

## OBSERVAȚII ÎN LEGĂTURĂ CU O EPIDEMIE DE TRICHINOZĂ

Mihály Berezky, Endre Galaczy, Imre Kelemen, Tibor Magyar, Dora Szatmáry, Dániel Szöcs, Nicolae Țifrea

*Trichinella spiralis* a fost observată pentru prima oară în anul 1828 de studenții Peacock și Paget în Institutul de anatomie patologică de la Londra, fiind descrisă apoi, în 1853, de Owen. După fecundare ce are loc în tractul intestinal masculul pier, dar femela pătrunde adânc în peretele intestinului unde, fiind vivipară, dă naștere la 1000—1500 larve. Larvele care se mișcă liber ajung în circulația sanguină și limfatică invadând astfel întreg organismul. După 7—23 de zile de la data infestării, larvele de trihinela se pot găsi în sângele circulant. Ele se localizează de preferință în mușchii bogat vascularizați, ca de ex. în cei de masticatie și de deglutiție, în mușchii diafragmatici și intercostali precum și în extensorii membrului.

Parazitul este originar din părțile sudice ale Asiei. Mai întâi, răspândirea lui în Europa a fost atribuită șobolanilor migratori. Prezența trihinelui în Europa poate fi explicată și prin importul de porcine care a avut loc pe scară largă în Germania și Anglia. În Europa trihinela a fost pusă în evidență în carnea animalelor sălbatice carnivore, mai ales a ursului, bursucului, lupului și vulpii. Infestarea porcinelor cu trihinela se produce îndeosebi în urma consumării șobolanilor infectați. Dintre animalele domestice pot fi infestate ciinele și pisica, la animalele erbivore trihineloză poate fi provocată numai pe cale experimentală, astfel încât carnea acestora nu răspunde acest agent patogen.

Epidemii de trihinoză au fost observate, înainte de primul război mondial, în Rusia țaristă, în Polonia și în America de Nord, iar după primul război mondial în Germania și Anglia. Între 1905—1911, în Germania proporția de porci infectați era de 1 la

20.000 de animale. După un anumit timp epidemiile au fost complet suprimate, datorită examinărilor sistematice care s-au efectuat la marile abatoare. Azi trihineloză umană nu se mai găsește decât rar, ca urmare a consumării cărnii de porc și a animalelor sălbatice fără control sanitar. Pericolul infestării îl prezintă numai cămruile ce se consumă, fie crude, fie insuficient fierțate sau fripte. Ținând seama de faptul că calcificarea trihinei musculare încapsulate survine aproximativ după un an, porcii care de obicei atunci când sînt tăiați nu au încă această vîrstă, posibilitățile descoperirii organoleptice a infecției sînt minime. Trihinoza ce am pus-o în evidență în carnea a 4 lupi și 2 vulpi arată că animalele sălbatice constituie și astăzi rezervoarele de infestare cu acest parazit. Carnea a 2 mistreți s-a dovedit a fi negativă.

Simptomele clinice ale trihinozei debutează la 2—10 zile după consumarea cărnii infestate. De cele mai multe ori aceste simptome prezintă aspectul unei gastro-enterite acute, fiind însoțite de vărsături, inapetență, amețeli, scaune frecvente, moi cu mucozități eventual chiar sanguinolente. Formele mai ușoare cauzate de consumarea unui număr mai redus de paraziți pot fi însoțite de constipație. În general febra oscilează între 39°—40° C. Pe lângă aceste simptome cu caracter general pot să apară unele exanteme care imită pe cele ale febrei tifoide, tifosului exantematic sau rujeolei. Uneori febra nu e mai ridicată de 38° C. Curba termică are de cele mai multe ori un caracter septic și nu poate fi influențată prin antipiretice. Saltul febril din timpul nopții e caracteristic chiar și în cazurile cu o curbă termică de tip continuu. De obicei bolnavii au colici abdominale difuze, o stare generală alterată, dureri de cap, dureri în membre și o senzație de mare căldură. Deseori se observă injectarea conjunctivelor și o infiltrație pericorneană. E foarte caracteristică capacitatea de acțiune limitată a membrelor. Un fenomen de acompaniament general și precoce este predispoziția edematoasă care apare mai întîi în jurul ochilor și pe față, iar mai tîrziu în membre, luînd uneori forme foarte accentuate. Producerea edemelor se explică în parte prin faptul că larvele parazitului obținerează capilarele.

