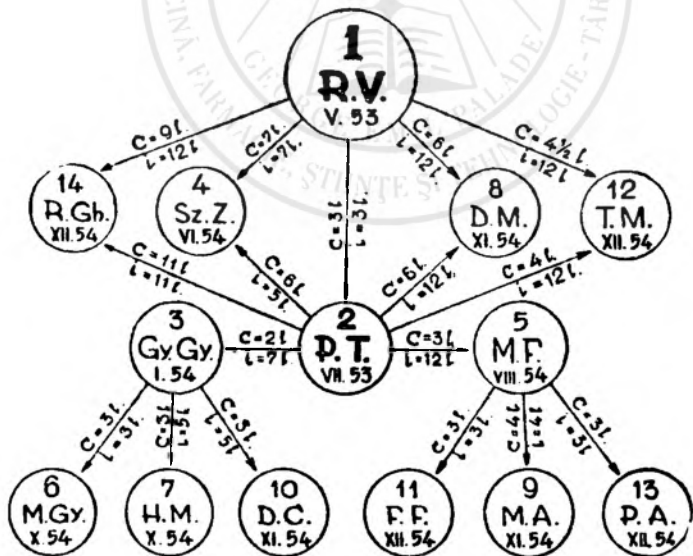


FIG. 1. FILIAȚIUNEA PROBABILĂ ÎNTRE ÎMBOLNĂVIRI

În ceea ce privește filiațiunea între imbolnaviri, se poate presupune că la primul caz s-au contaminat probabil cazurile 2, 4, 8, 12 și 14, de la al 2-lea cazurile 3 și 5 acesta fiind în contact zilnic și cu cei arătați la numărul 1. Cazurile 3 și 5 au contaminat probabil pe cei de la numărul 6, 7, 10, respectiv de la 9, 11 și 13. Nu am prezentat în schemă îmbolnăvirea medicului colectivității, care putea să se contaminate de la cazurile 1, 2, 3, 4 și 5, întrucât pe aceștia i-a îngrijit înaintea apariției afecțiunii sale.

Din cauza lipsei de spațiu, prezentăm în rezumat numai 3 dintre cazurile noastre. R. V. (cazul nr. 1) în vîrstă de 68 de ani, muncitor intelectual ajunge sub observația noastră la 20. X. 1954. A intrat în colectivitatea descrisă la 6 aprilie 1953. Nu a prestat niciodată muncă fizică. Nu are cunoștința ca cineva din familia lui să fi avut asemenea afecțiuni. În antecedente prezintă febră tifoidă și malarie, dureri precordice și articulare.

Boala actuală a observat-o în mai—iunie 1953. Pe palma dreaptă au apărut niște nodozități dure, nedureroase, în dreptul tendoanelor degetelor III—IV. După o luna au apărut și pe palma stîngă asemenea nodozități. Încetul cu încetul nu și-a mai putut întinde complet degetele afectate. La examenul obiectiv între altele am găsit pe palmele afectate leziuni caracteristice m. D. (figura 2). Pe lângă aceasta am mai găsit semne de arterio-cardioscleroza, emfizem pulmonar incipient, artralgiei reumatice. Bolnavul a stat sub observație o luna de zile. Controlat la 10 septembrie 1955, s-a constatat o progresiune a leziunilor.

P.P.T. (bolnavul nr. 2), în vîrstă de 48 ani, funcționar, ajunge sub observația noastră la data de 10 ianuarie 1955. Trăiește în colectivitatea în cauză de la data de 16 ianuarie 1953. De atunci timp de 3 luni a avut o activitate redusă (23 septembrie—25 decembrie 1953). Nu are cunoștința ca cineva din familie să fi avut vre-o afecțiune palmară.

Boala actuală a observat-o în iunie—iulie 1953, după ce în prealabil a locuit 3 luni în aceeași încăpere cu R. V., care din primul moment avea pe palme „zburciturii”. A observat că tendonul degetului III de la mîna dreaptă se îngroașă. Durei nu a avut, și nici nu și-ar fi sesizat afecțiunea,

dacă R. V. nu i-ar fi arătat des palmele, atrăgîndu-i astfel atenția. Cu timpul îngroșarea tendonului a progresat, trecînd și asupra degetului inelar, devenind dureroasă. Extensia acestor degete a devenit și ea dificilă. După 5 luni a apărut un mic nodul dureros la apăsare și asupra articulației metacarpo-falangiene IV a mîinii stîngi.

