

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

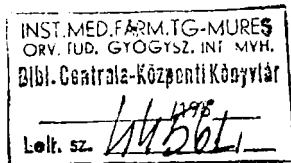
Nr. 1613

COMPLICAȚIUNI ARTICULARE ÎN SCARLATINĂ



PENTRU
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE IUNIE 1940

DE
FIRESCU C. PETRE



6 MAY 2005

TIPOGRAFIA „VICTORIA” CLUJ, STRADA REGINA MARIA No. 43

UNIVERSITATEA »REGELE FERDINAND I« DIN CLUJ

FACULTATEA DE MEDICINA

Decan: Prof. Dr. DRĂGOIU I.

Profesori :

| | |
|---|-----------------------|
| Anatomia umană | Prof. Dr. PAPILIAN V. |
| Chimie generală medicală | „ „ SECĂREANU ȘT. |
| Chimie biologică | „ „ MANTA I. |
| Istologie și embriologie | „ „ DRĂGOIU I. |
| Fiziologie și fizică medicală | „ „ BENETATO GR. |
| Anatomia patologică | „ „ VASILIU T. |
| Bacterologie | „ „ BARONI V. |
| Patologia generală și experimentală | „ „ BOTEZ A. M. |
| Igienă și medicină preventivă | „ „ MOLDOVAN I. |
| Clinica medicală I | „ „ HAȚIEGANU I. |
| Clinica medicală II (semiologie) | „ „ GOIA I. |
| Clinica chirurgicală (semiologie, med. oper) „ „ | POP A. |
| Clinica chir. și boalele căilor urinare | „ „ ȚEPOSU E. |
| Clinica ginecologică și obstetricală | „ „ GRIGORIU C. |
| Clinica dermatologică și sifiligrafică | „ „ TĂTARU C. |
| Clinica infantilă și puericultură | „ „ POPOVICIU GH. |
| Clinica neurologică și Endocrinologia | „ „ MINEA I. |
| Clinica psihiatrică | „ „ URECHIA C. |
| Clinica oftalmologică | „ „ MICHAİL D. |
| Clinica balneologică și dietetică | „ „ STURZA M. |
| Clinica oto-rino-laringologică | „ „ BUZOIANU G. |
| Clinica stomatologică | „ „ ALEMAN I. |
| Medicina legală | „ „ KERNBACH M. |
| Radiologia medicală | „ „ NEGRU D. |
| Istoria medicinei | „ „ BOLOGA V. |
| Farmacologie (supl.) | „ „ BARONI V. |
| Igienă și medicină preventivă (generală) Agr. | „ „ ZOLOG M. |
| Clinica boalelor contagioase Conf. | „ „ GAVRILĂ I. |

JURIUL DE SUSȚINERE :

PREȘEDINTE : Prof. Dr. I. HAȚIEGANU

| | | |
|------------|---|--------------------|
| MEMBRII : | } | „ „ M. STURZA |
| | | „ „ V. BOLOGA |
| | | „ „ I. GOIA |
| | | „ „ GH. POPOVICIU |
| SUPLEANT : | | Conf. „ I. GAVRILĂ |

INTRODUCERE

Subiectul de față mi-a fost inspirat de a fi tratat, de către Domnul Conferențiar Dr. Gavrilă șeful secției de boli infecto contagioase a Clinicii Medicale din Cluj, de sub direcția domnului Prof. Hațieganu ; dealtfel lucrarea de față este și o continuare a cercetărilor personale ale domniei sale pe care le-a făcut până în 1933.

Complicațiile articulare în scarlatină, fiind destul de serioase este important de a fi cunoscute și mai ales diagnosticate cât mai precoce, acest fapt fiind unicul mijloc din care ne putem orienta pentru a putea ajuta bolnavului.

Lucrarea de față tinde să fie în acelaș timp și o cercetare statistică din care să se poată desprinde cu claritate fapte clinice. Datele sunt luate din foile de observație ale secției infecto-contagioase, a Clinicii Medicale. Sunt cazuri demne de menționat, și deși cercetarea lor are un caracter aproape limitat, sper însă că va oferi totuși celor cu preocupățiuni în domeniul medicinei interne și infecțioase, un real interes.

N'am pretenția a reda o lucrare perfectă, în consecință cer scuze anticipat pentru eventualele lacune găsite în corpul acestei teze.

Domnului *Conferențiar Dr. Gavrilă* îi exprim mulțumirile mele respectuoase și recunoștința mea pentru bunăvoința cu care m'a primit totdeauna, pentru îndrumările D sale precum și pentru sfaturile date în tot timpul pentru a putea da la iveală o lucrare cât mai complectă.

Domnului *Prof. Dr. Hațieganu* directorul Clinicii Medicale, care mi-a aprobat subiectul tratat și care m'a onorat acceptând prezidenția acestei teze, îi exprim pe această cale recunoștința și mulțumirile mele cele mai respectuoase, rugându-l să primească expresiunea mea de adâncă stimă și admirație.

Domnului maior Dr. Vlad Stoica care a fost nu numai un admirabil coleg dar și un prieten adevărat, pentru bunăvoința pe care mi-a arătat-o totdeauna, pentru sfaturile și sprijinul său moral de care am avut adeseori ne-

voie, îi mulțumesc din toată inima asigurându-l de recunoștința mea.

Colegului și prietenului meu Dr. Ionică Briciu, care mi-a fost de un real folos putându-mi la dispoziție cu multă amabilitate materialul de care am avut nevoie, îi aduc mulțumirile mele, asigurându-l de toată prietenia mea.

Prietenului meu de copilărie Gr. Nica cu care am împărțit bucuriile și necazurile timpului, cele mai sincere și trainice sentimente prietenești.



ISTORIC

Scarlatina este o boală infecto contagioasă cu etiologia incomplet elucidată, și cu complicațiuni multiple; deși descrisă încă din 1656 de *Ingrasias*, în 1651 de *Sennert*, apoi de *Sydenham* și alții, totuși până în prezent s'a scris puțin în literatura medicală despre complicațiunile ei, care sunt destul de numeroase și care survin fie precoce, fie tardiv, indiferent dacă forma scarlatinei este frustă sau tardivă. Atribuită mult timp acțiunii exclusive a frigului umidității, etc. ele sunt cauzate de cele mai multe ori de infecții secundare și mai ales de streptococ.

Nu trebuie însă neglijat rolul virusului scarlatinos; prin acțiunea sa asupra mucoaselor, seroaselor, rinichiului, aparatului vascular, el le predispune la infecții secundare; uneori cauzează alterațiuni profunde (*Huttinel-Martin*): leziunile capsulei suprarenale și într-o oarecare măsură a hipofizei, corpului tiroid, pancreasului, explică unele complicațiuni.

Complicațiunile cele mai importante sunt la nivelul faringelui, (diverse forme de angină scarlatinoasă) complicații de vecinătate consecutive anginelor (adenopatii, rinite, otita medie, mostoidita, parotidita), apoi la căile respiratorii superioare și inferioare; endocardita deși puțin frecventă (4—5% din cazuri) coincide cu reumatismul scarlatinos; alte complicațiuni mai importante sunt la nivelul rinichiului, plămânului, aparatului circulator și în fine la nivelul articulațiilor, care vor face obiectul lucrării de față.

Foarte des se întâmplă ca o epidemie de scarlatină să nu fie gravă atâta prin gravitatea însăși a boalei cât mai ales, prin complicațiuni ce survin în cursul epidemiei.

Existența manifestațiunilor articulare în scarlatină este cunoscută deja de mult timp: astfel *Senaert* le citează încă din anul 1619, apoi *Gravés*, *Pidoux*, *Bókai*, le-au descris detaliat în 1816; *Ashby* în statistica sa asupra a 500 cazuri de scarlatină a constatat 12 cazuri de manifestațiuni articulare adică 4,17%; din aceste cazuri 2 au fost artrite supurate. Statistici importante au fost publicate și de *Brade*, *Rolly*, *Verner* și alții.

Baillau a fost cel dintâiu care a separat reumatismul articular acut de celelalte reumatisme, iar *Bouillaud* a fost acela care a delimitat cadrele clinice ale acestei boli; de aceea unii le numesc chiar boala lui Bouillaud; se discută și azi dacă specificitatea trebuie căutată în agentul patogen ori în reacția biopatologică a organismului în [sensul unei hipersensibilități.