Trebuie remarcată insomnia totală care nu poate fi influențată medicamentos; de asemenea agitația psihică. Alte semne ce pot să apară sînt nistagmul, diplopia, meningo-encefalita, abolirea reflexelor și delirul.

Ca urmare a rigidității musculare dureroase reflexele tendinoase patelare și achiliene pot să fie abolite pentru un anumit timp. În cursul evoluției bolii un simptom de acompaniament general este transpirația profuză care duce la îngroșarea singelui. Dispneea pe care o întîlnim în toate cazurile poate fi cauzată de reducerea mișcărilor respiratorii și a excursiilor diafragmatice și eventual chiar de o miocardită care se instalează de timpuriu. În general se poate pune în evidență o eosinofilie ridicată, chiar pînă la 10—50%, cu o leucocitoză ușor crescută. În cazurile fără complicații V. S. H. este normală. Dintre complicațiile frecvente cele mai redutabile sînt în primul rînd pneumonia și bronhopneumonia. În afară de acestea survin destul de des o miocardită acută și flebită. Gravele tulburări metabolice pot fi considerate ca o consecință a transpirației.

În faza acută a bolii parazitul poate fi pus în evidență în froturile din sînge sau în sedimentele de sînge hemolizat. Examenul materiilor fecale prezintă o importanță mai redusă, deoarece parazitul nu se elimină prin scaun decât în primele zile de boală. *Petrănuși* relatează că reacția cutanată alergică față de antigenul preparat din larve nu devine pozitivă decât în a treia săptămîină de la debutul bolii. De aceea această probă nu este de o prea mare utilitate practică, deoarece atunci larvele pot fi identificate și cu ajutorul biopsiei din mușchi. Examenul radiologic are mai degrabă o valoare retrospectivă, întrucît în cursul procesului de vindecare trihinele pierite se calcifică.

Tabloul clinic al trihinozei poate să imite febra tifoidă, glomerulonefrita, meningita, febra reumatismală, dermatomiozita, rujeola și periarterita nodoasă.



Fig. nr. 1.

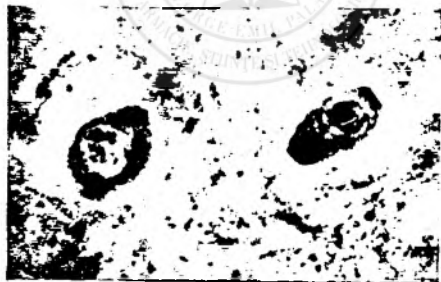


Fig. nr. 2.

Pentru stabilirea unui diagnostic cert e necondiționat necesar să se efectueze examenul trihinoscopic al cărării presupuse ca sursă de infecție și al preparatului prin biopsie din mușchiul bolnavului. Noi am practicat biopsia mușchiului deltoid.

Relatăm observațiile noastre, deoarece considerăm că acestea sînt utile din punct de vedere epidemiologic și clinic. În țara noastră trihinoza a fost studiată de mai mulți autori, așa cum rezultă din lucrările lui *Gavrilă, Mureșan, A. Lupu, Munteanu, Nitzulescu, Balș, Craciun, Gherman, Hacig și Bușilă*. Potrivit relatărilor făcute de medici mai în vîrstă și a datelor statistice, prezența acestei boli a fost semnalată și în raionul nostru. Între acțiunea de deralizare ce s-a efectuat în anul 1956 cu preparatul „Antu” și cazurile de trihineloză din

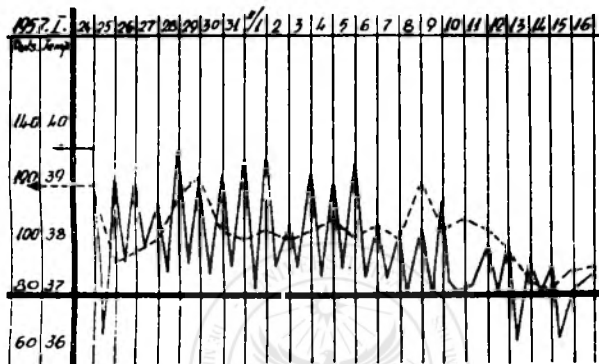


Fig. Nr. 1.