La examenul obiectiv am găsit pe palme modificări corespunzătoare m. D. (figura nr. 3).

După ce ne-am consultat cu profesorul *Mátyás Mátyás*, și la cererea bolnavului, s-a executat aponevrectomia palmei drepte la clinica chirurgicală din Tg. Mureș. Examenul histopatologic a arătat un țesut conjunctiv format din fibre groase prezînd pe alocuri degenerescență hialină. Între fibre s-a găsit un țesut conjunctiv bogat, cu pereții vaselor îngroșați, în jurul cărora s-au grupat elemente histiocitare. Pe alocuri în țesuturi s-au observat mici hemoragii.

În ziua de 24 mai 1955 bolnavul a fost transferat de la noi, plecînd cu starea neschimbată. Intervenția chirurgicală i-a ameliorat situația doar temporar.

Ca ultima observație prezentăm cazul medicului colectivității:

P. E. în vîrstă de 46 de ani, medic Muncă fizică nu a prestat niciodată. Lucraza 10—11 ore pe zi, a fost locuința corespunzătoare. Nu a avut în familie m. D. În antecedente prezintă peritonita laparotomizată, pertussis, mastoidită, hepatita, tifos exantematic, rănire de schijă pe ambele coapse, miocardita recidivantă, enterocolita cronică, colecistopatie și periartrită scapuloumerală dreaptă.

Afecțiunea palmară și-a observat-o în toamna anului 1954. Înainte de aceasta mai multe luni de zile a tratat pe bolnavii R. V., P. P. T., Gy. Gh. etc., care sufereau de contractura lui Dupuytren. La examenul obiectiv pe palma stîngă am găsit leziuni incipiente corespunzătoare m. D. În afară de acestea, semne de miocardita cronică, colecistopatie și colită cronică. Ținem să relevăm că la îmbolnăvirea colegului nostru a contribuit probabil starea precară a sănătății lui, care l-a făcut mai receptiv față de boala. În noiembrie 1955 în urma colitei care a recidivat a beneficiat de un tratament cu aureomicină și chlorocid (8—8 g.), după

care leziunile palmare au prezentat o netă tendință la regresione.

Din cele relatate reiese că bolnavii noștri au contractat boala cu cea mai mare probabilitate unul de la altul, ceea ce ar însemna că boala are un caracter infecțios.

Intrucât nu am găsit leziuni caracteristice infecțiilor bacteriene (hemocultura nu am făcut) presupunem că agentul patogen ar fi un virus necunoscut până în prezent. În „Laboratorul de virologie” al I.M.F. Tg. Mureș (prof. Vendég V. și asist. Abrahám S.) sînt în curs cercetări pentru identificarea agentului patogen.

Modul de contaminare și poarta de intrare nu ne sînt cunoscute și urmează ca în viitor să fie clarificate.

Credem că răspîndirea virusului este limitată și că producerea bolii necesită condiții speciale, fapt care ar putea explica frecvența ei relativ rară. Presupunem că agentul patogen produce în țesuturile afectate o inflamație cronică, la care organismul ca de obicei în cazul infecțiilor cronice, răspunde prin proliferarea și sclerozarea țesutului conjunctiv. Nu se poate exclude nici posibilitatea unor tulburări trofice datorită afectării țesutului nervos de către agentul patogen, ceea ce ar explica localizarea frecvent simetrică a leziunilor.