ETIOLOGIA ȘI PATOGENIA

După cum etiologia scarlatinei nu este complet elucidată nici până azi, la fel nici a reumatismului scarlatinos nu este pe deplin lămurită. Nu există o concepție științifică a reumatismului și nici o definiție a lui mai ales asupra celui cronic; totuși azi asupra etiologiei reumatismului poliarticular acut boală specifică, domină următoarele concepții:

1. Teoria infecțioasă.

Mulți autori descriu variați streptococi; *Schottmüller*, *Sahli*, *Singer* îl consideră ca o septicemie atenuată; alții incriminează un streptococ atenuat, care pătrunde într'un organism hipersensibilizat. Alții un streptococ și substanțe endogene neinfecțioase (*Gudzent*); unii consideră reumatismul ca o infecție de focar (*Rosenov*, *Billing*, *Fr. von Müller*), teorie negată de mulți autori. I se dă însă o mai mare importanță focarului infecțios în reumatismele infecțioase nespecifice.

Loewenstein și *Reiter* consideră reumatismul acut specific ca o fază exudativă, inflamatorie a unei infecții tuberculoase. Acești autori punând în evidență bacilul Koch în sângele majorității bolnavilor (68—82%) suferinzi de reumatism poliarticular acut, consideră reumatismul specific de origine tuberculoasă. *Reiter* lansează aserțiunea că nu există reumatism poliarticular înainte de a se face infecție tuberculoasă. El crede că sunt necesare patru condiții de dezvoltare a reumatismului; 1. bacilul Koch, 2. leziuni vasculare care permit permeabilitatea vasului, 3. o stare alergică a țesutului conjunctiv, 4. și o extravazare a bacilului Koch în țesuturi.

Toate ipotezele de mai sus sunt azi abandonate, cei mai mulți autori considerând reumatismul acut specific de origine infecțioasă, produsul fiind un virus specific încă necunoscut; o parte din autori presupun un virus filtrant specific (după *Hațieganu* și *Goia*).

În concluzie, ținând seama de faptul că în etiologia scarlatinei joacă un rol primordial streptococul și că, chiar

n reumatismul poliarticular acut specific i se atribue de unii autori streptococului un rol de seamă, foarte probabil că streptococul are rol și în producerea reumatismului scarlatinos.

Dar în reumatismul scarlatinos joacă rol și o toxicoză plecată dintr'un focar printr'o diseminare hematogenă. *Slauck* presupune că toxicoza ar fi datorită toxinei elaborate de o infecție localizată într'un focar; toxinele ajung pe cale limfatică în lichidul cefalo-rahidian, se fixează în coarnele anterioare, influențează regiunea inervată, care are ca consecință o turburare în capilare, ce duce la ischemie și la modificări în țesutul mezenchimos.

Probabil că în reumatismul scarlatinos ar contribui în egală măsură atât infecția bacteriană cât și toxina microbiană din focar. O parte din autori susțin și virusul filtrant scarlatinos în producerea manifestațiilor articulare scarlatinoase.

2. Teoria alergică este susținută de *Klinge*, *Rössle*, *Gudzent*, *Frugon*; aceștia consideră reumatismul acut specific ca o stare de reacție modificată a organismului față de alergene microbiene ori de altă natură proteinică. După ei terenul este important, el reacționează la fel la cauze diverse. *Klinge* consideră reumatismul ca un răspuns alergic al țesutului, mai ales al celui mezenchimos, sensibilizat față de cele mai variate antigene. Reumatismul acut ar fi deci o dispoziție câștigată ori constituțională, la reacții alergice. Această capacitate de reacție alergică este elementul comun care permite ca diferitele cauze să provoace aceleași leziuni istologice. Aceste leziuni deci nu ar fi o urmare directă a cauzei ci o consecință a reacției modificate a țesuturilor, datorită alergiei întregului organism. *Klinge* a reușit în mod experimental cu injecții repetate de antigen de natură neinfecțioasă să constate sub influența alergiei leziuni anatomice septice. *Roessle* insistă mai mult asupra elementului morfologic, ca un echivalent al alergiei organismului. El presupune o reacție accentuată patologică (o hiperergie. pathergie) a țesutului, mai ales mezenchimatic într'un organism ipersensibilizat ori cu reacțiune constituțională patologică; după el esența reumatismului acut este o afecțiune a țesutului mezenchimatic, deci o alterațiune anatomică specială în dependență de un proces alergic.

Atâta *Klinge* cât și *Roessle* cred că reumatismul acut nu este o boală infecțioasă specifică, unde cauzatorul se întâlnește cu un organism normoergic, ci o boală reacțională a unui individ devenit ipersensibil în mod spe-

cific sau nespecific. Ambii concep reumatismul ca o reacție iperergică a țesuturilor, într'un organism sensibil care se produce atâta prin cauze microbiene cât și nemicrobiene. Această concepție biologică, anatomică (alergie generală, iperergie tisulară) este combătută azi de autori. Se crede că infecția specifică este determinată, iar alergია este numai un mecanism patogenic care survine și în reumatismul acut ca și în toate bolile infecțioase (Hațieganu—Goia).

După cei mai mulți autori infecțiunea ar produce un afect primar în inelul lui *Waldeyer* de unde, prin limfatice, ar penetra în țesutul peritonsilar spre esofag, faringe, laringe și trahee, dând o serie de noduli specifici; de aici se întinde pe căile sanguine (tromboflebită) în întreg organismul dând reacții aproape din partea tuturor organelor dar lezând mai ales aparatul cardio-vascular. Afecțiunea primară uneori se trădează printr'o angină atenuată, afecțiunea peritonsilară (granulomul peritonsilar) este latentă, și are rolul de depozitar și distribuitor al infecțiunii. Tocmai această localizare peritonsilară face iluzorie tonsilectomia, deoarece nodulii peritonsilari continuă a disemina infecția. Afară de infecțiune joacă rol și factorii adjuvanți, atâta exogeni, (frig, climat, profesiune) cât și endogeni (constituție, ereditate, glande endocrine), care au rol în pregătirea terenului. Cei mai mulți autori dar mai ales cei ruși presupun existența unei stări speciale a țesuturilor, fără să admită rolul primordial al alergiei. Tot ca factor de teren joacă rol și vârsta (10—20 ani) — Hațieganu—Goia).

Dat fiind, că nici etiologia scarlatinei nici a reumatismului nu este pe deplin lămurită până în prezent, rezultă deci că nici reumatismul scarlatinos nu va avea o etiologie precisă și e foarte probabil după cum reese din părerile diverșilor autori, că la baza manifestațiilor articulare, domnește streptococul hemolitic lung.

SIMPTOMATOLOGIA

Scarlatina poate cauza toate varietățile pseudo-reumatismului infecțios; astfel în artritele seroase care de obicei sunt poliarticulare sunt prinse mai întâi micile articulațiuni (Widal) ale mâinilor și picioarelor dar și a genunchiului (Nobécourt); articulația vertebrală și atloido-axoidiană nu sunt nici ele scutite. Această poliartrită seroasă este adesea simetrică și poate simula un reumatism poliarticular acut.

A) **Data apariției.** După *Pospischill*: 1. Reumatoidale apar precoce fie în timpul exantemului sub formă de tumefacție articulară indoloră, fie la finele săptămânei întâia, sau la începutul săptămânii a doua sub forma de artralгии generale sau piemice precoce. 2. Reumatismul tardiv survine în convalescența boalei mai mult sau mai puțin tardiv.

Johmann și Héglér constată că reumatismul scarlatinos în 6% a cazurilor este de obicei de un prognostic bun și nu trebuie confundat cu artropatiile septice grave; survine la sfârșitul săptămânii I-a, mai rar în săptămâna II-a și mult mai rar mai târziu. Se vindecă în 3—5 zile, nu dă complicațiuni cardiace decât excepțional, n'are tendința la recidive. De obicei este poliarticular, adesea simetric. La adult survine mai des decât la copii, probabil că este cauzat numai de virusul scarlatinos spre deosebire de artritele piemice care sunt cauzate de streptococ.

După *Schick* sinovita post-scarlatinoasă este foarte rară; el descrie patru cazuri unde reumatismul scarlatinos a survenit în săptămâna III a—IV-a de boală, de obicei monoarticular, cu temperatură, tumefacție articulară, dureri, evoluție scurtă, ușoară, maximum 7 zile (*Conf. Gavrilă*). După statistica Dsale asupra cazurilor de reumatism scarlatinos la secția de boli infecto-contagioase a Clinicei Medicale, reese că reumatoidale obișnuite apar în săptămâna I-a—II-a a bolii sau mai tardiv în timpul convalescenței.