1957 poate exista o corelație. Șobolanii otrăviți, sufocîndu-se își părăsesc cuibul, astfel încît cadavrele lor pot fi devorate de porci. *Z. S. Vasilkova*, atrage atenția asupra acestui fapt, recomandînd o severă supraveghere a porcilor în timpul acțiunii de deralizare.

În secția de boli interne a spitalului raional unificat din Miercurea Ciuc am tratat 12 bolnavi de trihinoză. La începutul lunii ianuarie 1957, în secția noastră a fost internată o femeie suspectă de febră tifoidă. Examele de laborator au infirmat acest diagnostic prezumtiv. După cîtva timp, 4 persoane rude ale bolnavei, aparținînd aceleiași familii, s-au îmbolnăvit, ivindu-se astfel suspiciunea de trihineloză. Am procedat atunci la trihinoscopia unei bucăți din carnea de porc suspectă iar rezultatul a fost pozitiv.

*Obs. 1.* M. J., femeie în vîrstă de 39 de ani, e internată în ziua de 24 ianuarie 1957. Aprox. cu 2 săptămîni înainte de internare a început să aibă diaree și erupții urticariforme. După cîteva zile, sînt internați în spital toți membrii familiei, deoarece îmbolnăvindu-se, au prezentat semne asemănătoare.

Bolnava e bine alimentată, dar se află într-o stare gravă, prezentînd edeme discrete în jurul ochilor, pe față și pe membre. Temperatura: 38°C. Are nesigurantă în mers, membrele sînt dureroase spontan și la apăsare. Articulațiile sînt libere, dar dureroase la mișcare. Intestinul subțire și gros sensibil. Splina și ficatul nu se palpează. Lojele renale sînt sensibile la percuție. Temperatura care la internare e de 38°C oscilează în tot timpul internării între 38°C și 37°C. Bolnava se simte mai bine în timpul zilei; noaptea temperatura se ridică, apare stare de agitație și durerile în membre. Are insomii rebele. După cîteva zile, diareea puternică de la început cedează, dar pruritul persistă. În a treia săptămîină de boală apar fenomene de flebită a membrului inferior drept cu o roșeață foarte sensibilă, iar piciorul acesta e mult mai edematat decît celălalt. Bolnava nu e capabilă să stea în picioare.

Examinând în timpul internării organele abdominale și toracice nu am constatat nici o modificare patologică. R. Wasserman: negativă; VS11: 15/29 mm; repetată la apariția febrei 15/34 mm; TA: 110/70 Hgmm. Dintre rezultatele examenului urinei trebuie amintit numai nivelul meru ridicat de urobilinogeni. Reacția Diazo: pozitivă; tabloul sângelui: numărul leucocitelor: 12.000; numărul hematiilor: 3.800.000; Hgb: 100%; l. c.: 1,3; tabloul sângelui calitativ: St: 4; Sg: 45; Eo: 38; Ba: 1; Ly: 12; Mo: 0%.

Dintre funcțiunile hepatice Takata-Ara arată o ușoară pozitivitate. Weil-Felix și Wreight: negativă. În a treia săptămână de boală din scaun și singele hemolizat nu s-au putut pune în evidență larve de trihinela. În perioada instalării simptomelor de febră, coagulabilitatea sîngelui nu s-a accentuat.

Din cauza stării grave a bolnavei nu am efectuat biopsie, ci ne-am mulțumit cu rezultatul biopcie pozitiv obținut la un alt membru al familiei.

După 31 de zile de tratament bolnava părăsește spitalul, fiind clinic asimptomatică și fără acuze (curba termică Nr. 1).

Obs. 2. F. E., femeie în vîrstă de 25 de ani, e internată la 5.11.1957, cu fenomene de gastro-enterită acută și o stare alergică toxică. Ea spune că a fost tratată, în repetate rânduri, din cauza unei febre și a unui prurit ce persistă luni de zile. Cu o săptămîină înainte de internare, a simțit că și-a încărcat stomacul, iar a doua zi a avut febră și a luat un laxativ. După cîteva zile din nou nu s-a simțit bine și a luat iarăși un laxativ. De data aceasta însă a simțit că e foarte slăbită, dar nu a ținut regim, ci a continuat să mănînce carne de porc (din porcul tăiat cu puțin timp înainte). Starea de slăbiciune s-a accentuează atît de mult încît nu mai poate să meargă. Are colici abdominale, febră, vărsături, o stare generală alterată, scaune diareice sanguinolente cu dureri musculare puternice și un exantem abia vizibil, dar cu prurit rebel.