Nu dorim să mergem prea departe în presupuneri, dar observațiile noastre ridică unele probleme: care este legătura între M. D., bolile reumatismale, arterioscleroză, scleroza coronariană, cardioscleroză, îndurarea plastică a penisului și alte maladii cu afectarea țesutului conjunctiv, cu atât mai mult cu cit unele date din literatură — după cum am văzut — ridică posibilitatea etiologiei comune între unele din ele. Oare agentul patogen presupus de noi are un anumit rol în bolile enumerate sau este vorba de o reacție individuală a organismului, care răspunde prin reacția țesutului conjunctiv acțiunii diferiților factori patogeni. Aceasta ultimă posibilitate pare mai verosimilă. O întarește și observația noastră în legătura cu bolnavul M. F., care și-a observat procesul îndurativ al penisului cu doi ani înainte de apariția contracturii palmare, încă înainte de venirea lui în colectivitate. De asemenea în multe cazuri contractura palmară a fost precedată de acuze

reumatice și de afectarea aparatului cardiovascular.

Ultima problema la care dorim să răspundem este felul în care interprețăm teoriile existente pînă acum, privind etiologia bolii, prin prizma observațiilor noastre.

Este cunoscut faptul, că în producerea și răspîndirea unei boli infecțioase, pe lângă agentul patogen, sursa de infecție și căile de transmitere, starea de receptivitate a macroorganismului joacă un rol hotărîtor. Fără contribuția acestor factori sau în lipsa unuia, apariția bolii și producerea epidemiei nu este posibilă. Considerăm că toate acestea ar putea fi valabile și pentru M. D. Deci acolo unde acești factori se întîlnesc, devine posibilă și apariția ei.

În cazurile noastre acești factori au fost prezenți într-o măsură atât de mare cum în împrejurări normale ei nu se întîlnesc. Așa se explică faptul că am avut posibilitatea să observăm apariția aproape epidemică a bolii, ceea ce după cit știm, nu a fost încă semnalată de alții. Amintim cîțiva din acești factori: strînsa conviețuire de lungă durată într-un loc limitat, bolile asociate etc. toate au contribuit la apariția și răspîndirea maladiei.

Considerăm interesante observațiile acestora care au descris îmbolnăviri în aceeași familie, sau chiar la generații întregi. Noi credem că în aceste cazuri a fost vorba probabil de infecții intrafamiliale, unde conviețuirea și alți factori dispozanți au făcut de asemenea posibilă transmiterea bolii de la o persoană la alta. Noi vedem o analogie între interpretarea de pînă acum a bolii și interpretarea din trecut a tuberculozei, care de asemenea se considera ereditară înainte de descoperirea caracterului ei infecțios.

De asemenea considerăm ca toți ceilalți factori care s-au făcut responsabili în producerea maladiei, ca traumatisme, diferite boli așa zise constituționale, leziuni ale sistemului nervos etc., nu sînt decît factori care măresc receptivitatea organismului și atunci cînd celelalte elemente epidemiologice au fost prezente, s-a născut posibilitatea apariției bolii.

Credem că problemele ridicate de noi vor suscita atenția celor interesați într-o nouă direcție. Cercetările lor viitoare vor înări presupunerile noastre și vor duce în cele din urmă la stabilirea unui tratament etio-

logic, într-o boală, care încet dar progresiv duce la infirmitate.

Rezumat

1. Etiopatogeneza m. D. nu este lămurită nici pînă astăzi.

2. În urma observațiilor efectuate la 15 cazuri, autorii au ajuns în posesiunea unor date, care îi îndreptățesc să ridice posibilitatea caracterului infecțios al bolii.

3. Presupun că agentul patogen ar fi un virus necunoscut pînă în prezent. Pentru răspîndirea bolii sînt necesare probabil condiții speciale, care au fost prezente în colectivitatea îngrijită de ei.

4. Consideră ca toți factorii incriminați pînă în prezent în producerea maladiei, sînt numai cauze adjuvante care pregătesc într-un fel sau altul terenul pentru manifestarea ei.

Ținem să mulțumim tovarășilor profesori *Mátyás Mátyás* și *Vendég Vincze*, de la I.M.F. Tirgu-Mureș, pentru ajutorul și imboldul pe care ni l-au dat, imbold care a contribuit la efectuarea acestei lucrări.

Bibliografia lucrării poate fi obținută prin redacție.

Primită la redacție la 20 martie 1956.