B) Perioada de stare : 1. *Manifestațiuni articulare :* articulațiile sunt foarte sensibile, ușor tumefiate, pielea dela nivelul lor este roșie și prezintă căldură locală. Adeseori se prezintă o impotență funcțională, uneori chiar completă. Serozitatea poate fi abondentă uneori, deși bacteriologic este sterilă. La articulația genunchiului hidrartroza este mai puțin abondentă, pielea este rozată și fără edem. Ca și în reumatismul poliarticular acut, artropatia musculară se produce destul de rapid când membrul este imobilizat ; ba pot fi prinse chiar și tecile sinoviale. Când artrita se localizează la nivelul articulațiunii atloido-axoidiană, tabloul clinic la care se mai adaugă și febra amintește pe acela al *morbului lui Pott* suboccipital, cu torticollis permanent.

Ceeace domină însă simptomatologia articulară este durerea dela acest nivel. Ea poate fi spontană, însă se accentuează și devine câteodată foarte intensă, insuportabilă, mai ales cu ocazia mișcărilor active și pasive. Când bolnavul este imobilizat, de obicei articulațiunile nu sunt dureroase. Din cauza durerilor, bolnavii zac pe spate și evită orice mișcare. Prinde în special articulațiunile mici, ceeace constituie un caracter propriu deși nici cele mari nu sunt cruțate. În poliartrita seroasă, manifestările articulare sunt adesea simetrice interesând ambele articulațiuni corespunzătoare : (ex : ambii genunchi). Această simetrie poate însă lipsi. Mai deseori reumatismul scarlatinus începe la articulația extremităților și apoi trece și la cele mari. O altă caracteristică este că nu duc la supurație. Durata acestor manifestațiuni articulare este de câteva zile.

2. *Temperatura :*

Concomitent cu fenomenele articulare există și fenomene generale, în primul rând temperatura. Curba temperaturii este influențată foarte variabil de reumatismul scarlatinus. Câteodată când este precoce, nu o modifică deloc, altădată îi imprimă o prelungire a perioadei febrile, alteori în fine, nu tulbură cu nimica apirexia convalescenților. Foarte adeseori în stările grave septice se urcă la 38°—39° mai ales în artritile piemice, septice.

În artritile seroase temperatura nu are un caracter special pentru că întâlnim numai subfebrilități, iar de cele mai multe ori este normală. Pulsul urmează fidel temperatura.

3. *Manifestările extraarticulare :*

Există, ca o consecință a agentului patogen al scar-

latinei, streptococul hemolitic lung care intră în organism și se localizează pe diverse organe deci și pe inimă; foarte frecvent în reumatismul scarlatinos se întâlnește endocardita, indiferent de gravitatea lui; aceste endocardite sunt secundare evoluând ca o adevărată endocardită lentă. Tocmai această complicație îndreptățește pe unii autori să considere reumatismul scarlatinos poliarticular, identic cu reumatismul poliarticular specific.

Nu numai endocardul dar chiar și pericardul și miocardul pot fi interesate; poate exista o miocardită izolată care se manifestă prin palpitațiuni, tahicardie, aritmie, sgomote cardiace surde, matitatea precardiacă mărită.

Determinațiunile vasculare lipsesc aproape complet; totuși *Johmann* a găsit în artritele supurate ale reumatismului scarlatios, mici abcese pe traectul limfatic dela nivelul gâtului.

Reumatismul scarlatinos este însoțit adesea și de choree. Raportul între reumatismul scarlatinos și choree este însă foarte mult discutat. Foarte des aceste două manifestațiuni morbide coincid. Din această cauză unii autor susțin etiologia reumatismală a choreei pe când alții cred că e vorba de două boli independente însă tot virusul reumatismului are un rol important.

c) *Durata.*

Fenomenele clinice ale artritelor reumatismale se- roase durează aproximativ 4—7 zile, dispărând fără să lase sechele; nu acelaș lucru se constată la cele supurate unde starea fiind gravă atât local cât și general, durata va depinde de data intervenției, de felul de reacție al organismului, de intensitatea proceselor, fiind de o durată mai lungă.

Din punct de vedere al prezentării clinice și al evoluției, reumatismul scarlatinos îl putem împărți în:

- a) Artralgiile simple.
- b) Artropatii seroase.
- c) Artrite supurate.

a) *Artralgiile simple*: se prezintă sub forma de dureri mono sau poliarticulare, fie la articulațiunile mici sau mari, iar uneori se întovărășesc de o discretă tumefacție articulară. Aceste manifestațiuni sub influența medicamentelor antireumatismale obișnuite, de obicei se vindecă destul de ușor, uneori însă ele pot trece ulterior în artrite seroase.

b) *Artropatiile seroase*: în acestea evoluția este rapidă și benignă; sub influența salicilatului de sodiu sau

aspirinei durerile se atenuiază spontan, în câteva zile, încât totul intră în ordine fără ca reumatismul să lase vre-o leziune definitivă.

Deși reșetele sunt destul de frecvente totuși, anchilozele articulare precum și atrofiile persistente sunt rare; s'au descris cu toate acestea forme maligne, cu evoluție spre cronicitate, producând anchiloză sau retracțiunile tendinoase. (*Sévèstre, Richardière*); autorii arată că ar exista chiar un reumatism cronic deformant de origine scarlatinoasă cu leziuni osoase.

1. *Hallé* citează un caz de anchiloză articulară temporomandibulară urmată de o deformațiune înspăimântătoare a feții, obligând bolnavul la o alimentațiune strict lichidă. După *Nobécourt* scarlatina deține primul loc în etiologia cardiopatiilor cronice la copil, după reumatismul articular acut și choree; consecința artritei seroase ar fi o dezvoltare a articulațiunii laxă, și o luxație spontană (mişcări extinse), precum și o reducere a capsulei articulare implicit și a mișcărilor. Totuși mai des evoluiază spre »restitutio ad integrum«, rar spre cronicitate.

c) *Artritele supurate*: deși mai rare în cursul scarlatinei sau convalescenței decât cele seroase, sunt totuși artritele tipice cauzate de streptococ.

Smith și Sturge le-au observat de nouă ori la 5000 cazuri; după acești autori survin în săptămâna a III-a—IV-a a bolii, deci ceva mai târziu decât reumatoidalele scarlatinoase, în legătură cu o artrită seroasă sau ca formă supurată primară. Este considerată acum ca o infecție secundară streptococică, care se dezvoltă prin metastaze hematogene.

Johmann presupune artritele supurate ca localizarea piemică cea mai frecventă în scarlatină și consideră în sânge o angină necrotică, deși s'au descris cazuri de artrită supurată chiar după o angină scarlatinoasă simplă. Ca punct de plecare al acestei artrite s'au găsit mici abcese pe traectul limfatic al gâtului. Deoarece în artritele supurate scarlatinoase este vorba de o infecție streptococică s'au găsit la secțiunea epifizei osoase, focare de infecție. Foarte rar se găsește drept cauză a artritei supurate deschiderea unui abces periarticular în sinovială. Pe când reumatoidalele scarlatinoase sunt poliarticulare, cele supurate atacă o singură articulație mare (după *Johmann* — cotul, după *Schmith Sturge* — genunchiul, *Fritsch* — coapsa); indiferent dacă sunt mono sau poliarticulare, artritele supurate sunt caracterizate prin roșeață și căldura pielii, edemul părților moi, temperatura foarte urcată, starea generală se-

rioasă. Puncția sau incizia arată un puroiu ce conține streptococi; acelaș lucru arată și hemocultura. Aceste artrite septico-piemice care se pot întovărăși de numeroase complicațiuni (abcese metastatice, flebite) n'au totdeauna gravitatea altor artrite piemice și nu totdeauna sunt fatale.

Artritele supurate produc distrugerea părților articulare rezultând o anchiloză fibroasă sau osoasă drept consecință a destrucției cartilagiului și osului.



FORME CLINICE

Și aici există divergență de păreri în ce privește clasificarea acestor artropatii, așa de exemplu :

I. *Pospischill* le împarte în :

a) *Reumatoide*, care survin precoce, fie chiar în timpul exantemului sub forma de tumefacție articulară, indoloră, fie la finele săptămânii I-a, sau la începutul celei de a II-a sub formă de artralгии generalizate sau sunt artrite piemice precoce.

b) *Reumatisme tardive* ce survin în convalescența boalei.