Bolnava se internează în stare gravă de colaps. Conjunctivele sînt injectate, iar tegumentele prezintă un exantem generalizat corespunzător unei toxico-dermatii cu modificări cutanate de prurit. Respirația e frecventă, superficială. Pulsul ușor depresibil. La palpare abdomenul e sensibil, dar nu se constată nici o rezistență patologică. Punctul colecistic e foarte sensibil. Bolnava e internată, suspectînd-o de o toxi-infecție alimentară. Rezultatele examenelor la internare: radiologic toracele e normal; R. Wasserman: negativă; Ta: 105/6P Hgmm; VSH: 10/16 mm; urina: normală; temperatura 38°C; numărul leucocitelor: 5.600; (aceiași și la repetare); numărul hematiilor: 3.600.000; Hgb: 80%; F. i.: 1,1; Tabloul sângelui calitativ: Ju: 28; Sg: 36; Ei: 8; Ba: 0; Mo: 0; Ly: 28%. Se găsec de asemenea rare celule endoteliale care atrag atenția asupra unei bacteriemii sau septicemii. Rezultatul examenului ginecologic e normal.

La o zi după internare, bolnava prezintă un exantem morbiliform cu prurit generalizat. Scaunele diareice și starea generală alterată precum și febra persistă, bolnava fiind agitată. Febra crescută în timpul nopții și trisoanele de după mîasă nu le putem influența prin nici un medicament.

Suspectînd o bruceloză, efectuăm examene în acest sens, dar rezultatele obținute exclud atît posibilitatea brucelozii cît și a altei boli contagioase. În a treia săptămîină de boală apar edeme pe membrele inferioare, pe care le considerăm, fie de origine alergică, fie semne ale unei miocardite acute.

Obs. 3. În a treia săptămîină a fost internată soacra bolnavei de la observația 2, F. J., femeie în vîrstă de 64 de ani, cu diagnosticul de cardiocleroză decompensată. Edemele de pe membrele inferioare nu pot fi de origine cardiacă, deoarece nu putem pune în evidență nici un alt semn al decompensării. De asemenea tensiunea arterială și rezultatul examenului urinei nu pot explica prezența edemelor. După internare se constată că bolnava e febrilă. Tabloul sângelui prezintă o eozinofilie de 17%. Fiind interogată, bolnava spune ca se simte rău de cîteva săptămîni, și că a avut „călduri”, dar nu și-a luat temperatura microdată; de asemenea a simțit mîncărîm pe tot corpul. În aceeași stare se află și soțul ei, care însă, din cauza vîrstei înaintate, nu este dispus să se interneze în spital.

Constatînd asemanarea izbitoare dintre semnele prezentate de soacră și nori, am presupus prezența unei trihinoze și am făcut investigații în această direcție. Am aflat că aceste două familii au tăiat porc împreună, aducînd o parte din el în orașul unde locuiau tineri. A fost chemat de urgență soțul bolnavei F. E. numit F. M. care e funcționar. Am cerut de asemenea să se aducă o bucată de carne din porcul tăiat, pe care exami-

întind-o la trichinoscop, am pus în evidență larvele de *Trichinella spiralis* (fig. Nr. 1). Soțul prezenta dureri vagi în tot corpul. El a consumat mai cu seamă cîrnat alumat crud. Invocînd motivul că este foarte ocupat, refuză să se interneze în spital. Mai tîrziu tocmai el a prezentat cea mai gravă formă de boală.

*Obs. 4.* În același timp a fost internat în secția de boli contagioase S. K. în vîrstă de 27 de ani, funcționar, într-o stare tifoïdă gravă, prezentînd pe corp un exantem cu aspect rozeolic. A doua zi exantemul devine morbiliform, ceea ce ne face să suspectăm o rujeolă, mai ales ca toate examinările de laborator exclud posibilitatea unei febre tifoïde. Demn de remarcat este faptul că bolnavul prezintă o eozinofilie ridicată și o stare septică care nu cedează la antibiotice. Presupunerea că bolnavul ar avea bronhopneumonie e infirmată de examenul radiologic care arată că organele toracice sînt intacte. În urma interogatorului, aflăm însă că în ultimele zile ale lunii ianuarie 1957 bolnavul a fost în deplasare în satul de unde proveneau bolnavii noștri, unde colegul său F. M. l-a tratat cu cîrnat alumat crud. Dat fiind acest fapt am suspectat imediat o trîhinoză care se confirmă în urma biopsiei efectuate (vezi fig. nr. 2).