II. *Bókay* deosebește :

1. *Artrite purulente, seroase*, care se manifestă sub forma:

a) Acută, subacută, poliarticulară asemănându-se cu reumatismul poliarticular acut și care survine mai des la începutul săptămânii a III-a.

b) Monoarticulare sau poliarticulare cu evoluție mai mult cronică uneori trecând în « tumor albus » și cu evoluție de săptămâni sau chiar luni.

c) Artrite seroase care se transformă în purulente.

III. *Vladimiroff* distinge sub numele de reumatism scarlatinos pe lângă 1. sinovita purulentă și o sinovită seroasă (monoarticulară, cu tumefacție durere, uneori cu fluctuație); 2. și o nevrită scarlatinoasă cu dureri fără tumefacție.

IV. *H. Zischinsky* împarte complicațiile articulare ale scarlatinei astfel :

a) *Reumatoide obișnuite*.

b) *Artrite piemice*.

c) *Procese articulare tardive* ;

primele sunt procese articulare pasagere, survin în ziua V—XII-a de boală cu durere, câteodată cu tumefacții articulare ; pot fi poliarticulare și evoluează spre supurație. Autorul insistă mai mult asupra proceselor articulare tardive, care diferă de reumatoide numai prin apariția lor

tardivă, în ziua 12—44-a ; în rest evoluția este aproape similară.

V. *Clinica clujană*, Secția boli infecțioase împarte artroragiile în:

1. *Reumatoide obișnuite* care pot să apară precoce în săptămâna 1-a 2-a a bolii, sau mai tardiv, în convalescență. Ca manifestare clinică se pot exprima sub două aspecte :

a) fie ca artragii simple, poliarticulare, uneori simetrice, cu evoluție benignă, cu vindecare în 4—7 zile sau;

b) ca artragii seroase cu tumefacție articulară ușoară, puțin dureroasă, monoarticulară sau poliarticulară. Evoluția benignă, exudatul articular se resoarbe și numai în mod excepțional trece în supurație. Pe când reumatoidele scarlatinose sunt poliarticulare, cele supurate atacă o singură articulație mare (coapsă, cotul, genunchiul).

2. *Artritele piemice, septice*, ce survin în scarlatina gravă septică, cu apariție precoce, cu tabloul general grav septic al scarlatinei, existând concomitent și alte focare supurative în organism (ca : empiem, otite supurate, etc.) Spre deosebire de a precedentei, evoluția acesteia este gravă, o adevărată septicemie.

VI. *Chevalet* descrie patru formae : artralgie, poliartrită, hidrartroză și artrită supurată; dintre toate acestea poliartrita seroasă este cea mai frecventă.

Frecvența

Apariția complicațiilor articulare în decursul scarlatinei este variabilă; *Trousseau* le întâlnește în $\frac{1}{3}$ din cazuri, *Nobécourt* spune că reumatismul este mai rar la copil (3—5%) decât la adult (8—20%), *Gimbért* îl descrie în 12,5% din cazuri, *Merklen*, *Chambas* în 20%, frecvența variază însă și cu epidemiile, numărul cazurilor putând trece neobservat mai ales la copil unde reumatismul este foarte ușor. Indivizii cu antecedente reumatice fac mai des reumatism scarlatinos, deși în cazurile observate de *Conf. Gavrilă* n'a figurat reumatism în antecedente.

DIAGNOSTIC

În majoritatea cazurilor diagnosticul reumatismului scarlatinos se face destul de ușor mai ales când simptomatologia este completă. În sprijinul diagnosticului avem următoarele argumente clinice;

1. Apare consecutiv unei boli fundamentale specifice care este scarlatina.

2. Semne clinice: interesează în special un număr redus de articulații, și mai ales articulațiile mici.

3. sunt de obicei monoarticulare, au fixitate pronunțată, durată mai lungă și pot rămâne localizate pe aceeași articulație de la apariție și până la vindecare. Adesea supurează și duc la anchiloză, rar dau complicații cardiace. În lipsa tumefacției de la nivelul articulației diagnosticul se face mai greu și numai ținând seama de simptomele subiective (durerea care imobilizează bolnavul).

Diagnosticul diferențial

Intrucât reumatismul scarlatinos se poate confunda cu multe alte afecțiuni, este nevoie a reda sumar deosebirile fundamentale dintre ele. Așa spre exemplu:

1. *Reumatismul poliarticular acut* prezintă o simptomatologie aproape identică din care cauză se confundă și anume: debutează insidios prin angină reumatismală (roșie) foarte frecvent; artritele reumatismale sunt foarte mobile, poliarticulare, au caracter saltant, sunt specifice, cu evoluția foarte neregulată a febrei, necaracteristică, bradicardie în convalescență, transpirație profuză; apare rar înainte de 5 ani și mai ales sub 2 ani maximul între 10—15 ani; sexul n'are influență.

2. *Cu reumatismul cronic*: prezintă evoluție progresivă în puseuri cu faze de acalmie, tendința spre deformarea articulației, ce duc la infirmitate. Reumatismul scarlatinos excepțional trece în cronicitate, și nu dă decât cel mult anchiloze.

3. *Cu reumatismul blenoragic*, unde bacteriologic se pot pune în evidență în exudatul articular microbii specifici, au tendință mare spre anchiloză, prezintă forme clinice foarte variate (artralgii, hidrartroză, inflamatorie, monoarticulară, rar poliarticulară), tendință rară la supurațiuni. Radiografia ne arată leziuni osoase precoce.

4. *Reumatismul tuberculos* :

a) Forma specifică prezintă hidrartroze care se localizează mai ales la genunchi (ca tumoră albă) fără alterațiunea tegumentelor însă cu atrofie musculară pronunțată. În forma osteomielitică care are tendința spre anchilozare se produc distrugerii ale cartilagiului și osului urmate de anchiloze osoase ori fibroase, prin hiperproducție de țesut fungoid; când se localizează la coloana vertebrală dă morbul lui Pott.

b) Tuberculoza nespecifică articulară interesează în special articulația coxo-femurală. În sânge și lichidul articular se pun în evidență bacili Koch. Se produce o exudație mare intraarticulară cu tendință de reparare completă. Poate imita reumatismul poliarticular acut dar îi place să rămână la genunchi sau coapsă dând anchiloză. Uneori reumatismul tuberculos evoluează într-o formă cronică, imitând o poliartrită deformantă.

5. *Reumatismul sifilitic*, survine în perioada secundară a sifilisului cu localizări foarte variate, cea mai frecventă fiind gonita dublă; poate avea și formă artralgică cu dureri, fără semne inflamatorii vizibile, sau sub forma pseudo-reumatismală poli sau monoarticulară atingând în special articulațiile mari, cu caracter saltant, dar cu localizări pe articulațiile omonime. O formă nu prea rară este localizarea sifilisului la coloana vertebrală; manifestările articulare apar de obicei deodată cu exantemul. Mișcarea este relativ bună și nedureroasă. Lipsesc atrofiile musculare precum și lipsa de leziuni radiografice.

6. *Reumatismul seric* se poate confunda cu reumatismul scarlatinos, dar există concomitent și o erupție cutanată generalizată caracteristică pentru boala serului, ce apare între 7—10 zile de la administrarea serului. Erupția dispăre în urma tratamentului mai repede decât durerile articulare.

7. *Reumatismul dizenteric* se localizează simetric la ambii genunchi; se caracterizează printr-o exudație foarte accentuată și renitentă la tratament, survine în perioada precoce a dizenteriei ori în convalescență. Poate avea localizări poliarticulare (Schittenhelm).

PROGNOSTIC

În general este bun; majoritatea manifestațiilor scarlatinoase articulare se vindecă prin „restitutio ad integrum”. El depinde foarte mult de forma clinică a boalei. *In formele seroase* este benign, artritele cedează destul de rapid, în medie într-o săptămână după administrarea de medicamente. *In formele supurate*, dat fiind că există un microb cu virulență extrem de puternică, streptococul care atacă osul, capsula sinovială, etc., prognosticul este mai rezervat atât din punct de vedere al stării locale cât și al celei generale. Se produc uneori distrugerii ale părților articulare, dând naștere la mișcări extinse cu luxații spontane, în alte cazuri anchiloze fibroase sau osoase prin distrugerea cartilagiului articular și osului. Excepțional manifestațiile articulare scarlatinoase pot trece în cronicitate.

ANATOMIA PATOLOGICA.

Smith și Sturge vorbesc de două forme :

1. Una arată un edem periarticular, cu puroi cremos în articulații, iar sinoviala îngroșată, hiperemică și cu peteșii. Cartilagiul și osul intacte ; e vorba aici deci, de o sinovită purulentă tipică.