Am chemat la examen medical toate persoanele care au consumat carne din porcul răiat de familiile M și F. Am depistat unele cazuri ușoare, internînd pe toți cei care am crezut că e necesar să fie internați. Astfel a fost internat și F. M. care acum nu a mai refuzat, deoarece se simțea foarte rău.

*Obs. 5* F. M. în vîrstă de 31 de ani, a fost internat în ziua de 2. III. 1957, cu diagnosticul cert de trîhinoză. Acesta a fost cel mai grav caz, deoarece bolnavul a consumat săptămîni de-a rîndul cîrnat alumat crud. Evoluția bolii a fost similară celorlalte cazuri, cu deosebirea că în timpul internării temperatura nu a fost ridicată. Acest lucru se poate explica printr-o reacție specifică a organismului sau, mai probabil, prin faptul că, bolnavul fiind acasă, perioada febrilă a trecut neobservată. În comparație cu ceilalți bolnavi F. M. prezintă edeme foarte extinse, avînd aspectul unei adevărate „anasarca”.

În afară de aceasta E. C. G. pune în evidență o leziune gravă a miocardului. Întrucît diureticele s-au dovedit a fi ineficace, am fost nevoiți să recurgem la combaterea edemelor pe cale mecanică, prin introducerea unor ace în țesutul subcutanat. Acest bolnav prezintă cele mai grave tulburări ale sistemului nervos: o insomnie totală, semnul lui Kernig și Babinski pozitiv, nistagm, tulburări de vorbire, agitație și o stare generală foarte gravă.

După depistarea cazurilor am luat imediat contact cu forurile sanitare superioare și cu serviciul veterinar din partea cărora am primit cel mai larg sprijin, reușînd astfel să oprim extinderea infecției.

Tratamentul bolnavilor noștri de trîhineloză a continuat să rămînă simptomatic pînă cînd M.S.P.S. ne-a trimis glucantime, un preparat de antimoniu ce poate fi folosit cu aceleași rezultate ca și fuadinul. Administrarea acestui preparat nu a influențat apreciabil mersul bolii.

Deși potrivit datelor statistice, mortalitatea în trîhineloză este de 10—30%, noi nu am înregistrat nici un deces. F. M. care a prezentat cea mai gravă formă, a decedat după un an, în urma unei hepatite și a unei insuficiențe hepatice, drept consecință a trîhinelozei, la care s-a adăugat și o degenerescență a miocardului. Ceilalți bolnavi sînt sănătoși.

*Sosit la redacție: 29 aprilie 1959.*

## НАШИ НАБЛЮДЕНИЯ В СВЯЗИ С ОДНОЙ ТРИХИНЕЛЛЕЗНОЙ ЭПИДЕМИЕЙ

Михай Берецки, Ендре Галаци, Келемен Имре, Мадьяри Тибор,  
Сатмари Дора, Сеч Даннел, Тифрея Николае

Авторы докладывают об своих наблюдениях 1? трихинеллезных больных.

Во время эпидемии, длительностью до 3-х месяцев отмечалось, что самыми постоянными симптомами заболевания были вначале понос, болезненная ригидность инфицированной мыши, чаще высокая температура до 39—40° С, ночной подъем температуры, кореподобные высыпания и мучительное чувство жара.

## OBSERVATIONS CONCERNANT UNE ÉPIDÉMIE DE TRICHINOSE

*M. Bereczky, E. Galóczy, I. Kelemen, T. Magyar, O. Szatmáry, D. Szócs, N. Tifrea*

Les auteurs rapportent leurs observations suivies sur 12 cas de trichinose. Ils relèvent que les plus persistants symptômes de cette maladie épidémique qui a duré 3 mois, sont les suivants: la diarrhée initiale, la rigidité douloureuse des muscles affectés, la fièvre de 39-40° C, l'ascension de la courbe thermique pendant la nuit, l'œdème de la jambe, l'exanthème morbilliforme et la sensation excruciante de chaleur.