2. Cealaltă formă prezintă inflamația țesutului periarticular, capsula articulației luxată, articulația foarte mobilă, mucoasa îngroșată, roșie, cartilagiul absent în mare parte, osul denudat și rugos.

Heubner și Bahrdt au văzut două cazuri unde capsula articulației era complet distrusă încât extremitățile falangelor erau libere într'o escavație plină cu puroi.

Mauclaires a observat la un băiat de 7 ani, pe lângă hemoragii în țesuturile periarticulare edemațiate, sinoviala plină cu exudat sanghinolent, purulent, o pseudomembrană cu aspect slănos ; cartilagiul intact.

Puncția sau incizia arată un puroi ce conține streptococi, acelaș lucru arată și hemocultura.

Microscopic în artritele seroase nu s'a putut constata nimica, în cele supurate însă s'au găsit mulți streptococi la suprafața sinovialei transformate, ceea ce demonstrează caracterul necrotic al inflamației. *Bókay* a observat la un copil mort de scarlatină sinovia crescută în articulația cotului și piciorului injectată pe alocurea, iar cartilagiul intact.

TRATAMENT.

În ceea ce privește tratamentul manifestațiilor articulare în scarlatină depinde de forma clinică. Având în vedere că infecția care atinge seroasele are ca punct de plecare nasofaringele, se va face în primele 2—3 săptămâni, antisepsia faringelui prin gargarisme cu apă oxigenată diluată, instilații nasale de oleu gomenolat 1—2%, oleu eucaliptolat. Tratamentul acesta este de altfel indicat în contra aproape a tuturor complicațiilor scarlatinoase.

1. *Artritele seroase :*

Tratamentul artritelor seroase este local și general ;

a) *cel local* constă din imobilizarea articulațiilor bolnave ungerea lor cu vaselină sau cu liniment calmant, apoi se vor înveli articulațiunile bolnave cu vată, flanelă și gutapercă. În inflamațiunile acute se recomandă comprese cu apă rece sau cu alcool. După dispariția fenomenelor acute articulare se vor începe mișcări ușoare și masajuri articulației bolnave : după perioada acută, băile sulfuroase, băile locale calde sau totale la 37° timp de 20 minute. Băile de aer supraîncălzit sunt la fel de utile.

Mobilizarea articulației bolnave se face prin toate mijloacele posibile : fricțiuni, masaj, mecano-terapie dacă e posibil, mișcări active și pasive, gimnastică, faradizări, curenți de înaltă frecvență, diatermie, aer supraîncălzit. Se pot face aplicațiuni locale cu tinctură de iod sau diferite linimente cu salicilat de metil 5—10%. Se unge articulația cu acest liniment se acopere imediat cu o foaie de gutapercă, apoi cu o bandă de flanelă, iar pansamentul se reînnoște de 1—2 ori pe zi.

b) *Tratamentul general.*

Medicamentul suveran și specific al reumatismului poliarticular specific este salicilatul de sodiu ; el trebuie administrat în doze mari cât mai precoce și timp suficient. Acelaș salicilat se poate administra și în reumatismul scarlatinos după aceleași norme fără a avea însă caracterul de specificitate ca în reumatismul poliarticular specific. Procedând astfel, fenomenele acute articulare cedează repede

și complicațiile cardiace sunt evitate. Doza de salicilat va fi destul de mare dela început și se va urca progresiv atâta cât poate suporta bolnavul. În general salicilatul se administrează intravenos — „per os” și pentru a fi bine tolerat se va prescrie în părți egale cu bicarbonat de sodiu. Salicilatul de Na se poate da în soluție apoasă cu sirop, sau în praf. De obicei după cedarea fenomenelor acute doza de salicilat va fi scăzută treptat. În cazurile când salicilatul nu e suportat „per os” și în cazurile renitente la tratamentul „per os” se recomandă administrarea salicilatului pe cale intravenoasă. După *Lutembacher* se dă intravenos soluție polisalicilată 5% de calciu, sodiu și potasiu, de 2 ori pe zi, și concomitent se administrează și „per os”. Salicilatul se poate da și în clisme rectale. Intoleranța față de salicilat se manifestă prin greață, vărsături, amețeli, turburări vizuale, uneori turburări cardiace. În cazurile de intoleranță față de salicilat se pot administra și alte medicamente: aspirina, salol, diplosal, toate în doza de 2—4 gr. pe zi, atofan 3—4 gr., piramidon 1—3 gr., fenacetină 1—3 gr., salipirina 3—5 gr., etc. toate acestea în doze fracționate.

Salitinolul se poate iar da intravenos sau intramuscular; fantan (Merck) 4—8 tablete pe zi, 10 zile consecutiv apoi 3 zile pauză, apoi se continuă. Atofani în injecții i. v. sau i. m. 1—2 injecții pe zi. Rezultate bune în formele cronice se obțin cu proteino-terapie; făcându-se injecții intrafesiere cu lapte sterilizat începând cu 3—5 cc. urcând doza progresiv până la 10—15 cc. Injecțiile se fac la 2—3 zile în serie de 8—10 injecții. Injecția de lapte produce temperatură și frison. Se poate da după masă în plină temperatură produsă după injecția cu lapte și prafuri de salicilat.

În locul laptelui se mai poate de Cazeozan în acelaș mod. Mai este încă un preparat numit Sanartrit care este un extract de cartilaj de vițel în fiole de 1,1 cc. gradul I. și II. Se dă în injecții i. v. la 3—4 zile interval între injecții, stabilindu-se doza după intensitatea reacției. Se fac de obicei 8—10 injecții.

Electrargolul în injecții i. v. 8—10 injecții la 2—3 zile. Tratamentul termal are un rol foarte important în tratamentul reumatismului cronic: apele termale sulfuroase, cloruro-sodice și nămolul mineral sunt acelea care convin reumatismului cronic.

Pe lângă acest tratament medicamentos mai trebuie să ținem cont și de tratamentul igienic dietetic: alimentație lactată hidrică în perioada febrilă (lapte, cafea cu lap-

te, supe, limonăzi, siropuri, ape minerale alcaline). După scăderea temperaturii dăm regim lactat vegetarian apoi mixt.

Se va evita umiditatea locuințelor; aer și soare cât mai mult. Imbrăcămintei, i se va da o mare importanță, mai ales flanelelor. Se va recomanda un regim substanțial fără a abuza de carne și albumine.

2. *In artritele supurate* considerate ca metastaze piemice avem un tratament general și local.

Tratamentul local: va fi conservativ și curativ. Primul constă din puncții evacuatoare și spălături cu substanțe antiseptice dacă starea generală permite.

Curativ: constă din artrotomie cu închiderea imediată, fără drenaj, urmată de mobilizarea precoce. In localizările la șold, cot, umăr, se va face rezecție pentru drenaj. La amputație se recurge excepțional. In cele inaccesibile ne vom limita la seroterapie, vaccinoterapie și medicamente. Pe lângă tratamentul local se va face și un tratament general chimic cu diferite medicamente sub forma de injecție de ex.: prontosil, rubiazol, electrargol, deseptil, septicemină, etc.

In formele hiperpiretice pe lângă terapia salicilată se pot face băi reci începând dela 30° și scăzând treptat până la 22° timp de 20 minute, sau împachetări reci dându-se și cardiotonice concomitent. In reumatismele renitente ce nu cedează la nici un tratament se poate pune problema extirpării amigdalelor sau a altui focar infecțios care ar putea întreține acest reumatism.

Tratamentul preventiv. Se impune în toate cazurile de scarlatină să facem un tratament corect al acestei boli prin mijloacele terapeutice pe care la avem azi la dispoziție: tratament specific cu ser (de animal și convalescent) chimioterapie, tratament desinfectant local al nasofaringelui, tratament igienico-dietetic, etc.

Deși nu este dovedit că prin acest tratament al scarlatinei putem evita complicațiunile articulare în această boală, totuși el ar putea contribui la evitarea unora din aceste complicațiuni.

COMPLICAȚIUNILE ARTICULARE IN SCARLATINA,
IN SECȚIA DE BOLI INFECȚIOASE A CLINICEI
MEDICALE DIN CLUJ PE ANII
1925—1939.

Considerațiunile de mai jos se bazează pe un număr de 2011 de cazuri de scarlatină, tratate în secția de boli infecto-contagioase a Clinicii medicale din Cluj în anii 1925—1939.

Datele statistice pentru anii 1925—1932 sunt luate după Dl. Conf. Dr. Gavrilă la care am adăugat anii următori analizându-le împreună; din aceste cazuri 65 au fost complicate cu manifestațiuni articulare adică un procent de 3,23%.

**Frecvența manifestațiunilor articulare
în scarlatină după ani.**

Frecvența manifestațiunilor articulare în cursul anilor, în raport cu numărul total al cazurilor de scarlatină este dată de tabloul de mai jos. Din acest tablou se constată că din totalul de 2011 cazuri de scarlatină, sun 65 de cazuri cu manifestațiuni articulare, cu un procent mediu de 3,23%.

Se constată că frecvența manifestațiunilor variază foarte mult în raport cu anii: astfel avem o variabilitate dela 1,06% în anul 1934 până la 6% întâlnită în anul 1932. Desigur că această variabilitate își are explicația în schimbarea genului epidemic, existând epidemii unde complicațiunile articulare sunt foarte frecvente și alte epidemii unde sunt mai rari. Din totalul de 65 de manifestațiuni articulare, 11 au prezentat artrite septice; în toate cazurile acestea a fost vorba de o scarlatină gravă septică.

Tabloul I.

| Anul | Nr. cazurilor de scarlatină | Manifestațiuni articulare | |
|-------|-----------------------------|---------------------------|-----------|
| | | Numărul | Procentul |
| 1925 | 94 | 2 | 2,12% |
| 1926 | 128 | 3 | 2,3 „ |
| 1927 | 96 | 2 | 2,2 „ |
| 1928 | 154 | 4 | 2,7 „ |
| 1929 | 155 | 5 | 3,2 „ |
| 1930 | 144 | 3 | 2,0 „ |
| 1931 | 338 | 8 | 2,3 „ |
| 1932 | 50 | 3 | 6,0 „ |
| 1983 | 30 | 2 | 6,0 „ |
| 1934 | 26 | 3 | 1,1 „ |
| 1935 | 168 | 4 | 2,3 „ |
| 1936 | 178 | 8 | 4,5 „ |
| 1937 | 180 | 8 | 4,6 „ |
| 1938 | 114 | 3 | 2,6 „ |
| 1939 | 156 | 7 | 4,5 „ |
| Total | 2011 | 65 | 3,23 |

Frecvența apariției complicațiilor articulare în decursul scarlatinei, este variabilă după autori. Astfel *Trousseau Nobécourt* și *Gimbert* în 12,5%, *Merklen* și *Chambase* în 20%. *Ashby* a constatat în 500 cazuri de scarlatină 12 manifestațiuni articulare între care 2 supurate, deci un procent de 4,1%. *Brade* la 868 de cazuri de scarlatină 60 de artrite dintre care 4 supurate, deci un procent de 14,4%. *Rolly* din 2227 cazuri de scarlatină a găsit 43 de artrite dintre care 4 supurate, deci un procent de 51,0%.

Repartizarea după sex

Korn susține că sexul feminin este mai frecvent atins decât cel masculin. În statistica noastră făcând repartizarea

cazurilor după sex, am constatat că 29 sunt la sexul masculin, deci un procent de 4,4%, iar restul de 36 sunt la sexul feminin, deci un procent de 5,6%. Așa dar o repartizare cu o ușoară superioritate la sexul feminin.

Repartizarea după vârstă

În raport cu vârsta, cazurile de manifestațiuni reumatismale scarlatinoase se repartizează în modul următor :

Tabloul II.

| Vârsta | 0—5 ani | 5—15 ani | 15—20 ani | 20—30 ani | Peste 30 ani |
|----------------------|---------|----------|-----------|-----------|--------------|
| Nr. Scarlat | 326 | 1216 | 209 | 199 | 61 |
| Manifest. articulare | 7 | 13 | 13 | 21 | 11 |
| Manifest. artic. % | 2,14 | 1,06 | 6,22 | 10,6 | 16,39 |

Din acest tablou se constată că manifestațiunile reumatismale scarlatinoase sunt mai frecvente la vârsta de peste 30 ani (16,39%), mai puțin frecvente la vârsta de 0—5 ani, care este 2,14%. Pentru celelalte vârste este după cum urmează : dela 5—15 ani 1,06, dela 15—20 ani 6,22%, dela 20—30 ani, 10,6%.

Deci numărul cazurilor de scarlatină complicat cu manifestațiuni articulare scarlatinoase, crește paralel cu vârsta.

Aceleași constatări rees și din statistica Conf. Dr. Gavrilă I. făcută pe un număr de 1415 cazuri, la care am constatat următoarele :

| | | |
|-------|----------|----|
| Dela | 0— 5 ani | 4% |
| „ | 5—15 „ | 4% |
| „ | 15—20 „ | 5% |
| „ | 20—30 „ | 6% |
| Peste | 30— | 3% |

Hodges ne arată deasemenea importanța vârstei, în apariția manifestațiunilor articulare scarlatinoase și anume:

| | | |
|------|----------|--------|
| Dela | 0— 5 ani | 1,28% |
| „ | 5—10 „ | 2,94% |
| „ | 10—15 „ | 5,28% |
| „ | 15—20 „ | 7,29% |
| „ | 20—25 „ | 14,1% |
| „ | 25—35 „ | 34,0% |
| „ | 30—40 „ | 19,35% |

Tiktin, Hausmann spun că artritele cele mai frecvente sunt între 20—30 de ani aproximativ 13,3%.

Nobécourt spune că reumatismul este mai rar la copii (0,5%) decât la adult unde este mai frecvent (8—20%).

Data apariției artritelor scarlatinoase

| | Dela | |
|------------------|-----------|---------------|
| Timpul apariției | 6—11 zile | Peste 11 zile |
| Artrite scarlat | 16 | 49 |
| Artrite % | 24,6 | 75,4 |

Se admite că manifestațiunile reumatismale scarlatinoase. apar precoce, între 6—11 zile, dar mult mai frecvent se constată apariția acestor artrite peste 11 zile. Din tabloul de mai sus rezultă aceste constatări, și anume că artrita reumatismală scarlatinoasă survine în primele 11 zile de boală în 24,6% a cazurilor, dar nu este mai puțin adevărat că predomină și peste 11 zile în procentul de 75,4%.

Reumatismul poate să înceapă în timpul erupției, să-l preceadă, sau din contră să nu apară decât foarte tardiv (către 30 zile); în acest caz reumatismul este precedat de o angină roșie cu adenopatie.

După *Ramonde și Schultz* însă, această angină este de origine scarlatinoasă și traduce o reluare a bolii.

Marsden consideră apariția artritelor în săptămâna a 2-a și a 3-a de boală, *Robin și Lerendde* o consideră între a 10-a și 40-a zi. Sunt autori care descriu și artrite tardive care survin în săptămâna a 2-a sau a 5-a bolii în timpul descuamației.

Zischinsky în 509 cazuri de artrite scarlatinoase a observat 102 cazuri tardive.

După Conferențiarul *Gavrilă* data apariției este variabilă și anume: în 4 cazuri precoce, între zilele 6—11 ale bolii, iar celelalte cazuri au apărut tardiv.

După *Nobécourt* apariția artritei reumatismale scarlatinoase se face în ziua 5 a 15-a a bolii cu febră ridicată, evoluând ca o poliartrită acută reumatismală.

1. *Hallé* în săptămâna 2—3-a a bolii.

Warembourg și *Cornille* separă net în cursul scarlatinei reumatismele precoce și tardive; după acești autori numai primele aparțin cu adevărat reumatismului scarlatinos. Cât despre reumatismul tardiv, după acești autori, n'ar fi decât un reumatism acut veritabil reînnoștat de scarlatină.

Artrita scarlatinoasă reumatismală și alte complicațiuni

În mod excepțional artrita reumatismală scarlatinoasă se acompaniază și de fenomene cardiace cum este endocardita sau pericardita. În statistica clinicei noastre nu a existat nici un astfel de caz. În cece privește raportul între manifestațiunile scarlatinoase articulare, din cercetarea cazurilor noastre am constatat că în majoritatea cazurilor, survin ca o complicațiune unică. Nu este mai puțin adevărat că manifestațiunile articulare scarlatinoase se pot asocia și cu alte complicațiuni scarlatinoase ca de exemplu: otite, pleurezii, mastoidite, bronșite; aceste complicațiuni preced sau survin după manifestațiuni articulare scarlatinoase.

Durata artritelor reumatismale scarlatinoase

Durata lor depinde de forma clinică a boalei: artralgiile simple durează 5—7 zile, cele seroase durează aproximativ 1—2 săptămâni și se vindecă fără să lase urme, pe când cele supurate care sunt acompaniate de o stare generală gravă vor avea o durată care depinde de un complex de factori ca: intensitatea procesului septic, rezistența organismului, data când s'a intervenit, etc.

Repartizarea artritelor după forma clinică a scarlatinei

Manifestațiunile reumatismale scarlatinoase survin indiferent de forma clinică a scarlatinei.

Tabloul III.

| Forma clinică a scarlatinei | Ușoară | Mijlocie | Gravă | Nedeterminată |
|-----------------------------|--------|----------|-------|---------------|
| Nr. art. scarlat. | 9 | 21 | 26 | 9 |
| Artrite scarlatin. % | 13,8 | 32,3 | 40,0 | 13,8 |

Din tabloul de mai sus rezultă că manifestațiunile reumatismale scarlatinoase sunt mai frecvente în cazurile grave, destul de frecvente și în cazurile mijlocii și nici formele ușoare de scarlatină nu sunt scutite de aceste complicațiuni unde constatăm o frecvență de 13,8%.

Cazurile nedeterminate sunt acelea unde nu s'a putut determina forma clinică a boalei, bolnavii intrând după începutul boalei în serviciu, mai ales în perioada de descuație; totuși și în cazul acesta găsim manifestațiuni apropiate de formele ușoare.

OBSERVAȚIUNI

Obs. I.

Bolnava O. E. de 38 ani, intră în clinică în ziua de 29. XII. 1939, cu simptome tipice de scarlatină: angină, exantem; temperatură 39,5; scarlatina este de gravitate mijlocie. I se administrează bolnavei ser antiscarlatinos, regim, și starea generală se ameliorează, fenomenele scarlatinoase regresează. În ziua 13-a a bolii acuză dureri poliarticulare, care apar spontan și provocate. Mișcările articulare sunt reduse. După un tratament de piramidon 1—1,50 gr, zilnic și injecțiuni intravenoase de salititol, toate simptomele clinice cedează și bolnav părăsește clinica la 14 zile după apariția reumatismului infecțios, fără să mai prezinte vre-o acuză.

In cazul de față e deci vorba de o scarlatină mijlocie la o femeie de 28 ani, la care în ziua 13-a a bolii apare un reumatism scarlatinos poliarticular, care s'a vindecat după 2 săptămâni de tratament corespunzător.

Obs. II.

Bolnavul E. N. F. 30 ani, intră în serviciul secției infecțioase a Clinicii Medicale în 12. III. 1937 cu o scarlatină ușoară, în a 3-a zi de boală. La intrare a prezentat temperatura 38,5°, roșeața tegumentelor, fără jenă la deglutiție sau în repaos, fără greață, fără vărsături. I se face tratamentul corespunzător, administrându-i-se oleu gomeolat 2% picături în nas, chinin uretan 2 cc., regim lactat hidric și repaos. După acest tratament temperatura se menține la 38°, începe descuamația. În a 32-a zi de boală, la o stare generală bună, cu temperatură 37°, bolnavul acuză dureri intense în articulația umerală dreaptă atât în repaus cât mai ales la mișcări și care se mențin și peste noapte. Se administrează Salititol i. v., bolnavul continuă a fi afebril, durerile încep să scadă în intensitate încât poate mișca brațul. În a 7-a zi de boală durerile reumatice au dispărut complet și bolnavul părăsește clinica.

In rezumat e vorba de un băiat de 30 de ani care a prezentat o scarlatină ușoară și la care în ziua 32-a a bolii apar dureri reumatice în articulația umărului în repaos și mișcare și care după tratamentul adecvat se vindecă.

Obs. III.

Bolnava S, M. 24 ani, intră în secția de boli infecțioase a Clinicei medicale în ziua de 2. IV. 1937 cu o scarlatină mijlocie. E bolnavă de 6 zile și acuză dureri la nivelul gâtului, disfație, febră ridicată, vomă și frisoane; pe abdomen membrele inferioare și antebraț, prezintă un exantem scarlatinos. Primește 20 cc. ser de convalescent și regim lactat hidric. În ziua 15 a a bolii, bolnava acuză dureri la nivelul ambelor articulații ale mâinilor; i se administrează piramidon 0,20 gr. 5 ori pe zi; după 3 zile durerile articulare au cedat foarte mult, dispărând complet după 5 zile.

In concluzie, este vorba de o femeie de 24 ani care a prezentat o scarlatină mijlocie și care în ziua 15-a de boală prezintă artralgiile la nivelul articulațiilor metacarpiene a ambelor mâini care în urma tratamentului dispar complet după 5 zile.

Obs. IV.

Bolnava F. M. 22 ani, intră în clinică în ziua de 25. V. 1937, cu simptome de scarlatină ușoară (amigdalită temperatură 36,7°, vomă) cu roșeața uniformă pe tegumente de intensitate redusă. I se administrează 60 cc. de ser antiscarlatinic; după 2 zile starea generală se prezintă bună, temperatura scade la 37,6°, exantemul începe să pălească. În a cincia zi a bolii, bolnava prezintă dureri în articulația mâinii drepte mai bine zis o jenă continuă, accentuată la mișcări active și pasive. I se administrează piramidon un gram pe zi. După 6 zile prezintă și o erupție serică. În ziua a 19-a a bolii după tratamentul zilnic cu piramidon și salicilat de sodiu fenomenele articulare au cedat și bolnava a părăsit serviciul în ziua de 2, VII. 1937.

In rezumat, e vorba de o femeie de 22 de ani care a prezentat o scarlatină ușoară și la care în ziua 5-a a bolii au apărut dureri reumatice în articulațiile mâinii, care au cedat la tratament după 2 săptămâni.

Obs. V.

Bolnavul B. G. 18 ani intră în serviciul de boli infecțioase în ziua de 1 Septembrie 1939, cu simptome de scarlatină gravă septică. (Dureri mari în gât, oboseală, greutate în membre, cefalee, temperatură 39,4°, erupție cutanată). În ziua de 24. X. la o stare generală bună bolnavul acuză dureri poliarticulare mai ales la genunchi unde prezintă și tumefacție. I se administrează zilnic tratament cu salitinol i. v. și piramidon; durerile cedează la celelalte articulațiuni dar se mențin încă la articulația genunchiului drept. Se continuă același tratament timp de 7 zile în care timp durerile articulare au cedat complet și la articulația genunchiului și bolnavul se simte bine.

Deci este vorba de un bolnav de 18 ani care prezintă o scarlatină gravă septică la care în ziua a 24-a a bolii a prezentat dureri poliarticulare mai accentuate la genunchi; după tratamentul corespunzător au cedat complet.

Obs. VI.

Bolnava S. I. de 29 ani intră în serviciul de boli infecțioase a Clinicii Medicale în ziua de 4. VII. 1937 cu o scarlatină în perioada de descuamație. La intrare prezintă: tegumentele normal colorate cu o descuamație papiracee, articulațiile carpiene și tarsiene tumefiate, dureroase la mișcările active, pasive și spontan. I se face tratament cu salitinol în injecții i. v. și i se administrează piramidon 1,5 gr. la zi, după care deja după 2 zile durerile diminuează deși tumefacția se menține. După 20 zile de tratament bolnava nu mai prezintă nimic nici subiectiv și nici obiectiv și părăsește serviciul.

În cazul de față este vorba de o scarlatină ușoară la o femeie de 29 ani la care în a 21-a zi de boală apar dureri reumatice poliarticulare cu tumefacția articulațiilor și care dispar după un tratament corespunzător de cca. 20 zile.

Obs. VII.

Bolnava T. E. 23 ani, intră în clinică în 18. IX. 1937, în a 27-a zi de boală cu o descuamație papiracee după o scarlatină ușoară. La intrare bolnava prezintă dureri mai ales în timpul mișcărilor, localizate la nivelul ambelor articulații ale picioarelor. I se administrează Salitinol i. v.

și tablete de piramidon timp de 2 zile și fenomenele nu cedează. Dela a 4-a zi în urma injecțiilor repetate fenomenele au început să scadă treptat iar în ziua a 8-a bolnava n'a mai acuzat absolut nici o durere la nivelul articulațiilor și a părăsit serviciul.

In concluzie este vorba de o fată de 23 ani care în urma unei scarlatine ușoare a prezentat în a 23-a zi a boalei dureri intense la nivelul ambelor articulații ale picioarelor. Deși păreau rebele la tratament totuși după 8 zile de tratament durerile au dispărut complet fără a mai reveni.

Obs. VIII.

Bolnava I. M. 19 ani, vine în secția de boli infecțioase în ziua de 8. X. 1937 transpusă dela Spitalul Epipemic în a 17-a zi de boală cu o scarlatină de gravitate mijlocie. La 17 zile de boală, bolnava observă că genunchiul stâng s'a tumefiat acuzând dureri foarte intense la nivelul articulației. I s'au administrat injecții de salicilat de sodiu i. v. fără însă ca artrita să se reducă. La intrarea în serviciul Clinicei prezenta o descuamație purpuracee, genunchiul stâng tumefiat, tegumentele extinse, cu căldură locală; la palpate se simte fluctuație și o sensibilitate exagerată la palpate și presiune. Starea generală alterată, temperatură 38,5°. Se administrează cardiotonice. După examinarea făcută la Clinica Chirurgicală bolnavei i se imobilizează articulația genunchiului stâng prin șină; făcându-i-se puncție exploratoare s'a extras un lichid seropurulent, care însămânțat pe medii de cultură la Institutul de Igienă a dat rezultat negativ iar frotiul a arătat polinuclear. I s'a administrat piramidon 1,5 gr. pe zi, elect-rargol, iar la articulație s'a făcut puncții și spălături cu soluție de Pantozol. După 19 zile de internare, la insistențele bolnavei, a părăsit serviciul continuând tratamentul ortopedic acasă.

Deci: e vorba de o scarlatină mijlocie complicată cu o artrită a genunchiului, cu conținut sero purulent și care a fost tratată prin puncții și injecții intraarticulare de Pantozol.

Obs. IX.

Bolnavul M. A. de 14 ani intră în serviciu în ziua de 14. X. 1939, în a 7-a zi de boală cu o scarlatină gravă septică. Cu tot tratamentul urmat (ser antiscarlatinos, pro-

septină, desinfecții nasale, etc.) starea generală se menține gravă și în zilele următoare. La 49 zile dela debut, articulația cotului drept se tumefiază, este dureroasă și mișcărilor sunt suprimate. La puncție se pun în evidență streptococi hemolitici lungi; bolnavul sucombă după 3 săptămâni.

In concluzie e vorba de o scarlatină gravă septică la un băiat de 14 ani la care în a 49-a zi de boală apare o artrită supurată a cotului care la puncție a prezentat streptococi hemolitici lungi. Bolnavul a sucombat.

Obs. X.

Bolnavul M. N. de 16 ani intră în serviciul Clinicei Medicale Secția infecțioasă în ziua de 16. XI. 1938, cu o scarlatină mijlocie. Prezintă jenă la deglutiție, temperatura 38,4°. La 14 zile dela apariția bolii bolnavul acuză dureri vii la nivelul articulațiunii cotului stâng, iar după 2 zile cotul e tumefiat, dureros la palpație și prezintă fluctuații. Deși bolnavul pare foarte neliniștit totuși insistă să i se dea medicamente calmante. I se administrează o zi Salitilol și piramidon, în cealaltă salicilat de sodiu. După 3 zile durerile au diminuat în intensitate, fluctuația nu se mai simte, căldura locală a dispărut complet; după a 7-a zi de tratament bolnavul nu mai acuză nici un fenomen subiectiv.

Este vorba deci, de un bolnav de 16 ani care în urma unei scarlatine de gravitate mijlocie a prezentat o artrită seroasă la 14 zile dela apariția bolii și care a cedat după o săptămână de tratament.

CONCLUZIUNI

1. Complicațiunile articulare constituesc manifestațiuni de gravitate variabilă în cursul scarlatinei.

2. Etiologia și patogenia lor sunt incomplet elucidate, probabil că intervine un complex de factori ca: microbul, toxina și un virus filtrabil.

3. În statistica Clinicei Medicale pe anii 1925—1939, se întâlnesc cu o frecvență globală de 3,23% frecvență variabilă după ani între 1,06%—6%.

4. Data apariției complicațiunilor articulare în cursul scarlatinei variază: 24,6% apar între 6—11 zile de boală, restul de 75,4% apar după ziua 11-a.

5. Simptomatologia clinică a manifestațiunilor articulare în cursul scarlatinei, se aseamănă cu simptomatologia reumatismului poliarticular acut, cu deosebirea că apare în cursul unei boli infecțioase specifice, localizările sunt adesea monoarticulare, durează mai mult și rămân fixate pe o singură articulație.

6. Aceste complicațiuni se manifestă fie sub forma de artralgiile simple, fie sub forma de artrite seroase sau de artrite supurate.

7. Durata medie a manifestațiunilor articulare în scarlatină este de 5—7 zile în artralgiile simple, 1—2 săptămâni în artritele seroase, și mai lungă în cele supurate.

8. Prognosticul în artralgiile simple și artritele seroase este benign vindecându-se prin „restitutio ad integrum“, în cele supurate este mai rezervat rămânând de obicei anchiloze.

9. Tratamentul reumatismului scarlatinos este aproape identic ca în reumatismul poliarticular acut, aplicând în același timp și tratamentul obișnuit al scarlatinei.

Văzută și bună de imprimat :

Decanul Fac. de Medicină :
ss. **Prof. Dr. I. Drăgoiu.**

Președintele tezei :
ss. **Prof. Dr. I. Hațieganu.**



1925
1926
1927
1928
1929
1930
1931
1932
1933
1934
1935
1936
1937
1938
1939
1940
1941
1942
1943
1944
1945
1946
1947
1948
1949
1950
1951
1952
1953
1954
1955
1956
1957
1958
1959
1960
1961
1962
1963
1964
1965
1966
1967
1968
1969
1970
1971
1972
1973
1974
1975
1976
1977
1978
1979
1980
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025

BIBLIOGRAFIE.

1. *Bahrdt*. Zur kenntnis der Gelengeiterungen bei Scharlach. Berlin Klin.
2. *Bezanson*. M. Labbé, Bernard, Sicard. Pathologie médicale, Tome II. Maladies infectieuses. Masson et Cie 1926.
3. *Bókay*. Die akute Gelenkentzündung als eine der Komplikationen bei Scharlach. Iber Kinderheilich N. F. 19., 309.
4. *Bókay*. Über die skarlatinösen Gelenkzündugen Iber kinderheilich 23. 305 (1885).
5. *Cimoca V*, Formular terapeutice. Institutul Arte Grafice „Ardealul“ Cluj 1934.
6. *Collet I. F.* Précis de pathologie interne pag. 649 Vol. II. 649 Doin et Cie Paris, 1931.
7. *Fritsch*. Über Gelenkerkrankungen bei Scharlach und Mossern. Bruns Betr. 72.101.
8. *Gavrilă I.* Considerațiuni asupra scarlatinei. România Medicală 1935, pag. 97.
9. *Hațieganu-Goia*. Trat. elementar de semeiologie și patologie medicală Vol III. pag. 511—534.
10. *Hannot*. Considérations générales sur le rhumatism aigu; Presse méd. 2. Juin 1894. 171.
11. *Homn*. Die Helenkkomplikationem bei Scharlach. Wien, Klein. Wschr. 1901, H. 12, 281,
12. *Hutinel et Louis Marin*. Scarlatine. Les maladies des enfants T. I. pag. 354 Masson Paris.
13. *Jochman G. — Nocht — Poschen — Hegler*. Lehrbuch der infektionskrankheiten für Ärzte und Studierende. Berlin 1. Springer 1924.
14. *Lapersonne*. Des arhtrites infectieuses Paris 1896
15. *Lémièrre*. Maladies infectieuses Masson, Paris 1934.
16. *Monde médical*. Maladies infectieuses 1934, 304.
17. *Meynet*. Rhumatism subaigu avec productions des tumeurs multiples dans le tissu fibreux periarticulaires et sur le périoste d'un grand nombres d'os. Lyon médic. 29 — 495—1915.

18. *Nobécourt P*, Précis de médecine des enfants Masson, Paris 1922. p. 947-949.
19. *Roger G. A. et Vidal F.* — *P. I. Teissier*. Nouveau traité de médecine Fasc. II. 1938.
20. *Roussy, Lérooux Oberling*. Précis d'anatomie pathologique Tom. II. Masson Paris, 1933.
21. *Siegfried Gräff*. Rheumatismus und rheumatischer Erkrankungen.
22. *Sturza M*. Noțiuni elementare de balneologie. Cluj, 1933.
23. Therapie des Rheumatismus Wien med. Wschr. 1930. No. 42.
24. *Vasiliiu T*. Manual de anatomie patologică clinică. Editura Universității „Regele Ferdinand I.” Cluj, 1938.

